

A	B	C	D	E	F	G	H	I
Digizo.nu versie 31/07/2024 DEFINITIEF								
Hoofddomein	Waardebepalingscriterium	MOSCOW	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van indicator op zorgproces	Acceptatiegrens	Toelichting n.a.v. stakeholder sessies	Input open consultatie	Respons open consultatie
1. Kwaliteit	Effectiviteit	1. m	Effect van digitale (of hybride) zorg ten opzichte van niet-digitale zorg.	Kwaliteitsaspect 'Effectiviteit'. De triage is verondersteld effectief als sprake is van de juiste urgentietoekenning. 1. Het aantal <u>bijgestelde</u> urgentietoekenningen blijft tenminste gelijk of neemt af voor het hybride proces ten opzichte van baseline (uitgesplitst naar U1-U5). 2. De toegekende urgentie komt overeen met de urgentie volgens de norm (NTS).	1. De spreiding over urgenties U1 t/m U3 blijft gelijk voor het hybride proces ten opzichte van baseline. [Should Have] 2. De toegewezen urgentie met vervolgacties door de digitale triagetool zijn vergelijkbaar met die volgens de methode NTS. 3. Het aantal fysieke consulten voor U3 t/m U5 neemt tenminste niet toe in het hybride proces ten opzichte van baseline (bijvoorbeeld historische data).	A. De triage is effectief als de juiste urgentietoekenning plaatsvindt. De verwachting (of hoop) is dat het aandeel U4 en U5 in de digitale variant afneemt, voor U1 t/m U3 zal de spreiding niet moeten afwijken van het traditionele proces. B. De NTS is de standaard methode voor triage op de HAP. Digitale triage maakt gebruik van vergelijkbare methodieken, maar een harde vergelijking met NTS is complex vanwege het verschil in gebruik (NTS voor professionals vs. digitale triage voor patiënten). Daarom geldt voor nu als belangrijkste criterium dat de uitkomst van de digitale triage minstens even veilig moet zijn als die van de NTS. De prioriteit is bijgesteld naar Should Have om de praktijk (zorgaanbieder inclusief leveranciers) de kans te geven dit op termijn aan te tonen. C. Suggestie om toe te voegen als Should Have: het aantal bijgestelde urgentietoekenningen, zowel voor de digitale als fysieke proces.		
1. Kwaliteit	Tijdigheid	1. m	Juiste zorg op het juiste moment door de juiste professional op de juiste plek.	Kwaliteitsaspect 'Tijdigheid': zorg dient op het juiste moment en door de juiste zorgverlener te worden verleend. 1. Wachttijd patiënten voorafgaand: tijd tot het 1e contact (telefonisch of digitale wachruimte) 2. Tijd tot eind behandeling of overdracht (=eindresultaat) 3. Uitgesplitst per urgentieklasse (U1 t/m U5)	1. De wachttijd (telefonisch of digitaal) in het hybride proces is gelijk of korter in vergelijking met baseline. 2. De tijd tot eind behandeling of overdracht in het hybride proces is gelijk of korter in vergelijking met baseline. 3. Bovenstaande tijden uitgesplitst per urgentieklasse: - blijven gelijk of worden korter in het hybride proces - sluiten aan op de bestaande richtlijnen	A. De tijd (in de wacht of in behandeling) is tevens een indicator voor efficiëntie: leidt de digitale triage tot een extra handeling of is het een waardevolle aanvulling voor de triagist? Hiermee samen hangt de toepassing in praktijk; welke (gedrags)verandering helpt om de meerwaarde optimaal te benutten? B. Deze indicator zou ook Should Have kunnen zijn. Wachttijd is betrekkelijk, vervelend maar zonder ernstige gevolgen bij mensen met een laag urgentie ingangsklacht. Het heeft mogelijk wel een effect op de ervaren toegankelijkheid. Must Have focus t.a.v. 2: de tijd tot behandeling U1/U2 mag niet langer worden.	Reviewer B - Wat is de definitie van wachttijd, bijvoorbeeld als je gaat werken met terugbelverzoeken of plaatsnemen in een digitale wachtkamer? Het is interessanter om te kijken naar effectieve afhandeltijd (hoeveel sneller kun je nu een vraag afhandelen?)	- De definitie van de wachttijd : - De tijd dat een patiënt contact zoekt tot het moment dat er wordt opgenomen (telefoon) of dat de (online) vragenlijst is afgerond en de patiënt in de digitale wachtrij is geplaatst. - De tijd is met opzet niet nader gespecificeerd, maar afhankelijk van wat er wordt gerapporteerd in publicaties. - De afhandeltijd is opgenomen in de acceptatiegrens 2: Tijd tot eind behandeling of overdracht
