

Hoofddomein	Waardebepalingscriterium	MOSCOW	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van indicator op zorgproces leefpatroonmonitoring	Acceptatiegrens
Bewijs op onderstaande 'must have' criteria is essentieel voor de waardebeoordeling. De acceptatiegrens hoeft niet op alle must have's (kolom F) bereikt te worden voor een positieve waardebeoordeling. Wel moet het netto effect over alle must have criteria een significante meerwaarde laten zien.					
1. Kwaliteit	Acceptatie	1. M	Hoe de beoogde individuele ontvangers – zowel de beoogde individuen als degenen die betrokken zijn bij de implementatie van programma's – op het hybride zorgproces reageren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clienten: ervaring m.b.t. gebruiksgemak, tevredenheid over de technologie, eigen regie, rust, veiligheid, interpersoonlijk contact met zorgverlener/mantelzorg, vertrouwen, privacy, ethisch verantwoord (in gegeven context, o.a. WLZ vs. ZVW).</li> <li>• Medewerkers (afhankelijk van type medewerker): Gebruiksgemak, tevredenheid, inzicht in gedrag en mogelijkheid om zorg op maat te bieden (met tijdige gegevens over de staat van de client), werkdruk.</li> <li>• Mantelzorgers: tevredenheid, inzicht in leefpatroon client, controle/persoonsgerichte zorg kunnen bieden, mate van stress, nachtrust.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervaringen van clienten, medewerkers en mantelzorgers met leefpatroonmonitoring zijn niet slechter dan zonder leefpatroonmonitoring</li> <li>• De technologie voor leefpatroonmonitoring wordt door clienten, medewerkers en mantelzorgers geaccepteerd (mate van acceptatie bevindt zich boven boven een gangbare norm).</li> <li>↳ Could have: ervaring met het leefpatroonmonitoring in de omgeving, bijvoorbeeld de buurt of leefgemeenschap, is niet slechter dan zonder leefpatroonmonitoring.]</li> </ul>
1. Kwaliteit	Effectiviteit	1. M	Effect van hybride zorgproces ten opzichte van niet-hybride zorgproces	Zorg met inzet van leefpatroonmonitoring is effectiever dan zorg zonder leefpatroonmonitoring voor de volgende clienten/populatie: (somaatsch/psychisch) kwetsbare thuiswonende ouderen; of mensen die een signaal niet herkennen; of mensen bij wie het systeem een hulpvraag heeft m.b.t. herkennen van signalen. Er kan o.a. sprake zijn van demetie of een ander neurodegeneratief ziektebeeld; of een verpleegkundige diagnose/vermoeden huisarts (bijv. risico op ondervoeding, verslechtering van mobiliteit, urineweginfectie).	Toename van effectiviteit van zorg, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> <li>• snellere en zorgvuldigere detectie van afwijking van het leefpatroon</li> <li>• verlaging aantal crises</li> <li>• toename van veiligheid, kwaliteit van leven, zelfredzaamheid</li> <li>• vermindering van eenzaamheid</li> <li>• vermindering van ziekte(ernst)</li> </ul>
2. Kosten	Kosten binnen de gezondheidszorg	1. M	Alle zorgkosten die recht verband houden met de interventie en aandoening (korte termijn)	Verandering in kosten door zorg op maat a.g.v. inzet leefpatroonmonitoring; andere inzet van personeel voor formele zorg (o.a. voor diagnostiek, [gecombineerde] thuisbezoeken, bezoeken op afstand, reactie op [mogelijke] incidenten, behandeling, administratie). Verandering in implementatiekosten (incl. scholing van personeel, uitbesteding aan servicecentrum) en servicekosten.	Kosten van zorg en/of implementatie blijven gelijk of worden lager voor zorgproces met inzet van leefpatroonmonitoring dan zorgproces zonder.
