



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Landelijke monitor

Landelijke monitor populatiemanagement

populatie-

Deel 2: Ontwerprapport

management



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

**Landelijke Monitor
Populatiemanagement
Deel 2: Ontwerprapport**

RIVM Rapport 133001002/2014

Colofon

© RIVM 2014

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Landelijke Monitor Populatiemanagement – Deel 2: Ontwerprapport, 2014'.

Auteurs:

R. Heijink
H.W. Drewes
J.N. Struijs
C.A. Baan

Contact:

Hanneke Drewes
VPZ/KZG
Hanneke.drewes@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Voor dit rapport is afgestemd met:

Vakgroep Health Services Research, Maastricht University
Prof. dr. Dirk Ruwaard
Dr. Marieke Spreeuwenberg
Dr. Mariëlle Kroese
Dr. Jessie Steevens
IQ healthcare, Radboud universitair medisch centrum
Dr. Mariëlle Ouwens
Dr. Mirrian Hilbink
Dr. Jozé Braspenning

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

In Nederland zijn verschillende initiatieven gestart om zorg en ondersteuning op regionaal niveau anders vorm te geven. Het doel is drieledig: de gezondheid van de bevolking te verbeteren, de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten van de zorg te beheersen. Negen van deze initiatieven zijn door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), op voordracht van de zorgverzekeraars, aangewezen als 'proeftuinen'. Het RIVM gaat deze proeftuinen volgen in de Landelijke Monitor Populatiemanagement (LMP), om te zien welke resultaten worden behaald en waar dat door komt. Met die inzichten kunnen de initiatieven van elkaar leren en kunnen lessen worden getrokken voor het beleid. In dit ontwerprapport staat beschreven hoe de LMP zal worden uitgevoerd.

Aan de proeftuinen nemen veelal eerstelijnszorgorganisaties, ziekenhuizen en zorgverzekeraars deel. De proeftuinen voeren verschillende interventies uit, waarbij ze zich concentreren op de populatie in de betreffende regio en het daar aanwezige zorgaanbod. Deze regionale populatiegerichte aanpak wordt ook wel populatiemanagement genoemd.

De LMP bevat een proces- en een uitkomstmonitor. De procesmonitor is gericht op de manier waarop de proeftuinen zijn vormgegeven, op de ervaringen van de verschillende betrokkenen en op welke factoren belemmerend of stimulerend werken voor het realiseren van populatiemanagement. Hiervoor worden hoofdzakelijk interviews afgenomen.

In de uitkomstmonitor wordt gemeten welke resultaten de proeftuinen behalen op de drie doelen gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten. Voor de uitkomstmonitor worden bestaande landelijke databronnen geanalyseerd. Daarnaast wordt een enquête uitgezet onder de populatie in de proeftuinregio's om informatie te verzamelen die niet uit deze bronnen te halen is.

Begin 2015 volgt een rapportage over de ontwikkelingen en resultaten van de proeftuinen in de eerste fase. Begin 2018 verschijnt de eindrapportage. Tussentijds zullen actualisaties worden uitgebracht.

Kernwoorden:

Populatiemanagement, proeftuinen, landelijke monitor populatiemanagement, ontwerprapport, zorg, welzijn, preventie, integratie, Triple Aim.

Abstract

In the Netherlands, several initiatives have emerged that aim to rearrange health services and promote collaboration at regional level. The three main goals are: to improve population health, to improve quality of care and to control health care costs. The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport designated nine of these initiatives as 'pioneer sites'. The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) will monitor these sites within the Dutch Monitor Population Management (DMPM). The aim is to get insight into the implementation process and the achievements of the sites in terms of the three main goals. This should provide general lessons for the nine initiatives and for health policy. This report describes the design of the DMPM.

Each pioneer site includes primary care organizations, hospitals and a health insurer. The sites have defined a set of programs and interventions to achieve their goals, concentrating on the population and the suppliers of care in the region. As such, they resemble the ideas of population (health) management.

The DMPM contains two main parts: a process and an outcome monitor. The process monitor will focus on the organizational structure of the pioneer sites, on the experiences of participants and on the factors that hinder or stimulate population management. This part will be based on qualitative research. The outcome monitor will focus on measuring the achievements in terms of population health, quality of care and health care costs. Existing national data sources will be used, complemented with a survey among the population in each pioneer site region.

Results will be published at the beginning of 2015, describing the pioneer sites in their early stages. Early 2018, a follow-up report will reveal the developments over time. In the meantime, the DMPM will provide updates on a regular basis.

Keywords:

Population health management, population management, study design, Triple Aim, healthcare, wellness, prevention, pay for performance, integrated care.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave – 6

Samenvatting – 9

1	Achtergrond – 11
1.1	Houdbaarheid van de zorg onder druk – 11
1.2	De proeftuinen en de Landelijke Monitor Populatiemanagement – 11
1.3	Dit rapport: plan van aanpak LMP – 12
1.4	Vervolgstap: afstemming per proeftuin – 12
1.5	Leeswijzer – 13
2	Opzet van de Landelijke Monitor Populatiemanagement – 15
2.1	Doel – 15
2.2	Analytisch raamwerk – 15
2.3	Monitoren en evalueren van complexe interventies – 17
2.4	Synergie procesmonitor en uitkomstmonitor – 19
3	De procesmonitor – 21
3.1	Doel – 21
3.2	Dimensies en indicatoren – 21
3.2.1	Onderzoeksvraag 1: Vormgeving – 21
3.2.2	Onderzoeksvraag 2: Ervaringen – 23
3.2.3	Onderzoeksvraag 3: Randvoorwaarden zorgstelsel – 24
3.3	Dataverzameling – 25
3.3.1	Documenten – 25
3.3.2	Observaties – 25
3.3.3	Vragenlijst – 26
3.3.4	Individuele interviews – 26
3.3.5	Groepsinterviews met patiënten/burgers – 27
3.4	Data-analyse – 27
3.5	Kwaliteitsborging – 27
4	De uitkomstmonitor – 29
4.1	Doel – 29
4.2	Dimensies en indicatoren – 29
4.2.1	Onderzoeksvraag 1: Gezondheid – 29
4.2.2	Onderzoeksvraag 2: Kwaliteit van zorg – 30
4.2.3	Onderzoeksvraag 3: Kosten – 32
4.2.4	Onderzoeksvraag 4: Koppeling kosten, kwaliteit van zorg, gezondheid – 33
4.3	Dataverzameling – 33
4.3.1	Databronnen – 33
4.3.2	Onderzoekspopulatie – 35
4.3.3	Koppelingen en privacy – 36
4.4	Data-analyse – 37
4.5	Kwaliteitsborging – 39
5	Planning – 41
5.1	Activiteiten 41
5.2	Randvoorwaarden – 41

