


# Waardegedreven zorg: een noodzakelijke basis in de opleiding van zorgprofessionals



Onderwijs  
en opleiden

**Linnean**  
*initiatief*

**Het Linnean  
Initiatief:  
een landelijk en  
multidisciplinair  
netwerk dat verbindt,  
inspireert en  
adviseert over de  
implementatie van  
waardegedreven zorg**



Vragen en/of  
opmerkingen over  
deze paper? Mail naar  
[linnean-initiatief@zinl.nl](mailto:linnean-initiatief@zinl.nl)

**Van der Nat, P.B.<sup>1,2</sup>**  
**Van der Linde, M.T.H.<sup>3</sup>**  
**De Neree tot Babberich, M.P.M.<sup>4</sup>**  
**Van der Hage, J.A.<sup>5</sup>**  
**Stiggelbout, A.M.<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Afdeling Value-Based Health Care, St. Antonius Ziekenhuis,  
Nieuwegein, Nederland

<sup>2</sup>Afdeling IQ Healthcare, Radboud Institute for Health Sciences,  
Radboudumc, Nijmegen, Nederland

<sup>3</sup>Stichting Linnean Initiatief, Zeist, Nederland

<sup>4</sup>Pacmed, Amsterdam, Nederland

<sup>5</sup>Afdeling Chirurgie, Leids Universitair Medisch Centrum,  
Leiden, Nederland

<sup>6</sup>Medische besluitkunde, Afdeling Biomedical Data Sciences,  
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland

# Samenvatting

De Nederlandse gezondheidszorg behoort kwalitatief gezien al jaren tot de top van Europa. Toch kent ons zorgstelsel een aantal fundamentele weeffouten: de zorg is georganiseerd rondom de zorgprofessional, terwijl het de patiënt is die centraal moet staan. We hebben weinig inzicht in de kwaliteit van zorg en wat de behaalde resultaten van geleverde zorg concreet voor de patiënt betekenen. Vergoeding is gebaseerd op verrichtingen in plaats van op kwaliteit en de daadwerkelijke kosten van de zorgverlening zijn niet transparant. Naast deze fundamentele weeffouten hebben we te maken met een aantal andere uitdagingen: demografische (bijv. maatschappelijke veranderingen, o.a. door migratie, langere levensduur, vergrijzing) en technologische ontwikkelingen (bijv. diagnostische testen en nieuwe, dure geneesmiddelen) die de kwaliteit, solidariteit, en betaalbaarheid van het zorgstelsel onder druk zetten.

In 2006 introduceerden Prof. Porter en Prof. Teisberg *Value Based Healthcare* (VBHC) als een nieuwe visie op de organisatie en de levering van de gezondheidszorg. Vrij vertaald is dit waardegedreven zorg (WGZ). 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. De implementatie van WGZ betekent wel dat een aantal grote en fundamentele wijziging in ons zorgstelsel moeten worden doorgevoerd en is daarmee een grote veranderopgave. Deze veranderopgave was eerst nog geheel vrijblijvend en werd door veel partijen

als 'managementtype' gezien. In 2018 was er sprake van een keerpunt, dat werd aangewakkerd door het regeerakkoord, het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022, het programma Uitkomstgerichte zorg en de hieraan verbonden toewijding van de hoofdlijnenakkoordpartijen, waaronder de Federatie Medisch Specialisten (FMS) met hun visiedocument 2025. Inmiddels is het WGZ-gedachtegoed de kern van onze landelijke verbeter- en innovatiestrategie en loopt Nederland voorop in de transitie naar een waardegedreven zorgstelsel.

Het succes van die veranderopgave is sterk afhankelijk van een brede adoptie van het WGZ-gedachtegoed. Voor een brede adoptie is het belangrijk dat de verschillende partijen en de mensen in de zorg elkaar begrijpen, dezelfde taal spreken en aan dezelfde doelen werken. Onderwijs en opleiding op het gebied van WGZ zijn daarvoor onontbeerlijk. De Linnean werkgroep Onderwijs & Opleiden geeft vier adviezen:

### Advies 1

Zorg voor inbedding van het WGZ-gedachtegoed in de opleidingen voor alle zorgprofessionals. Deze paper spitst zich toe op de opleidingen in de verschillende fasen van de carrières van paramedici, verpleegkundigen en artsen/medisch specialisten.

### Advies 2

Maak in WGZ-onderwijs onderscheid tussen a) principes, b) implementatie en c) randvoorwaarden.

- a. De *principes* van WGZ. De principes geven invulling aan de vraag: 'wat' is WGZ?
- b. De *implementatie* van WGZ. De implementatie geeft invulling aan de vraag: 'hoe' komen we vanuit de huidige zorg tot WGZ?
- c. De *randvoorwaarden* voor de implementatie van WGZ. Naast de 'wat' en 'hoe' van WGZ zijn er een aantal randvoorwaarden qua vaardigheden en kennis om de transitie naar WGZ mogelijk te maken.

### Advies 3

Selecteer het onderwerp van WGZ-onderwijs op basis van de carrièrefase van de paramedicus, verpleegkundige of arts/medisch specialist. Voor de principes van WGZ (1) geldt dat deze het beste in de basisopleiding van zorgprofessionals kunnen terugkomen en implementatie (2) en randvoorwaarden (3) in latere carrièrefases.

### Advies 4

Selecteer de wijze waarop kennis wordt overgedragen op basis van het onderwerp en carrièrefase. Voor de principes van WGZ (1) en de implementatie van WGZ (2) geldt dat onderwijs op deze onderwerpen goed als losstaande vakken, e-learnings, masterclasses, etc. kan worden aangeboden. Voor de randvoorwaarden voor implementatie van WGZ (3) ligt voor de hand om ze in te bedden als onderdeel van bestaande nascholingen of opleidingen.

