

Leeswijzer bij het meetplan Waardebepaling van Digizo.nu



Een meetplan wordt per transformatieproces vastgesteld in afstemming met de stakeholders. Dit gebeurt voorafgaan 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')	<p>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.</p> <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.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Digizo.nu versie 02/07/2024	CONCEPT	CONCEPT	CONCEPT	CONCEPT	CONCEPT	CONCEPT	CONCEPT
2	Hoofddomein	Waardebepalingscriterium	MOSCOU	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van indicator op zorgproces	Acceptatiegrens	Toelichting n.a.v. stakeholder sessies	Ruimte voor aanvullende input
3	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.	
4	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 wachtruimte) 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 tav 2: de tijd tot behandeling U1/U2 mag niet langer worden.	
5	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. OPM incidenten subgroep calamiteiten	
6	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 bv 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 aanzuigende 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.	
7	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).							
8	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.	
9	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 behoeften en mogelijkheden van de patiënt. 1. Ervaren kwaliteit van de zorg (patientperspectief).	1. Tevredenheid over de kwaliteit van zorg is gelijk of hoger in vergelijking tot het fysieke proces en/of baselijn.	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.	
10	2. Kosten	Kosten van implementatie	2. s	Eenmalige 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.	

1	A	B	C	D	E	F	G	H
2	Hoofddomein	Waardebepalingscriterium	MOSCOW	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van indicator op zorgproces	Acceptatiegrens	Toelichting n.a.v. stakeholder sessies	Ruimte voor aanvullende input
3.	Toegankelijkheid	Bereik	2. s	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 baseline.	1. Er is geen verschil in wachttijd tussen het digitale en het fysieke (telefonisch) proces, uitgesplitst per patiëntkarakteristieken zoals sociaal-economische positie en taalachtergrond. 2. De instroom van zorgvragers op de HAP in het hybride proces is qua patiëntkarakteristieken gelijk verdeeld ten opzichte van baseline.	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	
11	Onderstaande ('could have') criteria gelden niet als doorslaggevend voor de waardebeoordeling en evaluatie.							
12	1. Kwaliteit	Duurzaamheid (individueel niveau)	3. c	Subgroepeffecten (op de lange termijn).				
13	1. Kwaliteit	Duurzaamheid (individueel niveau)	3. c	Maat voor de primaire uitkomst bij follow-up.				
14	2. Kosten	Maatschappelijk perspectief - Kosten in andere sectoren (of domeinen)	3. c	Kosten gemaakt buiten de huidige financiering.				
15	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				
16	2. Kosten	Maatschappelijk perspectief - Kosten van patiënten en familie	3. c	Reiskosten, Eigen betalingen, tijdskosten, kosten van mantelzorg.				
17	3. Toegankelijkheid	Adoptie (setting niveau)	3. c	Is de context inclusief doelgroep uit het bewijs representatief voor de context van de implementatie?				
18	3. Toegankelijkheid	Bereik	3. c	Percentage individuen dat deelneemt, op basis van geldige deler (niet van vrijwilligers die interesse aangeven). (bewijskracht?) Gedocumenteerd gebruik. Gerealiseerd inzetbaarheidspercentage. (bewijslast?)				
19	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 therapietrouw of consistentie)				
20	3. Toegankelijkheid	Kenmerken van de technologie	3. c	Benodigde kennis/vaardigheden voor gebruik en/of aansluiten bij wat de patiënt/cliënt gemakkelijk vindt.				
21	4. Duurzaamheid	Duurzaamheid interventie	3. c	Loopt het programma nog steeds ≥ 6 maanden na financiering van het onderzoek? Inbedding richtlijnen, aanpassingen tov plan, doorontwikkelingen en langetermijn gebruik interventie				
22	4. Duurzaamheid	Impact op milieu/omgeving	3. c	Waaronder reisdruk, afval, uitstoot, energieverbruik, grondstoffen.				
23								