6	Afstemming en begeleiding – 43
6.1	Afstemming met proeftuinen en regionale evaluaties – 43
6.2	Afstemming met landelijk platform – 43
6.3	Afstemming met RIVM-producten en -expertise – 43
6.4	Externe adviescommissie – 44
7	Afkortingen – 45
8	Literatuur – 47
9	Bijlage – 51

Samenvatting

Achtergrond

De betaalbaarheid van de zorg staat onder druk. Wanneer we de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg willen behouden of verder verbeteren, is verandering nodig. In Nederland hanteert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hiervoor een aantal uitgangspunten. Zo is het doel mensen zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam te laten zijn met regie over hun eigen leven. Daarnaast moet professionele zorg worden geboden voor zover de burger en zijn sociale omgeving hierin niet kunnen voorzien en deze zorg dient zo laag mogelijk te worden geboden in de keten. Dit vereist een sterkere focus op het bevorderen van eigen regie, zelfredzaamheid en op preventieve, integrale en gepaste zorg. Dit vergt coördinatie, communicatie en mogelijk zelfs gedeelde verantwoordelijkheid tussen de klassieke domeinen: preventie, zorg en welzijn.

Op verschillende plekken in het land zijn in 2011/2012 initiatieven ontstaan om preventie, zorg en welzijn op regionaal niveau anders vorm te geven, met als doel de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zorgkosten te beheersen. Om inzicht te krijgen in, en te leren van ervaringen die men opdoet, wil de minister van VWS een aantal van deze regionale initiatieven monitoren. Op voordracht van de zorgverzekeraars heeft de minister van VWS negen van deze regio-initiatieven aangewezen als zogeheten proeftuin. Naast ondersteuning door middel van een platform om onderling ervaringen uit te wisselen, worden de proeftuinen opgenomen in de Landelijke Monitor Populatiemanagement (LMP), die van half 2013 tot begin 2018 wordt uitgevoerd door het RIVM.

Doelstelling

Doel van de LMP is om inzicht te geven in de opzet, ervaringen en uitkomsten van de negen proeftuinen. De monitor bestaat uit twee delen: een procesmonitor (kwalitatief onderzoek) en een uitkomstmonitor (kwantitatief onderzoek). In de procesmonitor staan de vormgeving van de proeftuin en de ervaringen van de verschillende actoren centraal. In de uitkomstmonitor gaat het om het meten van uitkomsten in termen van de gezondheid van de populatie en de kwaliteit en kosten van de zorg.

Analytisch raamwerk

Om de proeftuinen op een systematische en vergelijkbare manier te kunnen monitoren is op basis van de internationale literatuur een analytisch raamwerk opgesteld. In het raamwerk worden zes stappen onderscheiden:

1. identificeren van de populatie;
2. vaststellen van de gezondheid, en van de kwaliteit en kosten van zorg voor deze populatie;
3. segmenteren van de populatie;
4. implementeren van interventies;
5. evalueren van de impact op gezondheid, zorgkwaliteit en kosten;
6. proces van continue kwaliteitsverbetering.

De effectiviteit van de proeftuinen wordt beïnvloed door verschillende organisatorische en omgevingsfactoren, zoals kenmerken van de regio en betrokken organisaties en de financiering en wet- en regelgeving.

Procesmonitor

Doel van de procesmonitor is om inzicht te geven in de organisatie van de proeftuinen, hun portfolio aan interventies, en de ervaren succes- en faalfactoren voor het slagen van populatiemanagement binnen de proeftuinen. Voorop staat dat de proeftuinen in ontwikkeling zijn, waardoor het van belang is om de veranderingen over de tijd te actualiseren.

In de procesmonitor zullen vijf modaliteiten van gegevensverzameling worden gebruikt: documentanalyse, observaties, vragenlijsten, individuele en groepsinterviews.

Uitkomstmonitor

Het doel van de uitkomstmonitor is het monitoren en evalueren van (het effect van) de proeftuinen op de drie doelen: gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten. Het gaat hierbij niet alleen om het in kaart brengen van de variatie in uitkomsten, maar ook om het inzichtelijk maken van welke achterliggende factoren hierop van invloed zijn.

De operationalisering van de drie doelen is gebaseerd op bestaande nationale en internationale raamwerken en indicatorensets. In dit rapport staan de verschillende dimensies en indicatoren uitgewerkt. Op onderdelen is nader onderzoek nodig om de haalbaarheid en bruikbaarheid van databronnen/metingen precies vast te stellen.

Planning

In de planning staan twee hoofdproducten centraal: een rapportage begin 2015 waarin de ontwikkelingen en resultaten in de eerste fase wordt beschreven en een rapportage begin 2018 met het beeld van de ontwikkeling van de proeftuinen na een aantal jaren follow-up. In beide rapporten worden zowel de processen als uitkomsten beschreven. In de tussentijd zullen er actualisaties worden opgesteld waarin beleids- en praktijkrelevante ontwikkelingen een plek kunnen krijgen.