# Introductie

De Nederlandse gezondheidszorg behoort kwalitatief gezien al jaren tot de top. Toch kent ons zorgstelsel een aantal fundamentele weeffouten die de kwaliteit van zorg niet ten goede komen. Ook is onze gezondheidszorg duur ten opzichte van de zorg in andere landen [1]. Tegelijkertijd worden we geconfronteerd met een aantal uitdagingen die de kwaliteit, betaalbaarheid, duurzaamheid en solidariteit van ons gezondheidszorgsysteem verder onder druk zetten.

## Fundamentele weeffouten

De meest fundamentele weeffout in het huidige zorgsysteem is de wijze waarop de gezondheidszorg is georganiseerd: de zorgprofessional staat centraal, in plaats van de patiënt. We kunnen steeds meer en beter behandelen. Daarmee zijn ook het aantal specialisaties en subspecialisaties toegenomen. De keerzijde hiervan is dat we de zorg zijn gaan organiseren rondom die specialisaties, wat heeft geleid tot silovorming. Iedere specialist ziet de patiënt voor zijn of haar eigen stukje van de zorg. Specifiek voor dit stukje, waarvoor zij opgeleid en verantwoordelijk zijn, proberen zorgprofessionals de zorg te optimaliseren. Dit leidt niet altijd tot de beste zorg voor patiënten: zij moeten vaak voor verschillende specialismen apart terugkomen naar het ziekenhuis en moeten hun verhaal telkens opnieuw vertellen. Wellicht belangrijker nog dan dit soort 'inefficiënties' is dat deze manier van organiseren leidt tot slechtere communicatie tussen zorgprofessionals onderling en mogelijk tot suboptimale behandeling van de patiënt.

Behalve de inefficiënte organisatie van het zorgstelsel is het gebrek aan inzicht in de kwaliteit van zorg voor de patiënt een grote uitdaging. Bovendien weten we vaak niet wat de daadwerkelijk behaalde resultaten van geleverde zorg voor hem of haar betekenen. We zijn niet goed in staat om patiënten te vertellen welke behandelresultaten (uitkomsten) hij of zij mag verwachten. We registreren veel, maar niet altijd de juiste gegevens [2-4]. In het huidige systeem bestaat kwaliteitsverbetering met name uit het monitoren of de zorg wordt geleverd volgens de richtlijnen, met behulp van proces- en structuurindicatoren. Niet geheel verassend is de verantwoordelijkheid voor registratie en aanlevering daardoor steeds meer bij ondersteunende, centrale kwaliteitsafdelingen in de ziekenhuizen belegd, waardoor het eigenaarschap verder van de directe zorgverleners vandaan is komen te liggen. Dit terwijl de last van de registratie zelf grotendeels bij de zorgverlener ligt en het optimaal functioneren van het kwaliteitsstelsel van een ziekenhuis juist sterk afhankelijk is van de inzet en betrokkenheid van zorgprofessionals bij kwaliteitsverbetering [4,5].

Ten derde veroorzaakt het vergoeden op basis van verrichtingen in plaats van op zorgkwaliteit een aantal problemen. Het huidige Diagnose Behandel Combinatie Op weg naar Transparantie (DOT)-stelsel vergoedt op basis van verrichtingen en legt daarmee de focus op productie in plaats van op kwaliteit van zorg en kwaliteitsverbetering. Dit heeft een negatief effect op zowel kwaliteit als kosten van zorg. Hier zijn veel voorbeelden van te geven, zoals ziekenhuizen die meer reoperaties doen en daardoor meer inkomsten krijgen en ziekenhuizen die patiënten laten overnachten in plaats van hen in dagbehandeling zien.

Ten slotte wordt vaak gerefereerd naar de kosten van de zorgverlening als de grootste *black box* in de gezondheidszorg. Wij zijn niet of nauwelijks in staat om inzichtelijk te maken wat de werkelijke kosten voor bepaalde patiëntengroepen zijn. Dit maakt het lastig om goed en verantwoord om te gaan met de financiële middelen die voor de zorg beschikbaar zijn.

## Uitdagingen en kansen

Naast deze fundamentele weffouten kampt ons zorgstelsel met grote uitdagingen die de kwaliteit en betaalbaarheid van het huidige zorgstelsel onder druk zetten [6]. Op basis van de demografische ontwikkelingen is de verwachting dat 25% van de Nederlanders in 2030 ouder is dan 65 jaar [7,8]. De vergrijzing gaat ervoor zorgen dat we verhoudingsgewijs steeds meer te maken krijgen met ouderdomsziekten. Daarbovenop komt dat de verhouding van de beroepsbevolking tot de gehele bevolking schever wordt. Logischerwijs komt daarmee ook de verhouding tussen aanbod van zorgpersoneel en totale zorgvraag verder onder druk te staan met de welbekende onwenselijke situatie tot gevolg: hogere werkdruk (met het gevaar op minder werkplezier en hoger ziekteverzuim), minder tijd voor de patiënt, oplopende wachttijden, relatieve beperking van de 'vrije' keuze van de patiënt en tijdelijke organisatorische 'noodoplossingen' die de kwaliteit van de zorg vaak niet ten goede komen.

Ten tweede dragen de medische en technologische ontwikkelingen verder bij aan de uitdaging om de kosten van de zorg beheersbaar te houden. De snelle toename in diagnostische- en behandel mogelijkheden maakt dat ziekten vroeg opgespoord en behandeld kunnen worden. Hierdoor kunnen ziekten in een eerder stadium genezen of zelfs voorkomen worden. Aan de andere kant kan het ertoe leiden dat de ziekte (soms levenslang) gecontroleerd en chronisch wordt, wat juist leidt tot extra kosten. Technologische ontwikkelingen vergen tegelijkertijd verdere specialisatie en centralisatie van de zorg, omdat deze preciezer en complexer wordt. Het risico is dat de zorg verder fragmenteert en flink duurder wordt.