Onderstaande 'should have' criteria zijn zeer relevant, maar de verwachting is dat hierop onvoldoende 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	Effectiviteit op lange termijn	2. S	Effect van hybride zorgproces ten opzichte van niet-hybride zorgproces op lange termijn	Verandering op lange termijn door inzet van leefpatroonmonitoring in o.a. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duur van verantwoord zelfstandig thuiswonen</li> <li>• Duur van ondersteuning cliënt door de mantelzorg (in tijdsinvestering per dag/week en totale termijn van de mantelzorg)</li> <li>• Belasting van de mantelzorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clienten wonen langer verantwoord zelfstandig thuis door de inzet van leefpatroonmonitoring, in combinatie met formele- en mantelzorg</li> <li>• Mantelzorg is door de inzet van leefpatroonmonitoring minder tijd per dag/week bezig met leveren mantelzorg</li> <li>• Gezondheidsuitkomsten van de mantelzorg zijn gelijk of beter.</li> </ul>
2. Kosten	Kosten binnen de gezondheidszorg op lange termijn	2. S	Alle zorgkosten die recht verband houden met de interventie en aandoening (lange termijn)	Algehele zorgkosten van zorgproces met leefpatroonmonitoring in vergelijking met het zorgproces zonder leefpatroonmonitoring (waaronder veranderingen die gepaard gaan met zorgkosten in een later stadium, door langer zorg aan huis [VPT/MPT] en uitstel van langdurige zorg in een instelling).	Daling van algehele zorgkosten van zorgproces met leefpatroonmonitoring in vergelijking met het zorgproces zonder leefpatroonmonitoring.
3. Toegankelijkheid	Beschikbaarheid, wachttijd	2. S	Of een beoogd gebruiker het betreffende zorgproces kan starten/hoe lang men daarop moet wachten	Behoeften vervullen om signalen te herkennen, die zonder leefpatroonmonitoring niet vervuld kunnen worden. Met meer efficiëntie per client is zorg eerder/van betere kwaliteit/voor meer clienten beschikbaar.	Gevolg van zorgproces met leefpatroonmonitoring t.o.v. zorgproces zonder leefpatroonmonitoring: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wachttijden voor het verpleeghuis blijven gelijk of worden korter</li> <li>• Er worden meer crisis voorkomen, waardoor minder ELV opnames</li> <li>• Er is meer/snellere doorstroom vanuit het ziekenhuis terug naar huis</li> </ul>
3. Toegankelijkheid	Bereik	2. S	Percentage individuen dat deelneemt, op basis van geldige deler (niet van vrijwilligers die interesse aangeven). Gedocumenteerd gebruik en/of gerealiseerd inzetbaarheidspercentage.	Bijv. Percentage beoogde gebruikers dat instemt met gebruik van de technologie/het zorgproces met leefpatroonmonitoring t.o.v. het totale aantal beoogde gebruikers	Patënten/mantelzorgers en professionals willen/wensen na adequate scholing of voorlichting gebruik maken van de technologie. Geen grens waarop waarde wordt bepaald, maar indicator wordt wel meegenomen.
3. Toegankelijkheid	Kenmerken van de technologie	2. S	Benodigde kennis/vaardigheden voor gebruik en/of aansluiten bij wat de patiënt/cliënt gemakkelijk vindt.	Mate van aanpassing van de technologie (ook d.m.v. service) aan de context van de mantelzorg/zorgverlener. Zowel cliënten als professionals moeten in staat zijn - na adequate scholing - om te gaan met de technologie binnen het digitale proces.	Patënten/mantelzorgers en professionals kunnen na adequate scholing of voorlichting gebruik maken van de technologie. Geen grens waarop waarde wordt bepaald, maar indicator wordt wel meegenomen.
Onderstaande 'could have' criteria gelden niet als doorslaggevend voor de waardebeoordeling en evaluatie.					
1. Kwaliteit	Effectiviteit (op lange termijn) voor verschillende groepen gebruikers	3. C	Geen verschil in effectgrootte op termijn tussen verschillende groepen van gebruikers (op basis van bijv. gezondheidsvaardigheden, digitale vaardigheden, sociaal-economische status)	Kosten (in tijd en/of geld) voor het implementeren van het proces	N.v.t. als indicator voor waardebeoordeling, belangrijk in de duiding van onderzoeksresultaten en beoordeling van inclusiviteit van het onderzoek.