1 Achtergrond

1.1 Houdbaarheid van de zorg onder druk

Het betaalbaar houden van de zorg, zonder dat dit ten koste gaat van de toegankelijkheid en de kwaliteit, is een van de grootste uitdagingen voor zorgsystemen in binnen- en buitenland. Oplossingen worden onder andere gezocht in het anders organiseren en financieren van de zorg. In Nederland hanteert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hiervoor een aantal uitgangspunten. Zo moeten mensen zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam blijven met regie over hun eigen leven en dient de zorg zo laag mogelijk in de keten te worden geboden. Een sterkere focus op het bevorderen van eigen regie, zelfredzaamheid, op preventieve zorg en op integrale en gepaste zorgverlening is hierbij vereist. Dit vergt coördinatie, communicatie, regievoering en mogelijk zelfs gedeelde verantwoordelijkheid. Samenwerking moet daarom plaatsvinden tussen de klassieke domeinen: preventie, zorg en welzijn (VWS, 2013).

1.2 De proeftuinen en de Landelijke Monitor Populatiemanagement

Op verschillende plekken in het land zijn in 2011 en 2012 initiatieven ontstaan om de zorg op regionaal niveau anders vorm te geven, waarbij nadrukkelijk wordt ingezet op bovengenoemde doelen, zoals verschuiving van zorg (van tweede lijn naar eerste lijn naar nulde lijn) en een betere samenwerking tussen domeinen. Uiteindelijk wordt gestreefd naar verbetering van de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van de zorg, en beheersing van de zorgkosten. De combinatie van deze drie doelen staat ook bekend als de 'Triple Aim' (Berwick et al., 2008).

Om inzicht te krijgen in, en te leren van ervaringen die men opdoet met deze initiatieven heeft de minister van VWS, op voordracht van de zorgverzekeraars, negen initiatieven benoemd als 'proeftuin'. Dit zijn:

- Blauwe Zorg (Maastricht Heuvelland);
- Friesland Voorop (Friesland);
- GoedLeven (Zeeuws-Vlaanderen);
- Mijn Zorg (Parkstad);
- Populatiegebonden Zorg en Financiering regio Rijnland (Rijnland);
- PELGRIM (Arnhem en omstreken);
- Samen Sterker in Zorg (Alkmaar en omstreken);
- Slimmer met Zorg (Eindhoven en omstreken);
- Vitaal Vechtdal (Hardenberg, Ommen, Coevorden).

De negen proeftuinen krijgen ondersteuning door middel van een platform om onderling ervaringen uit te wisselen. Daarnaast worden de proeftuinen gevolgd in de Landelijke Monitor Populatiemanagement (LMP), die wordt uitgevoerd door het RIVM.

Kenmerkend aan de proeftuinen is dat ze zich concentreren op de populatie in de betreffende regio en het daar aanwezige zorgaanbod. Er is daarmee sprake van een regionale populatiegerichte aanpak, ook wel populatiemanagement

genoemd.¹ Iedere proeftuin stelt hierbij een set van interventies op om de gestelde doelen te bereiken. Het recent verschenen eerste rapport van de LMP bevat een uitgebreide beschrijving van alle proeftuinen en hun interventies (Drewes et al., 2014). Onderstaande tekstbox geeft een korte samenvatting.

Tekstbox: Beschrijving van de proeftuinen (Drewes et al., 2014)

Het centrale doel van de negen proeftuinen is de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten van de zorg te beheersen. Het gemeenschappelijke kenmerk van de negen proeftuinen is dat een samenwerking wordt opgezet tussen verschillende actoren om de zorgbehoefte in de regio beter en efficiënter te kunnen beantwoorden. Op deze manier ontwikkelt iedere proeftuin een vorm van populatiemanagement (PM).

Op dit moment zijn de proeftuinen nog sterk in ontwikkeling. Begin 2014 vormen de proeftuinen netwerken, vastgelegd in convenanten of samenwerkingsovereenkomsten. In de proeftuinen nemen veelal eerstelijnszorgorganisaties, ziekenhuizen en zorgverzekeraars deel, in variërende mate aangevuld met andere actoren zoals de gemeente.

De populaties van de proeftuinen zijn op verschillende manieren afgebakend: geografisch (alle inwoners van een of meerdere gemeenten) of op basis van het verzorgingsgebied van huisartsen aangesloten bij de betrokken zorggroep, waarbij ten slotte nog onderscheid gemaakt kan worden tussen wel of niet verzekerd bij de betrokken zorgverzekeraar.

De proeftuinen hebben voor 2014 enkele programma's (thema's) en interventies geselecteerd om mee te beginnen. De scope van deze programma's is breed en variërend tussen de proeftuinen. De interventies van de proeftuinen richten zich vaak op thema's als substitutie, integratie van zorg (eventueel met welzijn), zelfmanagement en preventie. In eerste instantie worden de interventies vooral toegepast op chronische zorg, medicatie en zorg rondom ontslag. Proeftuinen richten zich grotendeels nog op de eerste- en tweedelijnszorg. Wel is er de ambitie om dit gaandeweg uit te breiden met interventies in andere domeinen, zoals geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg.

1.3 Dit rapport: plan van aanpak LMP

In dit rapport wordt het plan van aanpak van de landelijke monitor beschreven. Het rapport geeft inzicht in de vraagstellingen, het analytisch raamwerk en de operationalisatie van de LMP. Daarnaast wordt ingegaan op de planning en de afstemming met bij de proeftuinen betrokken organisaties en kennisinstituten. Het rapport is opgesteld op basis van wetenschappelijke literatuur, kennis vanuit andere RIVM-monitors (zoals de Volksgezondheid Toekomst Verkenning en de Zorgbalans) en input van andere kennisinstituten zoals IQ healthcare en Maastricht University.