# Value Based Healthcare

Naast deze uitdagingen zien we ook kansen: met de snelle opkomst, beschikbaarheid en inzet van e-health, mobile (m)-health, kunstmatige intelligentie en geavanceerde statistische technieken (zoals machine learning) kunnen we signalen en patronen extraheren uit grote hoeveelheden data. Deze ontwikkelingen maken monitoring op (grotere) afstand steeds meer mogelijk (misschien zelfs door externe, niet-traditionele zorgpartijen of organisatievormen). De (huidige) COVID-19-crisis heeft deze digitalisering van de zorg verder versneld. De beslissingsondersteunende, data-gedreven inzichten en oplossingen gaan de zorgverlener verder helpen in het leveren van efficiënte zorg, optimaal afgestemd op de behoeftes en voorkeuren van de patiënt. Het na te streven doel: 'De juiste zorg leveren op de juiste plek, op het juiste moment en door de juiste persoon' (laagcomplexe diagnostiek en zorg 'dichtbij huis', toenemende complexiteit van zorg samengaan met 'centralisatie en specialisatie van zorg').

Al deze ontwikkelingen samen zullen de zorg snel en ingrijpend gaan veranderen. Hoe, door wie en waar de zorg wordt geleverd, maar ook de onderlinge communicatie en gegevensuitwisseling, zullen in dit kader meer ter discussie staan.

Prof. Michael Porter en Prof. Elizabeth Teisberg introduceerden in 2006 een nieuwe visie op het organiseren en leveren van gezondheidszorg: *Value Based Healthcare* (VBHC) [9,10]. Vrij vertaald is dit waardegedreven zorg (WGZ). Hierin staat de interactie tussen de patiënt en zijn of haar naaste(n), en de zorgverlener en het medisch team centraal. Dat is immers de plek waar 'waarde' wordt gecreëerd. Waarde



wordt gedefinieerd als de voor de patiënt relevante uitkomsten in relatie tot de kosten die zijn gemaakt om deze uitkomsten te realiseren. Uitdrukkelijk wordt waarde in de gehele keten gecreëerd, vanuit de eerste- naar tweede- en derdelijn en daarna weer terug naar eerstelijns of bijvoorbeeld revalidatiecentrum. Geconfronteerd met bovenstaande uitdagingen onderschrijven een toenemend aantal ziekenhuizen in Nederland de principes van WGZ.

Daarnaast is ook de urgentie om de manier waarop de zorg wordt georganiseerd en geleverd opnieuw te overdenken genomen. Het organiseren en leveren van zorg volgens WGZ principes heeft een toevlucht genomen rond 2018. Voor 2018 was WGZ vrijblijvend en werd door verscheidene partijen als ‘managementtype’ gezien. In 2018 was er sprake van een keerpunt, dat werd aangewakkerd door het regeerakkoord, het hoofdlijnenakkoord medischspecialistische zorg 2019-2022, het programma Uitkomstgerichte zorg [11-13] en de hieraan verbonden toewijding van de hoofdlijnenakkoord-partijen<sup>1</sup>, waaronder de Federatie Medisch Specialisten (FMS) met hun visiedocument 2025 [14]. Inmiddels is het WGZ-gedachtegoed de kern van onze landelijke verbeter- en innovatiestrategie en loopt Nederland voorop in de transitie naar een waardegedreven zorgstelsel.

<sup>1</sup> De hoofdlijnenakkoord partijen die in samenwerking programma Uitkomstgerichte Zorg in samenwerking met partners onderschrijven bestaan uit (in willekeurige volgorde) 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).

# Onderwijs en Opleiden in WGZ

Het is belangrijk om te realiseren dat er voor WGZ geen uitgeschreven recept bestaat met een oplossing voor de uitdagingen waarvoor we staan. De zorg is hiervoor te gevarieerd en complex, waarbij het ‘product’ te waardevol is om op grote te ‘experimenteren’. Wat WGZ wél heeft, is een duidelijk gedachtegoed, met een aantal belangrijke principes en praktische handvatten. Dit zorgt voor richting en structuur in denken en handelen, stimuleert samenwerkingen en, misschien nog wel veel belangrijker, het gaat gepaard met een berg intrinsieke motivatie en energie om de zorg samen en op een verantwoorde manier echt duurzaam te verbeteren.

Een groeiend aantal zorginstellingen is bezig met onderzoek naar en implementatie van WGZ. Het aantal beschikbare voorbeelden van verbetering van uitkomsten of *waarde* door ziekenhuizen, zelfstandig behandelcentra, kwaliteitsregistraties of samenwerkingsverbanden die aan de slag zijn gegaan met WGZ groeit gestaag. De organisaties die werken vanuit WGZ-gedachtegoed leggen de vraag over kwaliteit van zorg veel sterker terug bij de zorgprofessionals zelf. “Hoe goed zijn wij eigenlijk?”, “Wat vinden wij goede zorg?” en “Wat vindt de patiënt dat goede zorg is?” zijn hier de kernvragen. Er wordt groot belang gehecht aan het inzichtelijk maken van behandelresultaten voor patiënten (met behulp van uitkomstindicatoren) en dat wat voor patiënten echt van belang is: kwaliteit van leven (aan de hand van patiëntgerapporteerde vragenlijsten (PROMs)), overleving, functionele status,

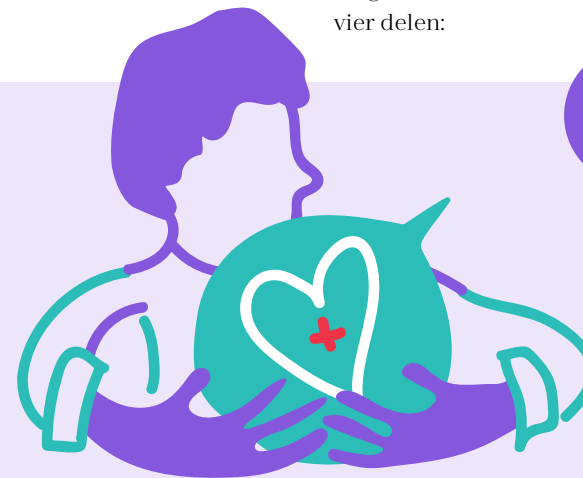
etc. Dit is een wezenlijk andere houding dan het implementeren van een kwaliteitssysteem of afvinken van kwaliteitsregistraties of je als ziekenhuis voldoet aan extern (of door de beroepsgroep) bepaalde normen. Niet jaarlijks indicatoren afvinken, maar regelmatig kunnen zien hoe goed het nu echt met je patiënten gaat.