1. Kwaliteit	Veiligheid	1. m	Digitale zorg is veilig, zowel op gebied van zorg en gezondheid als informatiebeveiliging en privacy.	Kwaliteitsaspect 'Veiligheid': 1. Aantal incidentmeldingen 2. Mortaliteit	1. Het aantal incidentmeldingen met ernstige of blijvende schade voor patiënten blijft gelijk of neemt af ten opzichte van baseline. [Could Have] 2. Mortaliteit (uitgesplitst per urgentie) is gelijk of neemt af voor het hybride proces t.o.v. historische data.	A. Het aantal incidentmeldingen is een goed gemonitorde maatstaf voor veiligheid. Voor mortaliteit is een causaal verband moeilijk te leggen. Morbiditeit is een minstens zo relevante indicator, maar minder goed te meten.	Reviewer A - Stel de acceptatiegrens op het gebied van informatiebeveiliging en privacy op a.d.h.v. de NEN7510-norm. Reviewer B - Eens met de opmerking dat causaliteit hier moeilijk te bewijzen is.	Met de stakeholders is gekozen voor een focus op veiligheid op het gebied van zorg en gezondheid, boven informatieveiligheid. Dit wil niet zeggen dat het niet van belang is, maar niet met prioriteit Must Have. Bovendien is dit een aandachtspunt binnen de toetsing op applicatieniveau en afhankelijk van de lokale implementatie in relatie tot de overige IT-infrastructuur.
2. Kosten	Kosten binnen de gezondheidszorg of maatschappelijk perspectief	1. m	Alle zorgkosten die recht verband houden met de interventie	Verwijst naar het kwaliteitsaspect 'Efficiëntie': een werkwijze die weinig middelen of inspanning vergt. Verspilling van tijd, arbeidskrachten en geld moet zoveel mogelijk worden vermeden. 1. De kwaliteit per personeel inzet blijft tenminste gelijk: weergegeven in gemiddelde tijd per case, uitgesplitst in urgentieklassen U1 t/m U5.	1. De gemiddelde tijd per case in het hybride proces ten opzichte van baseline neemt af voor U4 & U5 2. Het aantal cases of contactmomenten als maat voor mogelijke toename in vraag als gevolg van digitaal aanbod.	A. Afhankelijk van bestaand bewijs kan bij gekeken worden naar (wacht)tijd per patiënt of de bestede tijd per professional per case of het totaal aantal patiënten per tijdseenheid. B. Urgentieklasse U3 is een complexe groep, de grootste effecten verwacht op U4 en U5. U3 nu naar should have, kan in een latere evaluatie mogelijk wel worden meegenomen. C. Het aantal cases of contactmomenten als maat voor mogelijke aanzijgende werking van digitale tool: op zichzelf hoeft een toename in vraag geen belemmering te zijn, wel is het relevant in verhouding tot de beschikbare tijd per case. D. Voor alle indicatoren geldt: • als de verwachte uitkomst niet bereikt wordt, afwegen ten opzichte van de andere indicatoren. • huidige should haves kunnen in de toekomst must have worden in vervolg evaluaties.	Reviewer B - Hier kan het ook interessant zijn om te kijken naar het aantal patiënten /FTE in de praktijk. Want als je meer patiënten kunt bedienen met hetzelfde team dan is dat ook efficiëntie winst.	Goede suggestie om ook de verhouding patiënten/Fte mee te nemen. We verwachten wel dat deze maat gelijk opgaat met de tijd per patiënt/professional.
Onderstaande 'should have' criteria zijn zeer relevant, maar de verwachting is dat hierop geen voldoende onderbouwing beschikbaar is. In het geval dat de waardebeoordeling en evaluatie leidt tot opschaling, zal op deze punten aanvullend bewijs verzameld moeten worden (al dan niet via wetenschappelijk onderzoek).								