2. Kosten	Kosten van implementatie	3. C	Kosten gemaakt buiten de zorg, bijvoorbeeld door gemeenten, in het onderwijs of door vrijwilligers; en/of productiviteitsverliezen: kosten van verzuim (absentisme) of improductiviteit tijdens werk (presenteisme) en onbetaald werk.	Kosten (in tijd en/of geld) voor het implementeren van het proces met leefpatroonmonitoring	Wordt gedekt door 'kosten binnen de gezondheidszorg - alle zorgkosten die recht verband houden met de interventie en aandoening op korte termijn' (rij 6)
2. Kosten	Maatschappelijk perspectief - Kosten in andere sectoren (of domeinen)	3. C	Reiskosten, eigen betalingen, tijdskosten, kosten van mantelzorg	Informele zorg verdelen over meer mantelzorgers (incl. consequenties voor inzetbaarheid in het arbeidsproces), uitstel van formele zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder (ervaren) belasting door mantelzorgers</li> <li>• Breder verdeling van mantelzorg</li> </ul>
2. Kosten	Maatschappelijk perspectief - Kosten van patiënten en familie	3. C	Is de context inclusief doelgroep(en) uit het bewijs representatief voor de context van de implementatie?	Kosten gemaakt door mantelzorg gerelateerd aan mantelzorg	Kosten gemaakt door mantelzorg zijn gelijk of minder met inzet van leefpatroonmonitoring
3. Toegankelijkheid	Adoptie	3. C	Consistentie van de implementatie over personeel/ tijd/ settings/ subgroepen (niet over verschillende uitkomsten, maar over het proces). Wordt het proces toegepast en de technologie gebruikt zoals bedoeld? Percentage "perfecte" interventievervolg, etc. (bijvoorbeeld therapietrouw of consistentie).	Contextfactoren als tijdigheid en consistentie van de implementatie zijn van essentieel belang en moeten op beschrijvend niveau in de implementatie worden opgenomen.	N.v.t. als indicator voor waardebeoordeling, belangrijk in de duiding van onderzoeksresultaten en beoordeling van kwaliteit van het onderzoek.
3. Toegankelijkheid	Implementatie	3. C	Loopt het programma nog steeds ≥ 6 maanden na financiering van onderzoek? Zijn er praktijkontwikkelingen zoals inbedding van richtlijnen, aanpassingen van zorgprocessen, en doorlopend gebruik van de interventie?	Deze indicator is relevant voor processen die net uit de pilotfase zijn, de vraag is dan welke zichtbare ontwikkelingen er zijn om het proces duurzaam te kunnen implementeren en opschalen. Aangezien er praktijkervaring met LPM is opgedaan in meer dan 12 organisaties is duurzaamheid in deze betekenis geen actueel issue.	N.v.t. als indicator voor waardebeoordeling, wel relevant in het kader van randvoorwaarden voor opschaling en wat er in het veld gebeurt om eventuele belemmeringen op dit gebied op te lossen.
4. Duurzaamheid	Duurzaamheid interventie	3. C	Waarom afval, uitstoot, energieverbruik, grondstoffen, reisebewegingen (clienten, patiënten, professionals).	Vermindering van reisebewegingen medewerkers en mantelzorgers	Geen grens waarop waarde wordt bepaald maar indicator wordt wel meegenomen.

## 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.

<b>Kolom A ('hoofddomein')</b>	De waardebeoordeling gebeurt aan de hand van vier hoofddomeinen: <b>Kwaliteit, Betaalbaarheid, Toegankelijkheid en Duurzaamheid</b> . Het resultaat is geen oordeel, maar advies voor opschaling.
<b>Kolom B ('waardebeoordelingscriterium')</b>	Beschrijft binnen het hoofddomein de belangrijkste concepten, waar indicatoren betrekking op kunnen hebben.
<b>Kolom C ('MOSCOW')</b>	<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"><li>1. <b>Must have</b> = Er moet aan het criterium worden voldaan, om te overtuigen dat het digitale of hybride proces meerwaarde biedt.</li><li>2. <b>Should have</b> = 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.</li><li>3. <b>Could have</b> = Het criterium kan waardevol zijn, maar niet specifiek beoogd of verwacht.</li><li>4. <b>Won't have</b> = Bewijs is niet vereist, irrelevant of praktisch onhaalbaar</li></ol>
<b>Kolom D ('Omschrijving algehele indicator')</b>	Omschrijving van relevante indicatoren die in het algemeen van toepassing kunnen zijn.
<b>Kolom E ('Specificatie indicator')</b>	Specificaties van de indicator(en) voor het specifieke zorgproces.
<b>Kolom F ('Acceptatiegrens')</b>	De - vooraf met alle stakeholders afgestemde - acceptatiegrens per indicator.