Het is te verwachten dat WGZ een grote impact heeft op zowel de manier waarop zorginstellingen zich organiseren, samenwerken en worden bekostigd als ook de manier waarop individuele zorgprofessionals invulling geven aan hun werk en met elkaar samenwerken. Op dit moment is WGZ slechts bij een relatief kleine groep enthousiastelingen bekend. Om de transitie naar een duurzaam, waardegedreven zorgstelsel mogelijk te maken, is er echter brede betrokkenheid en (transmurale) samenwerking nodig. Het is belangrijk dat we elkaar begrijpen, dezelfde taal spreken en aan dezelfde doelen werken. Onderwijs en opleiden rondom WGZ zijn daartoe onontbeerlijk: voor het creëren van begrip en draagvlak, het faciliteren van synergie en het katalyseren van verbeteringen.

Deze paper bevat het advies van de werkgroep Onderwijs en Opleiden van het Linnean initiatief over de vormgeving van onderwijs en opleiden op het gebied van WGZ in Nederland. Hoewel we ons goed realiseren dat er in de zorg veel stakeholders zijn die moeten worden meegenomen in deze transitie om de kans van slagen en de duurzaamheid van de veranderingen te optimaliseren, richten wij ons allereerst op de opleidingen in de verschillende fasen van de carrières van paramedici, verpleegkundigen en medisch specialisten. Het doel is om de paramedici, verpleegkundigen en medisch specialisten in verschillende stadia van hun carrière een goede basiskennis en essentiële tools mee te geven om samen te werken aan het verder doorontwikkelen van WGZ, dit op een verantwoorde manier te vertalen naar de praktijk en vervolgens kritisch te evalueren. Hiervoor is het ook nodig om WGZ enigszins af te bakenen, waarbij de *Value Agenda* [10] en diens doorontwikkeling [15] als leidraad en kader gebruikt zal worden. Alleen met elkaar kunnen we de zorg op een effectieve(re), efficiënte(re) en patiëntvriendelijke(re) manier te leveren.

# Advies over de vormgeving van onderwijs en opleiden

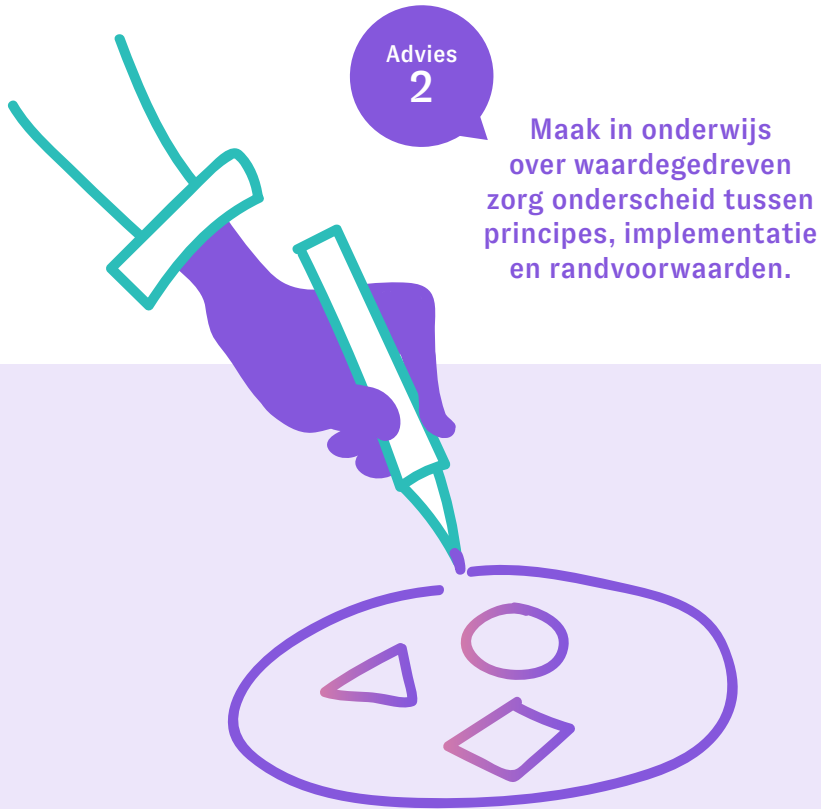
Het advies van de werkgroep Onderwijs en Opleiden om te zorgen voor een brede adoptie WGZ in de zorg bestaat uit vier delen:



Advies  
1

Zorg voor inbedding van het gedachtegoed van waardegedreven zorg in de opleidingen voor alle zorgprofessionals.

WGZ is multidisciplinair en transmuraal. Idealiter wordt het WGZ-gedachtegoed ingebed in de opleidingen voor alle zorgprofessionals en niet enkel in het basiscurriculum, maar ook in de na- en bijscholing. Het gaat hierbij om opleidingen voor paramedici (bijv. physician assistants, fysiotherapeuten, diëtisten), verpleegkundigen (inclusief verpleegkundig specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen) en uiteraard de medisch specialisten (1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijn, sociale geneeskunde).