1. Kwaliteit	Acceptatie	2. s	Hoe de beoogde individuele ontvangers – zowel de beoogde individuen als degenen die betrokken zijn bij de implementatie van programma's – op de interventie reageren.	Ervaren implementatie vanuit het perspectief van de professional.	1. Ervaren werkplezier blijft gelijk of neemt toe voor de professionals in het hybride proces.	Ervaren werkplezier is afhankelijk van veel verschillende zaken. Als werkplezier afneemt, is dat een belangrijk signaal dat het niet goed gaat. Daarom monitoren in relatie tot contextfactoren.	Reviewer A - Werkplezier kan ook afnemen en dat is niet persé een signaal dat het niet goed gaat, zoals in kolom G is beschreven. Door inzet van digitale triage zal leiden tot een andere inkleding van de baan. Voor sommige medewerkers leiden minder triagewerkzaamheden tot een vergroting van het werkplezier en voor andere tot een verkleining. Dat is onvoorkomelijk. Goede implementatiebegeleiding en het tijdig betrekken van alle stakeholders is van belang om de omschakeling naar digitale triage een gedragen goed te laten zijn.	Belangrijke nuance inderdaad: werkplezier kan het gevolg zijn van meerdere factoren. Deze aanvulling nemen we mee in de evaluatie.
1. Kwaliteit	Acceptatie	2. s	Hoe de beoogde individuele ontvangers – zowel de beoogde individuen als degenen die betrokken zijn bij de implementatie van programma's – op de interventie reageren.	Kwaliteitsaspect 'Persoonsgerichtheid': digitale zorg moet passend zijn in een bepaalde situatie en afgestemd op de behoefte en mogelijkheden van de patiënt.	1. Tevredenheid over de kwaliteit van zorg is gelijk of hoger in vergelijking tot het fysieke proces en/of baseline.	Ervaren kwaliteit van zorg door de patiënt is afhankelijk van veel verschillende zaken. Als dit afneemt, is dat een belangrijk signaal dat het niet goed gaat. Daarom monitoren in relatie tot contextfactoren.	Reviewer B - Er zit een belangrijk verschil in optimalisatie naar de wensen van de patiënt en optimalisatie voor het zorgsysteem. De patiënt is heel blij met meer service en beschikbaarheid voor elke zorgvraag, maar een beetje frictie of een hogere drempel neemt een deel van de zorgvraag ook gelijk weg.	Zeker waar, daarom is dit ook geen prio Must Have. Echter, een eventuele afname in ervaren kwaliteit dient wel nader te worden onderzocht op oorzaken. Het doel van deze transitie is ook niet het wegnemen van de drempels voor patiënten, maar het sneller kunnen afhandelen van hoog-urgente zorgvragen.
2. Kosten	Kosten van implementatie	2. s	Enmalige kosten (in tijd of geld) voor het implementeren van het digitale of hybride proces.	1. Implementatie- en exploratiekosten voor het digitale proces	1. x jaar terugverdientijd bij minimaal gebruik van y%	Van groot belang voor de opschaling, te monitoren in komende jaren. In de loop van de tijd x en y nadere specificeren.	Reviewer B - Is dit terugverdientijd voor de huisartspraktijk, voor de regio, de HAP, voor de zorgverzekeraar of voor het zorgsysteem?	Er is geen definitie gegeven: deze indicator is geen Must Have. We willen nu in het bestaand bewijs verzamelen wat we al weten over terugverdientijd (op welk niveau dan ook). Het is goed denkbaar dat we rondom deze indicator besluiten te moeten monitoren tijdens opschaling, maar dat gaan we met elkaar bespreken tijdens de evaluatie meeting (nadat we het bestaand bewijs bekeken hebben).