1.4 Vervolgstep: afstemming per proeftuin

In samenwerking met de proeftuinen en de daarbij aangesloten kennisinstituten zal de landelijke monitor per regio in detail worden uitgewerkt, waarbij onderliggend plan als uitgangspunt wordt gehanteerd. Deze regiospecifieke

¹ De proeftuinen hanteren hiervoor verschillende termen, zoals 'integrale populatiegebonden aanpak', 'populatiegerichte zorg', 'populatiemanagement' en 'populatiegebonden afspraken'. Wij hanteren in lijn met de internationale literatuur de term 'populatiemanagement'.

uitwerking is nodig, aangezien 1) de invulling van de programma's, interventies en de setting varieert tussen de proeftuinen, waardoor de LMP per regio andere accenten kan leggen, en 2) de beschikbaarheid van lokale databronnen (bijvoorbeeld zorgregistraties) en de opzet van de regionale evaluatie zullen verschillen tussen regio's.

1.5

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft het doel van de LMP, de belangrijkste onderzoeksvragen en het analytisch raamwerk dat wordt gebruikt voor het beantwoorden van deze vragen. In hoofdstuk 3 en 4 volgt een verdere uitwerking van de indicatoren, databronnen, data-analyses en de kwaliteitsborging. Vervolgens bevat hoofdstuk 5 de planning van de LMP. In hoofdstuk 6 beschrijven we de verdere samenwerking en afstemming met de proeftuinen, kennisinstituten en de adviescommissie.

2 Opzet van de Landelijke Monitor Populatiemanagement

2.1 Doel

Doel van de Landelijke Monitor Populatiemanagement (LMP) is om inzicht te geven in de opzet, ervaringen en uitkomsten van de negen proeftuinen. De monitor bestaat uit twee delen: een procesmonitor (kwalitatief onderzoek) en een uitkomstmonitor (kwantitatief onderzoek). In de procesmonitor worden de vormgeving van de proeftuin en populatiemanagement in de proeftuin in kaart gebracht. Daarnaast worden de ervaringen van de verschillende actoren en de belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle uitvoering van populatiemanagement bestudeerd. Tot slot wordt ingegaan op hoe populatiemanagement binnen de negen proeftuinen zich verhoudt tot de uitgangspunten van het zorgstelsel. In de uitkomstmonitor staan de uitkomsten in termen van de gezondheid van de populatie en de kwaliteit en kosten van de zorg centraal. Wat zijn de uitkomsten op deze drie doelen bij aanvang en na follow-up? Ook wordt de samenhang tussen (verandering in) kosten, kwaliteit van zorg en gezondheid geanalyseerd. In hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 worden de procesmonitor en de uitkomstmonitor verder uitgewerkt.

2.2 Analytisch raamwerk

Zoals gezegd richten de proeftuinen hun programma's en interventies op de populatie in de betreffende regio om de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten te beheersen. Er is daarmee sprake van een regionale populatiegerichte aanpak, ook wel populatiemanagement genoemd (zie tekstbox).

Tekstbox: Populatiemanagement

In de literatuur worden verschillende definities van populatiemanagement gebruikt (Drewes et al., submitted). Populatiemanagement kenmerkt zich door een proactieve en integrale benadering van zorg en welzijn over het volledige continuüm (van gezond tot en met palliatieve fase), om een zo optimaal mogelijk resultaat te behalen wat betreft de gezondheid van de populatie, en de kwaliteit en kosten van de zorg. De populatie staat centraal en niet de gevraagde zorg of het zorgaanbod.

Om de proeftuinen op een systematische en vergelijkbare manier te kunnen monitoren is een analytisch raamwerk opgesteld, gebaseerd op het Amerikaanse Care Continuum Alliance model (inmiddels Population Health Alliance genaamd) voor populatiemanagement (CCA, 2012). Verschillende onderdelen van het model zijn verder uitgediept en aangepast voor toepassing in de Nederlandse context van de proeftuinen. Hieronder wordt het analytisch raamwerk in hoofdlijnen beschreven, een gedetailleerde uitwerking is te vinden in Struijs et al. (Submitted). Het raamwerk is geen blauwdruk voor hoe populatiemanagement eruit moet zien, maar dient in eerste instantie vooral het systematisch beschrijven en analyseren van de proeftuinen.

Het analytisch raamwerk onderscheidt zes stappen van populatiemanagement:

1. identificeren van de populatie;
2. vaststellen van de gezondheid, en van de kwaliteit en kosten van zorg voor deze populatie;

3. segmenteren van de populatie;
4. implementeren van interventies;
5. evalueren van de impact op gezondheid, zorgkwaliteit en kosten;
6. proces van continue kwaliteitsverbetering.

Hieronder volgt een beschrijving van de zes stappen waarbij de populatiemanagement gedachte zo ver mogelijk is doorgevoerd. In de praktijk kan elke stap in meer of mindere mate worden uitgevoerd. Elke stap kan in meerdere of mindere mate worden uitgevoerd.

Ad 1) In de eerste stap wordt de populatie gedefinieerd op basis van criteria zoals geografie (alle inwoners van een bepaalde regio), zorgverzekering (alle ingeschrevenen bij een bepaalde verzekeraar) of zorgverlener (alle ingeschrevenen bij een bepaalde huisarts).

Ad 2) In stap 2 worden door het combineren van verschillende informatiebronnen de gezondheid en de kwaliteit en kosten van de zorg in kaart gebracht voor de in stap 1 gedefinieerde populatie.

Ad 3) Op basis van de uitkomsten van stap 2 wordt de populatie in stap 3 ingedeeld in subgroepen waarop specifieke interventies kunnen worden ingezet.

Ad 4) In deze stap wordt voor alle subgroepen uit stap 3 een portfolio aan interventies geïmplementeerd op het gehele continuüm van preventie tot palliatieve zorg. Naast deze gerichte interventies kunnen er ook interventies worden ingezet om organisatorische of contextfactoren te beïnvloeden, zoals cultuur en bereidheid tot verandering.