Een noodzakelijk startpunt voor effectief WGZ-onderwijs zit hem in een duidelijke definitie van de begrippen. We maken onderscheid in (1) de principes van WGZ, (2) de implementatie van WGZ, (3) de randvoorwaarden voor de implementatie van WGZ. Hieronder benoemen we de belangrijkste onderwerpen binnen deze driedeling.

### 1. De principes van waardegedreven zorg.

De principes van WGZ geven invulling aan de vraag: 'wat' is WGZ? Deze principes zijn in het kort:

1. Waarde wordt gecreëerd in de relatie tussen de patiënt inclusief zijn/haar directe omgeving en de arts met het medische team;
2. Waarde wordt gedefinieerd als de set van uitkomsten in relatie tot de totale kosten van het bereiken van deze uitkomsten, over de volledige zorgcyclus rondom een specifieke medische aandoening (inclusief de meest voorkomende co morbiditeit(en));
3. Het gaat bij uitkomsten om gezondheidsuitkomsten (klinische en PROMs) die er toe doen voor de patiënt en het medisch team en waar medisch inhoudelijk op kan worden gestuurd/verbeterd;
4. Het gaat bij zorgcyclus (care delivery value chain) om het scala aan activiteiten dat waarde toevoegt, uitgevoerd door het aandoeningsgerichte behandelteam al dan niet in de Integrated Practice Unit. De waarde is het resultaat van alle multidisciplinaire activiteiten en kan dus niet worden begrepen op monodisciplinair niveau (specialisme), op een specifiek deel van de zorgcyclus (interventie-niveau) of op lijn-niveau (huisartsenpraktijk, ziekenhuis of revalidatiezorg; uitzonderingen daargelaten).
5. Waarde kan worden verhoogd door:
  - gezondheidsuitkomsten te verbeteren ten opzichte van de kosten;
  - gezondheidsuitkomsten gelijk te houden tegen lagere kosten.

Basiskennis rondom deze principes betreft: de definitie van 'waarde' (de *value equation*), medische conditie definitie, de uitkomstenhiërarchie van Porter, definitie van uitkomsten en uitkomstindicatoren, PROMs, standaardsets van uitkomstindicatoren, casemix factoren (*patient initial conditions*), definitie en meten van kosten, de zorgcyclus of waardeketen (*Care Delivery Value Chain*), aandoeningsgerichte behandelteams/*Integrated Practice Units*, multidisciplinaire samenwerking.

## 2. De implementatie van waardegedreven zorg

De implementatie van WGZ gaat over de vraag: 'hoe' komen we vanuit de huidige zorg tot waardegedreven zorg? Deze transitie is nog sterk in ontwikkeling en gaat over de vertaling van het WGZ-gedachtegoed naar de praktijk. De doorontwikkelde strategische agenda voor transitie naar WGZ is als leidraad genomen [15]:

1. **Meet uitkomsten en kosten voor elke patiënt: definities WGZ concepten, Registratie aan de bron, perspectieven en dimensies van kwaliteit, ontwikkeling en selecteren van indicatoren, PROMs, PROMIS, standaardsets van uitkomstindicatoren, methodieken om kosten inzichtelijk te maken;**
2. **Organiseer waardegedreven kwaliteitssturing: selectie van verbeteracties o.b.v. uitkomstdata, inbedding van uitkomstindicatoren in kwaliteitsmanagement, formuleren van doelstellingen m.b.t. uitkomstindicatoren;**
3. **Integreer waarde in communicatie met patiënten: shared decisionmaking, Samen Beslissen in de spreekkamer en tussen spreekkamers;**
4. **Organisatie rondom patiëntgroepen: Integrated Practice Units, aandoeningsgerichte matrix organisaties, multidisciplinaire verbeterteams;**
5. **Contracteer op waarde: episode-/zorgbundels, shared savings, pay-for-performance, capitation/lump-sum;**
6. **Integreer zorgverlening over de keten: netwerkzorg, ketenzorg inclusief eerstelijns, tweedelijns en derdelijns;**
7. **Breid uit: geografische expansie, opschaling;**
8. **Creëer een cultuur gericht op WGZ: reflectie, gezamenlijke verantwoordelijkheid, transparantie;**
9. **Bouw leerplatformen: benchmarking op uitkomsten en kosten tussen instellingen, delen van best practices;**
10. **Bouw een geïntegreerd informatietechnologieplatform en dashboards: registratie, extractie, visualisatie, analyse en gebruik van data en indicatoren.**

Voor alle onderwerpen op deze doorontwikkelde strategische agenda geldt dat ze nog sterk in ontwikkeling zijn. Zowel de theorie als de implementatie in de praktijk. Onderwijs op deze onderwerpen is dan ook sterk gebaat bij een combinatie van theorie en (actuele) praktijkvoorbeelden.

## 3. Randvoorwaarden voor implementatie van waardegedreven zorg

Naast de 'wat' en 'hoe' van WGZ zijn er een aantal randvoorwaarden op het gebied van vaardigheden en kennis om de transitie naar WGZ mogelijk te maken:

### 1. Medisch en verpleegkundig leiderschap

Voor de realisatie van WGZ is een ander type leiderschap nodig. Medisch leiderschap binnen ziekenhuizen wordt op dit moment vormgegeven vanuit individuele specialismen en is sterk gekoppeld aan vakinhoudelijke expertise. Binnen aandoeningsgerichte organisatievormen (multidisciplinaire verbeterteams, *integrated practice units*, etc.) is juist het multidisciplinair samenwerken van groot belang. Hierbij is het kunnen verbinden, enthousiasmeren, creëren van synergie en motiveren van groot belang. Dit geldt ook voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, aangezien zowel medisch als verpleegkundig leiderschap onmisbaar is voor het succes van het multidisciplinaire team.