Digito.nu versie 31/07/2024 DEFINITIEF								
A	B	C	D	E	F	G	H	I
Hoofddomein	Waardebepalingscriterium	MOSCOV	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van indicator op zorgproces	Acceptatiegrens	Toelichting n.a.v. stakeholder sessies	Input open consultatie	Respons open consultatie
3. Toegankelijkheid	Bereik	3. c	De toegang tot digitale zorg, behandeling en het resultaat ervan moet gelijkwaardig zijn, zonder onderscheid als gevolg van de eigenschappen van de patiënt, behalve het onderscheid in zorgbehoefte.	Kwaliteitsaspect 'Gelijkwaardigheid'. 1. Uitkomsten voor de verschillende urgenties en subgroepen zijn gelijkwaardig voor zowel het hybride proces als het fysieke proces. 2. De toegankelijkheid voor de beoogde doelgroep van de HAP blijft tenminste gelijk voor de verschillende subgroepen (zoals sociaal-economische positie) ten opzichte van baselijn.	1. Er is geen verschil in wachttijd tussen het digitale en het fysieke (telefonisch) proces, uitgesplitst per patiëntkarakteristieken zoals sociaaleconomische positie en taalachtergrond. 2. De instroom van zorgvragers op de HAP in het hybride proces is qua patiëntkarakteristieken gelijk verdeeld ten opzichte van baselijn.	A. Karakteristieken als SEP worden niet bijgehouden. Wel is het mogelijk om postcode (zie achterstandswijk lijst), leeftijd en geslacht mee te nemen. B. Deze indicator is zeer relevant en onderzoek wereldwijd toont aan dat er grote verschillen zijn tussen groepen. Het bewijs is er momenteel echter niet, heeft ook vanuit leveranciers geen primaire aandacht, maar zou wel gemonitord moeten worden bij opschaling: Should Have. C. Aanvullende Could Have: de mate waarin het digitale proces is gericht op doelgroepen met beperkte digitale en/of gezondheidsvaardigheden	Reviewer A - t.a.v. acceptatiegrens 1: de wachttijd voor het fysieke telefonische proces is afhankelijk diverse factoren, zoals aangeboden volume op een bepaald tijdstip (wat leidt tot kortere of langere wachttijden).	De verschillen in wachttijden kunnen verschillen afhankelijk van tijdstip en vraag. Vergelijken van gemiddelde wachttijd zal dus zoveel mogelijk op basis van tijdstip, periode in het jaar en andere overeenkomende contextfactoren moeten gebeuren.
Onderstaande 'could have' criteria gelden niet als doorslaggevend voor de waardebeoordeling en evaluatie.								
1. Kwaliteit	Duurzaamheid (individueel niveau)	3. c	Subgroep effecten (op de lange termijn).					
1. Kwaliteit	Duurzaamheid (individueel niveau)	3. c	Maat voor de primaire uitkomst bij follow-up.					
2. Kosten	Maatschappelijk perspectief - Kosten in andere sectoren (of Maatschappelijk perspectief - Kosten in andere sectoren (of domeinen)	3. c	Kosten gemaakt buiten de huidige financiering.					
2. Kosten	Maatschappelijk perspectief - Kosten in andere sectoren (of domeinen)	3. c	Productiviteitsverliezen: kosten van verzuim (absentie) of Improductiviteit tijdens werk (presentie) en onbetaald werk					
2. Kosten	Maatschappelijk perspectief - Kosten van patiënten en familie	3. c	Reiskosten, Eigen betalingen, tijdskosten, kosten van mantelzorg.					
3. Toegankelijkheid	Adoptie (setting niveau)	3. c	Is de context inclusief doelgroep uit het bewijs representatief voor de context van de implementatie?	reeds gedekt in Toegankelijkheid - Gelijkwaardigheid				
3. Toegankelijkheid	Bereik	3. c	Percentage individuen dat deelneemt, op basis van geldige detet (niet van vrijwilligers die interesse aangeven). (bewijskracht?) Gedocumenteerd gebruik. Gerealiseerd	reeds gedekt in Toegankelijkheid - Gelijkwaardigheid				
3. Toegankelijkheid	Implementatie	3. c	De consistentie van de implementatie op procesniveau over personeel/tijd/settings/subgroepen (dus niet op verschillende uitkomsten). Wordt de interventie gebruikt zoals bedoeld? Percentage "perfecte" interventielevering voltooid, etc. (bijvoorbeeld consistentie)	Contextfactoren als tijdigheid en consistentie van de implementatie zijn van essentieel belang en moet op beschrijvend niveau in de implementatie worden opgenomen. De uitkomsten van de waardebeoordeling van het complexe proces worden gedekt door Must Haves en Should Haves.	moet op beschrijvend niveau in de implementatie worden opgenomen. De uitkomsten van de waardebeoordeling van het complexe proces worden gedekt door Must Haves en Should Haves.			