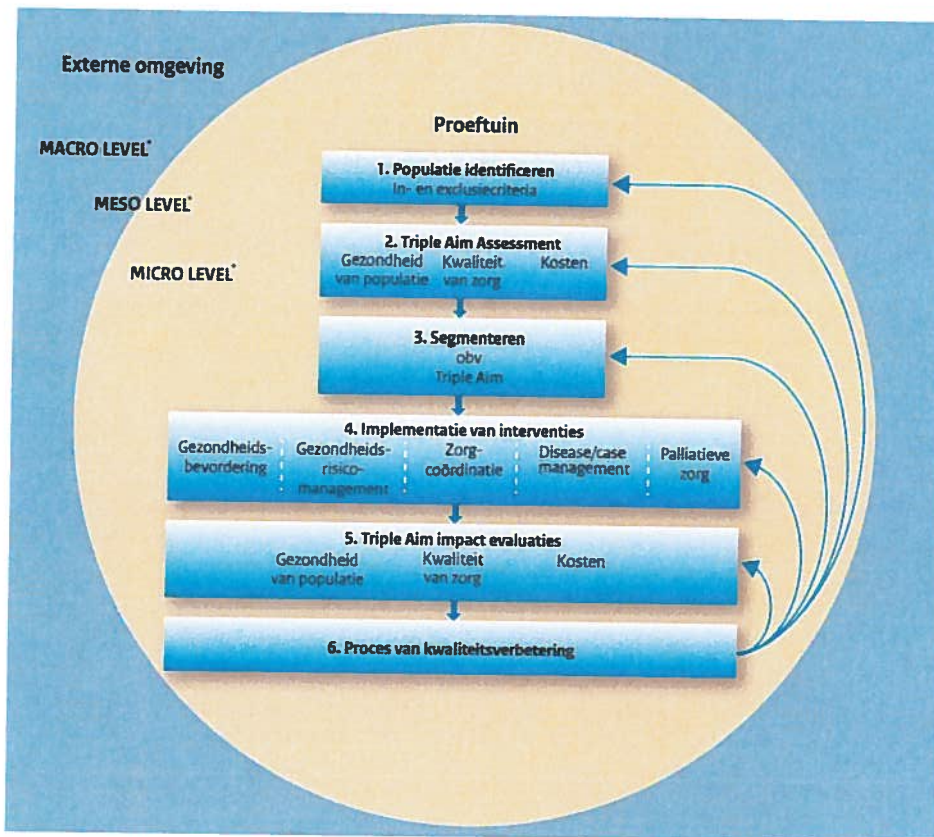
Ad 5) In stap 5 wordt het effect van de interventies geëvalueerd aan de hand van diverse uitkomstmaten. Grofweg komen deze uitkomstmaten overeen met de drie doelen gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten.

Ad 6) In de laatste stap staat het kwaliteitsverbeteringsproces centraal. Gebaseerd op de informatie uit stap 5 kunnen verbetercycli worden geïmplementeerd ten aanzien van alle stappen.

De effectiviteit van complexe interventies als in de proeftuinen wordt beïnvloed door verschillende factoren op micro-, meso- en macroniveau (zie Figuur 1). Voor een gedeelte zijn dit interne factoren, zoals de motivatie en attitude van deelnemende zorgverleners (microniveau) of leiderschap en cultuur binnen deelnemende organisaties (mesoniveau). Tegelijk zijn er externe omgevingsfactoren die, in grote mate, buiten de controle van de individuele proeftuin liggen, zoals financiering en wet- en regelgeving (macroniveau).

Voor een goede interpretatie van de gemeten uitkomsten in termen van gezondheid, kwaliteit en kosten is inzicht in dergelijke interne en externe factoren van belang. Dit laatste is het doel van de procesmonitor, waarbij de volgende drie onderdelen aan de orde komen:

1. de proeftuinorganisatie, ook wel de 'integrator' genoemd;
2. populatiemanagementactiviteiten, ofwel de uitvoering van de zes stappen;
3. de contextuele factoren op micro-, meso- en macroniveau die op 1 en 2 van invloed zijn.



Figuur 1: Schematische weergave analytisch raamwerk (Struijs et al., submitted)

* Op macroniveau gaat het om bijvoorbeeld wet- en regelgeving, op mesoniveau om onder andere lokale marktdynamiek en op microniveau bijvoorbeeld om motivatie van burgers en zorgverleners.

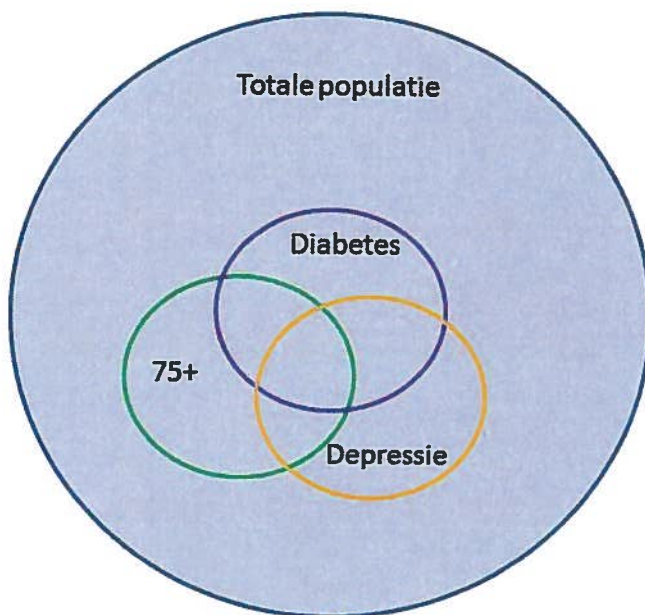
2.3 Monitoren en evalueren van complexe interventies

Het monitoren en evalueren van de proeftuinen is complex. Ten eerste vinden er veranderingen op verschillende niveaus plaats. Het aangaan van nieuwe samenwerkingsverbanden op regionaal niveau is een verandering die van invloed kan zijn op de gehele populatie in de regio en op processen en uitkomsten in de verschillende 'onderdelen' (zorgaanbieders, subpopulaties) van de proeftuin. Op een lager niveau heeft het implementeren van doelgroepgerichte programma's effect op subpopulaties, zoals ouderen of chronisch zieken. Vervolgens hebben individuele interventies effect op nader gespecificeerde groepen binnen deze subpopulaties waarmee (ziekte)specifieke processen en uitkomsten worden beïnvloed. Ten tweede kunnen, naast deze verschillende typen veranderingen binnen een proeftuin, ook de inhoud en de keuze van interventies en programma's variëren tussen de proeftuinen en kan de invulling veranderen over de tijd. Ten derde vinden de ontwikkelingen plaats in een dynamische omgeving. Zo zullen de voorgenomen veranderingen in de bekostiging van de eerstelijnszorg en de hervorming van de ABWZ van invloed zijn op de (resultaten van de) proeftuin.