### 2. Verandermanagement

Het organiseren van (bijvoorbeeld) een ziekenhuis conform de principes van WGZ is een grote verandering die vele jaren vergt. Degenen die deze verandering mogelijk maken (van medisch specialisten, verpleegkundigen en paramedici in multidisciplinaire teams, tot management en raad van bestuur) hebben kennis en vaardigheden nodig op het gebied van verandermanagement om deze verandering succesvol te doorlopen. Hoe creëer je draagvlak? Wat is je invloedssfeer? Wie zijn je 'local champions'? Etc.

### 3. Data & IT

Data blijkt één van de grootste uitdagingen in de implementatie van WGZ. Het begint met vragen over welke data hoe (eenmalig aan de bron) te verzamelen voor de individuele patiënt. Vervolgens is het mogelijk om data uit te wisselen, geaggregeerd te kunnen interpreteren op basis van context of benchmarking en trends te identificeren. Daarmee passeren ook infrastructuren, governance en voorwaarden de revue. Ook innovaties op het gebied van e-health, technologieën als personal health train, machine learning, natural language processing, proces mining, predictiemodellen, dashboards en kunstmatige intelligentie moeten gebruikt worden.

#### 4. Achtergrondkennis:

WGZ als concept raakt het gehele zorgstelsel. Wil je weten hoe en waarom je kosten volgens WGZ-principes zou moeten meten, dan moet je op de hoogte zijn van de manier waarop dat in het huidige systeem gaat. Om te weten waarom een *Integrated Practice Unit* zou kunnen leiden tot betere zorgverlening in een ziekenhuis is het van belang te snappen hoe nu de structuur en governance van een ziekenhuis werkt. Achtergrondkennis die van belang is in het kader van WGZ is kennis van:

- het huidige zorgstelsel, achtergrond, organisatie zorg en 'zorgmarkt' (stakeholders en rollen); sterke kanten en uitdagingen; financiële stromen en vergoedingsmodellen;
- de netwerkgeneeskunde, substitutie, specialisatie en centralisatie, van reactief naar preventief;
- projectmanagement, projectmatig werken en concepten als PDCA-cycli, triple/quadruple aim, positieve gezondheid, LEAN, agile/scrum, etc.;
- bestuurskunde in de zorg: governance, planning & control cycli, financiën;
- epidemiologie & statistiek: verantwoord resultaten/inzichten verkrijgen; vergelijken en interpreteren; kwalitatief en kwantitatief (&validatie) onderzoek.

Advies  
3

Selecteer het onderwerp van waardegedreven zorgonderwijs op basis van de carriërefase

Selecteer het onderwerp van WGZ-onderwijs op basis van de carriërefase van de paramedicus, verpleegkundige en arts/medisch specialist.



De werkgroep heeft de carrière van een paramedicus, verpleegkundige en arts/medisch specialist opgesplitst in drie fasen. Fase A betreft het basiscurriculum van een student in een paramedische richting, verpleegkunde of geneeskunde. Fase B betreft de vervolgopleidingen waarbij een paramedicus, verpleegkundige of arts zich verder bekwaamt. In fase C zitten de reguliere bij-/nascholingen verankerd.

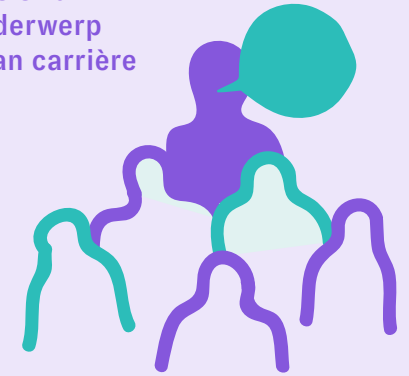
Hoewel de theoretische aspecten van de onderwerpen genoemd in advies 2 in alle carriérefases kunnen worden aangeboden, is er ook ervaring nodig.

Het succes van een waardegedreven zorgtraject is sterk afhankelijk van de betrokkenheid van een medisch en verpleegkundig expertise op het betreffende indicatiegebied. Aan de andere kant vindt de werkgroep het belangrijk om de (aanstaand) paramedicus, verpleegkundige of arts/medisch specialist al vroeg in zijn/haar carrière kennis te laten maken met de multidisciplinaire manier van werken. Daarom heeft de werkgroep ervoor gekozen om de onderwerpen uit advies 2 te koppelen aan de fasen A tot en met C. In het basiscurriculum van de studenten adviseren wij om de studenten, bij voorkeur in een interdisciplinaire module, kennis te laten nemen met 'wat' WGZ is, oftewel de principes van WGZ. Voor de geneeskundestudent is het verstandig om het onderwijs over de principes van WGZ aan te bieden in de Masterfase<sup>2</sup>. In de vervolgopleidingen, bijvoorbeeld tot medisch specialist, raden wij een module aan die gaat over 'hoe' WGZ te implementeren, oftewel de implementatie van WGZ. Vervolgens bevelen wij aan om de randvoorwaarden voor implementatie van WGZ in te bedden in de reguliere bij- en nascholingen. Afhankelijk van het onderwerp en de carriérefase zijn één of meerdere manieren van kennisoverdracht gekozen. De werkgroep maakt onderscheid in (online) cursussen, workshops/trainingen, masterclasses en inspiratiebezoeken/netwerkbijeenkomsten.

<sup>2</sup> De Masterfase heeft een meer praktisch karakter in vergelijking tot de Bachelorfase van de geneeskunde opleiding. In de Bachelorfase is de geneeskundestudent sterk gericht op het ontwikkelen van medisch-inhoudelijke kennis, daarom is WGZ-onderwijs hier minder geschikt.