3. Toegankelijkheid	Kenmerken van de technologie	3. c	Benodigde kennis/vaardigheden voor gebruik en/of aansluiten bij wat de patiënt/cliënt gemakkelijk vindt.	Zowel patiënten als professionals dienen in staat te zijn - na adequate scholing - om te gaan met de technologie binnen het digitale proces.	Patiënten en professionals kunnen na adequate scholing of voorlichting gebruik maken van de technologie	Basis digitale vaardigheden moeten voor gebruikers voldoende zijn om gebruik te maken van de technologie. Could have omdat deze direct verband houdt met Ervaren werkplezier, Kwaliteit van zorg door de patiënt en Gelijkwaardigheid.	Reviewer A - Hoe kun je waarborgen dat patiënten digitaal vaardig genoeg zijn om de digitale triagetool te gebruiken? Als een patiënt zichzelf overschat en de vragen onvoldoende goed snapt, leidt dit mogelijk tot een foutieve uitkomst. Hoe help je de patiënt bij het gebruiken van de triagetool? Moet je patiënten vooraf scholen of kun je ze helpen op het moment dat ze de tool gaan gebruiken, bijv. door informatieballonnen te plaatsen waarna verkeerdere interpretatie niet meer mogelijk is.	100% waarborgen dat gebruikers voldoende digitaal vaardig zijn is niet mogelijk. Een professional kan een verplichte scholing volgen, maar patiënten niet. Dit is een maatschappelijke uitdaging. Het functioneel ontwerp van een tool kan het risico op verkeerde interpretatie verminderen en kan mogelijk een punt zijn voor de monitoring bij opschaling.
4. Duurzaamheid	Duurzaamheid interventie	3. c	Loopt het programma nog steeds ≥ 6 maanden na financiering van het onderzoek? Inbedding richtlijnen, aanpassingen t.o.v. plan, doorontwikkelingen en langetermijn	Betreft geleerde lessen, geen acceptatiecriterium Relevant in het kader van randvoorwaarden en wat er in het veld gebeurt om eventuele belemmeringen op dit gebied op te lossen.				
4. Duurzaamheid	Impact op milieu/omgeving	3. c	Waaronder reisbewegingen, afval, uitstoot, energieverbruik, grondstoffen.					

Leeswijzer bij het meetplan Waardebepaling van Digizo.nu



Een meetplan wordt per transformatieproces vastgesteld in afstemming met de stakeholders. Dit gebeurt voorafgaand aan de waardebeoordeling. De waardebeoordeling gebeurt op basis van bestaand en (indien nodig) nieuw bewijs.

Kolom A ('hoofddomein')	De waardebeoordeling gebeurt aan de hand van vier hoofddomeinen: Kwaliteit, Betaalbaarheid, Toegankelijkheid en Duurzaamheid . Het resultaat is geen oordeel, maar advies voor opschaling.
Kolom B ('waardebepalingscriterium')	Beschrijft binnen het hoofddomein de belangrijkste concepten, waar indicatoren betrekking op kunnen hebben.
Kolom C ('MOSCOW')	Weging van een indicator voor het specifieke proces op basis van bestaand bewijs. Als essentieel bestaand bewijs ontbreekt, moet aanvullend bewijs op korte termijn verzameld worden. In de waardebeoordeling ligt de focus op 'Must have' criteria, overige informatie kan ter ondersteuning meegenomen worden. <ol style="list-style-type: none">1. Must have = Er moet aan het criterium worden voldaan, om te overtuigen dat het digitale of hybride proces meerwaarde biedt.2. Should have = Het criterium is relevant en het is wenselijk dat op termijn hieraan alsnog wordt voldaan. Ontbreken van de informatie is echter geen reden om bij voorbaat te stoppen met opschaling.3. Could have = Het criterium kan waardevol zijn, maar niet specifiek beoogd of verwacht.4. Won't have = Bewijs is niet vereist, irrelevant of praktisch onhaalbaar.
Kolom D ('Omschrijving algehele indicator')	Omschrijving van relevante indicatoren die in het algemeen van toepassing kunnen zijn.
Kolom E ('Specificatie indicator')	Specificaties van de indicator(en) voor het specifieke zorgproces.
Kolom F ('Acceptatiegrens')	De - vooraf met alle stakeholders afgestemde - acceptatiegrens per indicator.