Om algemene lessen te kunnen trekken is een analytisch raamwerk opgesteld waarmee de proeftuinen op een systematische wijze kunnen worden geanalyseerd, zowel wat betreft uitkomsten als processen en interne als externe

verklarende factoren (zie paragraaf 2.2). Ook al kan de inhoud van de proeftuinen verschillen, alle initiatieven richten zich op de in het raamwerk opgenomen doelen: gezondheid, kwaliteit van zorg en zorgkosten.

Op een hoger aggregatieniveau kunnen 'overall effecten' van de proeftuin worden gemeten, en kan rekening worden gehouden met wisselende effectiviteit van interventies tussen subpopulaties of domeinen/sectoren binnen de proeftuin. Hiervoor moeten relevante processen en uitkomsten op een systematische wijze worden gemeten en geanalyseerd. De LMP zal ook een beperkt aantal subpopulaties bestuderen. Op dit lagere aggregatieniveau kunnen namelijk meer gerichte procesvragen en uitkomstmaten worden geselecteerd, waarmee de effectiviteit preciezer in kaart kan worden gebracht. Er is gekozen voor de subpopulaties ouderen (75+), mensen met diabetes en mensen met depressie, omdat deze in alle/de meeste proeftuinen terugkomen en zo toch algemene 'proeftuinoverstijgende' lessen kunnen worden getrokken. Ten tweede is gekeken naar die groepen waarbij samenwerking over de 'klassieke echelons' nodig is zodat ervaringen met het integreren van verschillende sectoren kunnen worden bekeken. Figuur 2 geeft schematisch de verschillende onderzoekspopulaties weer.



Figuur 2: Schematische weergave populatie-subpopulaties

Naast de drie subpopulaties worden ook een aantal tussendoelen uitgelicht die in alle proeftuinen een rol lijken te spelen: integratie, substitutie en zelfmanagement. Er wordt verwacht dat deze zullen bijdragen aan de drie genoemde doelen gezondheid, kwaliteit van zorg en zorgkosten. Deze aanvulling kan daarmee zorgen voor een betere interpretatie van de gemeten resultaten op deze doelen. Het eerste thema is integratie, ofwel het verbinden/koppelen/coördineren van verschillende zorgsectoren (zoals huisarts en ziekenhuis) of domeinen (zorg, preventie en welzijn). Integratie van zorg moet bijdragen aan betere kwaliteit en efficiëntie van zorg. Een tweede thema dat veel aandacht krijgt is substitutie van zorg. 'Substitutie is het vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft en wel

voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie' (Van Dijk et al., 2013). Een belangrijk doel van substitutie is kostenbeheersing door verplaatsing van zorg naar een goedkopere setting. Het derde thema zelfmanagement lijkt een belangrijke voorwaarde voor succesvol populatiemanagement en dit thema krijgt dan ook de aandacht in alle proeftuinen. Tot slot zal er nadrukkelijk aandacht zijn voor mogelijke negatieve effecten in termen van verschraving en toegankelijkheid van zorg.

Waar mogelijk worden in de monitor verder vergelijkingen gemaakt met nog te creëren 'controlegroepen' die niet onder de proeftuin vallen, maar die wel vergelijkbare kenmerken hebben, bijvoorbeeld wat betreft regio, demografie of epidemiologie. Ook deze aanpak kan bijdragen aan een betere interpretatie van de resultaten per proeftuinregio.

2.4 Synergie procesmonitor en uitkomstmonitor

De proces- en de uitkomstmonitor zullen parallel worden uitgevoerd, waarbij kruisbestuiving tussen beide zal plaatsvinden gedurende de gehele onderzoeksperiode (Curry et al., 2013). Dit wordt gerealiseerd door specifieke thema's zoals toegankelijkheid en patiëntervaringen in beide onderdelen terug te laten komen. Zo zullen de interviews uit de procesmonitor extra verdieping geven aan resultaten uit de uitkomstmonitor, zodat deze beter geplaatst en verklaard kunnen worden. Omgekeerd zullen resultaten uit de vragenlijsten worden benut bij het vormgeven van bijvoorbeeld verdiepende groepsinterviews. Resultaten van beide monitors zullen worden gecombineerd om te komen tot conclusies.

3 De procesmonitor

3.1 Doel

De procesmonitor heeft tot doel om inzicht te geven in de organisatie van de proeftuinen en de ervaren succes- en faalfactoren voor het slagen van populatiemanagement binnen de proeftuinen. Hierbij zal in het bijzonder aandacht zijn voor elementen als governance, burger- en patiëntparticipatie, financiële prikkels en (kans op) verschraving van zorg, bekostiging en volgeleid van zorgverzekeraars, keuzevrijheid en toegankelijkheid. Tevens zullen de ervaringen ten aanzien van het bereiken van de Triple Aim-doelen worden verkend, waarbij zelfmanagement, integratie en substitutie extra zullen worden belicht.

Onderzoeksvragen:

1. Hoe worden de proeftuin en populatiemanagementactiviteiten binnen de proeftuinen vormgegeven?
2. Wat zijn de ervaringen van de verschillende actoren?
 - a. Welke bevorderende en belemmerende factoren worden ervaren bij het behalen van de gewenste doelen?
 - b. Hoe verloopt het proces binnen organisaties en de afstemming, samenwerking of onderhandeling tussen organisaties?
3. Hoe verhoudt populatiemanagement binnen de negen proeftuinen zich tot de uitgangspunten van het zorgstelsel?