#### Advies 4

Selecteer de wijze waarop kennis wordt overgedragen op basis van het onderwerp en fase van carrière



Voor de principes van WGZ, in advies 3 gekoppeld aan het basiscurriculum van studenten in een paramedische richting, verpleegkunde of geneeskunde, beveelt de werkgroep vooral het gebruik van (online) cursussen en workshops/trainingen gebruikt aan [16]. Voor het onderwijs gericht op de implementatie van WGZ, zijn meerdere manieren van kennisoverdracht mogelijk. Inspiratiebezoeken of netwerkbijeenkomsten waarbij kennis en ervaring wordt uitgewisseld (zoals bij die van het Linnean Initiatief) zijn effectief gebleken.

In het licht van de COVID-19-crisis is meer dan ooit duidelijk geworden dat klassieke vormen van onderwijs en kennisoverdracht moeten worden aangepast naar online en blended onderwijsmodaliteiten. SPOC's (Small Private Online Courses) en MOOC's (Massive Open Online Courses) zijn online alternatieven voor onderwijs voor kleine en/of grotere groepen.

Accreditatie van deze nascholings- en onderwijs activiteiten op het gebied van WGZ is noodzakelijk om de verspreiding van WGZ-kennis tot een succes te maken.

Tabel 1a-c presenteert een overzicht van de WGZ onderwijs onderwerpen (advies 2; tabel 1a betreft de principes; tabel 1b betreft de implementatie; tabel 1c betreft de randvoorwaarden) gekoppeld aan de fase in carrière/loopbaan (advies 3) en bijpassende wijze van kennisoverdracht (advies 4).

Tabel 1a: WGZ onderwijs matrix tabel over WGZ principes per fase in carrière/loopbaan met wijze van kennisoverdracht

WGZ Principes (advies 2)		Fase in carrière/loopbaan (advies 3)			Wijze van kennisoverdracht (advies 4)			
Onderwerp	Elementen	Basiscurriculum	Vervolg opleiding <sup>a</sup>	Nascholing	(Online) cursus	Workshop / training	Masterclass	Inspiratie bezoek
Waarde (uitkomsten/kosten)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WGZ principes;</li> <li>• Definitie van waarde: de 'value equation';</li> <li>• Medische conditie definitie;</li> <li>• Uitkomstenhiërarchie van Porter;</li> <li>• Definitie van uitkomsten en uitkomstindicatoren, patient gerapporteerde (PROMs), standaardsets van uitkomstindicatoren;</li> <li>• Casemix factoren/patient initial conditions;</li> </ul>	x <sup>b</sup>	x	x	x	x	x	
Zorgcyclus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definitie/meten van kosten.</li> <li>• Waardeketen/Care Delivery Value Chain (CDVC);</li> <li>• Aandoeningsgerichte behandelteams/Integrated Practice Units (IPUs);</li> <li>• Multidisciplinaire samenwerking.</li> </ul>	x	x	x	x	x	x	

<sup>a</sup> Vervolgopleiding tot nurse practitioner of medisch specialist.

<sup>b</sup> Een 'x' geeft het advies weer en met een '(x)' wordt een sterkere voorkeur voor specifieke manieren van kennisoverdracht en fase in carrière/loopbaan aangegeven.

Tabel 1b: WGZ onderwijs matrix tabel over Implementatie van WGZ per fase in carrière/loopbaan met wijze van kennisoverdracht

De implementatie van WGZ (advies 2)		Fase in carrière/loopbaan (advies 3)			Wijze van kennisoverdracht (advies 4)			
Onderwerp	Elementen	Basiscurriculum	Vervolg opleiding	Nascholing	(Online) cursus	Workshop /training	Master-class	Inspiratiebezoek/ netwerkbijeenkomst
Meet uitkomsten en kosten voor elke patiënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definities WGZ concepten;</li> <li>Registratie aan de bron;</li> <li>Perspectieven en dimensies van kwaliteit;</li> <li>Ontwikkeling en selecteren van indicatoren; PROMs; PROMIS; standaardsets van uitkomstindicatoren;</li> <li>Methodieken om kosten inzichtelijk te maken;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X
Organiseer waarde-gedreven kwaliteitssturing	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selecteren verbeteracties o.b.v. uitkomstdata;</li> <li>Inbedding van uitkomstindicatoren in kwaliteitsmanagement;</li> <li>Formuleren doelstelling m.b.t. uitkomstindicatoren;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X
Integreer waarde in communicatie met patiënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Shared-decision making;</li> <li>Samen Beslissen in de spreekkamer en tussen spreekkamers;</li> </ul>	X	X	X	X	X	X	X
Organiseer rondom patiëntgroepen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrated Practice Units;</li> <li>Aandoeningsgerichte matrix organisaties;</li> <li>Multidisciplinaire verbeterteams;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X
Contracteer op waarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Episode-/bundled payments; shared-savings; pay-for-performance; capitation models/lump-sum;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X
Integreer zorgverlening over de keten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Netwerkgz, transmurale zorg/ketenzorg inclusief eerstelijns, tweedelijns en derdelijns;</li> </ul>	X	X	X	X	X	X	X
Breid uit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geografisch expansie;</li> <li>Opschaling;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X
Creëer een cultuur gericht op WGZWGZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflectie, gezamenlijke verantwoordelijkheid voor uitkomsten;</li> <li>Transparantie</li> </ul>		X	X	X	X	X	X
Bouw leerplatformen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leerplatformen</li> <li>Benchmarking op uitkomsten en kosten tussen instellingen, delen van best-practices;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X
Bouw een geïntegreerd informatietechnologie-platform en dashboards	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registratie, extractie, visualisatie, analyse en gebruik van data en indicatoren;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X



Tabel 1c: WGZ onderwijs matrixtabel over Randvoorwaarden voor implementatie van WGZ per fase in carrière/loopbaan met wijze van kennisoverdracht