3.2 Dimensies en indicatoren

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen zullen verschillende indicatoren/dimensies in kaart worden gebracht. Hieronder staan deze uitgewerkt voor de afzonderlijke onderzoeksvragen.

3.2.1 *Onderzoeksvraag 1: Vormgeving Vormgeving proeftuinen*

Voor het beschrijven van de vormgeving van de proeftuin zullen we ons richten op de organisatiestructuur (Tabel 1) en de contractkenmerken (Tabel 2). De kenmerken zijn onder andere gebaseerd op Amerikaanse evaluaties van Accountable Care Organizations (ACOs), die, weliswaar in een andere vorm, populatiemanagement proberen vorm te geven (Fisher et al., 2012; Van Citters, 2012). Daarnaast zijn kenmerken toegevoegd die van belang zijn voor het succes van netwerkorganisaties (Mintzberg, 1979; Span et al., 2012).

Tabel 1: Structuur van de proeftuin

Structuurkenmerken	Inventarisatie
Juridische entiteit	Ja: bv, nv of anders Nee: netwerkorganisatie of anders
Betrokken organisaties	Per betrokken organisatie: beschrijving van doel/kernactiviteiten; participatiegraad bij proeftuin; juridische entiteit; locatie; aantal patiënten per jaar in behandeling/aantal burgers; aantal werknemers in dienst (artsen etc.)
Organisatiestructuur	Beschrijving organisatiestructuur beschikbaar? Zo ja, positie en verantwoordelijkheden van stuurgroep, projectgroepen, medisch directeur, financieel directeur, leden, taken etc.
Governancestructuur	Is er een toezichthoudend orgaan binnen de proeftuin? Zo ja, nemen hier patiënten of een afvaardiging van hen aan deel? Financieel en/of maatschappelijk jaarverslag? Wordt er een kwaliteitssysteem toegepast, en zo ja, welk?
Populatie burgers/patiënten	Aantal burgers/patiënten (N) dat tot de populatie van de proeftuin gerekend wordt
Populatie zorgverleners	Type en aantal (N)
Ontwikkeling van organisatie/netwerk	Leeftijd en in- en uitstroomhistorie van netwerk
Diversiteit van organisatie/netwerk	De functies/sectoren die door organisaties worden geleverd/vertegenwoordigd (huisartsenzorg, specialistische ziekenhuiszorg, andere specialistische zorg, GGZ, jeugdzorg, welzijn, thuiszorg, arbogeneeskundige zorg etc.)
Burger/patiëntparticipatie	Hoe worden burgers/patiënten betrokken bij de proeftuin?

Tabel 2: Kenmerken contract tussen proeftuin en zorgverzekeraar*

Contractkenmerken	Inventarisatie
Reikwijdte	1) Wie financieren de proeftuin; 2) Financieringsbronnen, AWBZ, Zvw etc.; 3) selectie patiënten/verzekerden
Voorwaarden	Contractuele randvoorwaarden aan organisatie (bijv. IT of kwaliteitsrapportage)
Vormgeving en prikkels	Waar zijn kosten op gebaseerd? Hoe zijn eventuele financiële prikkels vormgegeven (bijvoorbeeld risicodragende) en hoe zijn deze verbonden aan de uitkomsten?
Inclusiecriteria patiënten	Welke inclusiecriteria worden gehanteerd om de patiënten binnen de proeftuin te includeren?
Contractduur	Contractduur in jaren

* Indien er contracten zijn op project- of interventieniveau, dan zullen deze contractkenmerken ook in kaart worden gebracht.

Populatiemanagementactiviteiten

Vervolgens worden de proeftuinen gemonitord aan de hand van de zes stappen van het analytisch raamwerk (zie ook paragraaf 2.2). De operationalisatie voor het meten van deze zes stappen staat in Tabel 3.

Tabel 3: Te beschrijven kenmerken van de populatiemanagementactiviteiten

De 6 stappen van populatiemanagement	Inventarisatie
1. Identificeren van de populatie	Afbakening van de populatie (criterium en invulling)
2. Vaststellen van gezondheid, behoefte, kwaliteit en kosten	Gebeurt dit voor gezondheid, kwaliteit van zorg en zorgkosten? Met welke databronnen, en welke bronnen worden gekoppeld?
3. Risicostratificatie	Gebeurt dit (ja/nee), methodiek, uitvoerder?
4. Implementeren van interventies*	<ul style="list-style-type: none"> • welke interventies worden aangeboden? • doelgroep van interventies (inclusief N) • financieringsbron • betrokken organisaties • betrokken zorgverleners • (beoogd) tijdsplan • implementatieproces**
5. Impact evaluatie	Gebeurt dit (ja/nee), met welk studie design, (uitkomstmaten, controlegroep, tijdsplan), wie is uitvoerder?
6. Kwaliteitsverbetering	Gebeurt dit, methodiek, timing, uitvoerder?

* Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen interventies gericht op de randvoorwaarden/professionals en interventies gericht op de patiënten.

** Voor de beschrijving van het implementatieproces zal aangesloten worden bij de systematiek van TIDIER (Hoffmann et al., 2014) en Hulscher/EPOC (Hulscher et al., 2003). Hierbij wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen de geplande en gerealiseerde interventie en exposure.

3.2.2

Onderzoeksvraag 2: Ervaringen

Het realiseren van de proeftuin en populatiemanagementactiviteiten wordt beïnvloed door tal van factoren op micro-, meso- en macroniveau (zie hoofdstuk 2 en Figuur 1). Informatie over de ervaringen van betrokkenen ten aanzien van deze factoren en het effect ervan op de proeftuin en populatiemanagement zal op twee niveaus worden verzameld. Allereerst worden de ervaringen van de betrokkenen ten aanzien van de proeftuin als geheel geanalyseerd. Daarnaast worden ook ervaringen voor specifieke subpopulaties in kaart gebracht. Binnen een zorgdomein kunnen door een proeftuin meerdere interventies worden ingezet.