Randvoorwaarden voor implementatie van WGZ (advies 2)		Fase van carrière/loopbaan (advies 3)			Wijze van kennisoverdracht (advies 4)			
Onderwerpen	Elementen	Basiscurriculum	Vervolg opleiding	Nascholing	(Online) cursus	Workshop /training	Masterclass	Inspiratiebezoek/ netwerkbijeenkomst
Medisch en verpleegkundig leiderschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbinden, enthousiasmeren, synergie creëren, motiveren, multidisciplinair samenwerken.</li> </ul>		x	ⓧ		ⓧ	x	
Verandermanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis en vaardigheden op het gebied van verandermanagement: draagvlak creëren, invloedssfeer, local champions, etc.</li> </ul>			ⓧ	ⓧ	ⓧ	ⓧ	
Data & IT	<p><u>Data &amp; IT communicatie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FAIR data;</li> <li>• Zorginformatiebouwstenen (ZIBs);</li> <li>• SNOMED;</li> <li>• Gestructureerde verslaglegging;</li> <li>• Service Oriented Architecture</li> <li>• Data-governance en effectieve governance voorwaarden.</li> </ul> <p><u>E-health, technologieën, data science, AI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mogelijkheden data-gedreven ondersteuning van de zorg;</li> <li>• Machine learning, proces mining, natural language processing, predictiemodellen, Personal Health Train;</li> <li>• Dashboards</li> </ul>		x	ⓧ	ⓧ	ⓧ	ⓧ	x
Kennis huidige zorgstelsel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achtergrond; organisatie zorg &amp; 'zorgmarkt' (stakeholders en rollen); sterke kanten en uitdagingen; financiële stromen en vergoedingsmodellen</li> </ul>	x	x	ⓧ	ⓧ	x	x	
Netwerkgeneeskunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substitutie;</li> <li>• Specialisatie &amp; centralisatie;</li> <li>• Van reactief naar preventief</li> </ul>	x	x	ⓧ	ⓧ	x	x	
Projectmanagement en gerelateerde concepten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projectmatig werken;</li> <li>• PDCA-cycli;</li> <li>• Triple-/quadruple aim, positieve gezondheid;</li> <li>• LEAN;</li> <li>• Agile/scrum</li> </ul>		x	ⓧ	ⓧ	ⓧ	ⓧ	
Bestuurskunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Governance;</li> <li>• Planning &amp; control cycli;</li> <li>• Financiën</li> </ul>			ⓧ	ⓧ	x	x	x
Epidemiologie & Statistiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwoord resultaten/inzichten verkrijgen;</li> <li>• Vergelijken en interpreteren;</li> <li>• Kwalitatief en kwantitatief (&amp; validatie) onderzoek</li> </ul>	x	x	ⓧ	ⓧ	x	x	

# Referenties

1. OECD (2020), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en, geraadpleegd op 10 mei 2020.
2. Algemene Rekenkamer, Indicatoren voor kwaliteit in de zorg (2013), <https://www.rekenkamer.nl/binaries/rekenkamer/documenten/rapporten/2013/03/28/indicatoren-voor-kwaliteit-in-de-zorg/Rapport+Indicatoren+voor+kwaliteit+in+de+zorg.pdf>
3. VWS, Ontwikkeling uitkomstgerichte zorg 2018-2022 (2018), <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/07/02/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022.pdf>
4. Zegers, M., Veenstra, G., Gerritsen, G., Verhage, R., van der Hoeven, H., Welker, G. (2020). Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study. International Journal of Health Policy and Management. doi: 10.34172/ijhpm.2020.96
5. M. Zegers, G. Welker en G. Gerritsen, Experiment Zinnvolle Registratie – ZIRE: Van wantrouwen naar vertrouwen en waardegedreven zorg, kwaliteit in zorg, nummer 6 (2016). [https://www.overkwaliteitvanzorg.nl/wp-content/uploads/2017/12/004-008\\_KIZ06\\_THE-1\\_Zegers.pdf](https://www.overkwaliteitvanzorg.nl/wp-content/uploads/2017/12/004-008_KIZ06_THE-1_Zegers.pdf)
6. Inspectie der Rijksfinanciën, Naar een toekomstbestendig zorgstelsel, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/20/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel>
7. CBS, Prognose: 18 miljoen inwoners in 2029 (2018) <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/51/prognose-18-miljoen-inwoners-in-2029>
8. CBS, Kernprognose: 19 miljoen inwoners in 2039 (2019), <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/51/prognose-19-miljoen-inwoners-in-2039>
9. Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard business press.
10. Porter, M.E. & Lee, T.H., (2013) The Strategy That Will Fix Health Care, Harvard Business Review. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
11. Regeerakkoord 2017, Vertrouwen in de toekomst, <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-2017-vertrouwen-in-de-toekomst/Regeerakkoord+%27Vertrouwen+in+de+toekomst%27.pdf>
12. Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022, <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/04/hoofdlijnenakkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-2022-ondertekend>
13. VWS, Ontwikkeling uitkomstgerichte zorg 2018-2022, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/stimuleren-uitkomstgerichte-zorg>
14. FMS, Medisch Specialist 2025, <http://introductie.2025.demedischspecialist.nl/>
15. Van der Nat PB. The New Strategic Agenda for Value Transformation (submitted) en VBHC-model van Porter is niet compleet, Zorgvisie 13 februari 2020, <https://www.zorgvisie.nl/paul-van-der-nat-vbhc-model-van-porter-is-niet-compleet/>
16. Moriates, C., Valencia, V., Stamets, S., Joo, J. MacClements, J., et al. (2019) Using Interactive Learning Modules to Tech Value-Based Health Care to Health Professions Trainees Across The United States, Academic Medicine, Volume 93(9), p. 1332-1336, doi: 10.1097/ACM.0000000000002670

## Dankwoord

Met dank aan  
Susan Tenniglo (OLVG)  
voor het meedenken  
vanuit verpleegkundig  
perspectief.

**Samen versnellen  
we de implementatie van  
waardegedreven zorg**

**Ga naar  
[www.linnean.nl](http://www.linnean.nl)  
en sluit aan!**