Ervaringen met proeftuin als geheel

De ervaringen op proeftuinniveau worden geïnventariseerd ten aanzien van onderstaande kenmerken (Fisher et al., 2012):

- contractering (bekostiging, volgreed, prikkels, marktdynamiek);
- patiënt/burgerparticipatie bij vorming van PM en proeftuin;
- governance;
- leiderschap/samenwerking;
- gedeeld doel, motivatie en kwaliteit van onderlinge relaties;
- ICT;
- rapportages van resultaten;
- strategisch plan.

Daarnaast zal kwalitatief worden verkend in hoeverre de proeftuin leidt tot een verbetering van de beoogde doelen.

Ervaringen in specifieke domeinen

Naast de ervaringen met de proeftuin als geheel worden de ervaringen geïnventariseerd met betrekking tot vier zorgdomeinen, te weten: mensen met diabetes (chronische zorg), ouderen (75+), en mensen met depressie (geestelijke gezondheidszorg) (zie paragraaf 2.3). Deze domeinen zijn gekozen op basis van twee criteria. Ten eerste zijn uit de eerste inventarisatie van de interventies van de proeftuinen (Drewes et al., 2014) de domeinen gedestilleerd die in (bijna) alle proeftuinen voorkomen (Tabel 4). Ten tweede is gekeken naar die interventies waarbij samenwerking over de 'klassieke echelons' nodig is, zodat ervaringen met het integreren van verschillende sectoren in kaart kunnen worden gebracht. Binnen de domeinen is een verdere specificering naar aandoeningen/risicogroepen gemaakt (Tabel 5).

Tabel 4: De interventies binnen de proeftuin in de specifieke domeinen

Proeftuin	Preventie *	Diabeteszorg	Ouderenzorg	GGZ
Blauwe Zorg		x		x
Friesland Voorop		x	x	
GoedLeven	x	x	x	x
Mijn Zorg		x	x	
PZF regio Rijnland	x	x		x
PELGRIM			x	
SSIZ		x	x	x
SmZ	x	x		
Vitaal Vechtdal	x	x	x	

* Preventie gericht op bevorderen van gezond gedrag.

Tabel 5: Specifieke domeinen en subpopulaties in de analyse

Domein	Klassieke echelons	Toespitsing op aandoening/risico
Preventie	Gemeente, preventie eerste lijn en arbosetting	Burgers met overgewicht/rokers
Chronische zorg	eerste- en tweedelijnszorg	Mensen met diabetes
Ouderen(wijk)zorg	eerste en tweede lijn en welzijn	75-plussers
GGZ	GGZ en curatieve zorg	Mensen met depressieve klachten

Bij het inventariseren van de ervaringen in de specifieke domeinen zullen een drietal dwarse thema's gehanteerd worden: zelfmanagement, substitutie en integratie tussen de klassieke echelons binnen de zorg en tussen zorg, welzijn en preventie (zie paragraaf 2.3). Hierbij zal de vraag centraal staan op welke wijze de proeftuin hieraan bedraagt, en welke belemmeringen en succes- en faalfactoren worden ervaren.

3.2.3

Onderzoeksvraag 3: Randvoorwaarden zorgstelsel

Het huidige zorgstelsel van gereguleerde concurrentie stoelt op een aantal randvoorwaarden: voldoende keuzevrijheid voor de consument, subsidies, contractvrijheid (onder andere tussen verzekeraar en aanbieder), transparantie en informatie, financiële prikkels tot doelmatigheid, geen liftersgedrag (freeriders), betwistbare marktposities, marktmeester en toezicht (van de Ven et al., 2009). In onderzoeksvraag 3 wordt geanalyseerd hoe de ontwikkelingen in de proeftuinen zich verhouden tot deze randvoorwaarden

3.3 Dataverzameling

De landelijke monitor gebruikt vijf modaliteiten van gegevensverzameling: documentanalyse, observaties, vragenlijsten, individuele en groepsinterviews. Tabel 6 toont welke methoden worden ingezet voor de drie onderzoeksvragen van de procesevaluatie.

Tabel 6: De dataverzameling voor de drie onderzoeksvragen

	Vraag 1: Vormgeving	Vraag 2&3: Ervaringen
Documentanalyse	x	x
Observaties		x
Vragenlijst	x	x
Individuele interviews		
Projectmanager	x	x
Verzekeraars	x	x
Bestuurders betrokken organisaties		x
Zorgverleners		x
Patiënten/burgers		x
Groepsinterviews		
Patiënten/burgers		x

3.3.1 Documenten

Per proeftuin worden alle relevante documenten verzameld. Relevante documenten zijn documenten over 1) de proeftuin zelf of 2) externe ontwikkelingen die van invloed zijn op de proeftuin.

1. Dit zijn onder meer het plan van aanpak van de proeftuin, projectplannen, businesscases en nieuwsbrieven. De proeftuinen zal worden gevraagd dergelijke documenten toe te sturen naar het RIVM.
2. Dit betreft onder meer (voorgestelde) veranderingen in wetgeving en beleid op nationaal en regionaal niveau (onder andere op basis van kamerbrieven). Zo worden momenteel voorstellen gedaan voor aanpassingen in de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (NZa, 2013). Documenten zullen worden verzameld indien uit de observaties/interviews naar voren komt dat deze van invloed zijn op de proeftuin.

3.3.2 Observaties

In overleg met de betrokkenen zullen verschillende momenten worden benut om observaties te doen, te weten: platformbijeenkomsten, bijeenkomsten binnen de themaspecifieke werkgroepen georganiseerd door Vilans en discussies op conferenties. Dit wordt bij voorkeur aangevuld met observaties bij enkele stuurgroepbijeenkomsten van de proeftuinen. De mogelijkheden hiertoe zullen in nauw overleg met de proeftuin en de regionale evaluaties worden verkend. In de participerende observaties worden drie elementen onderscheiden (Baarda et al., 2005):

- wat mensen doen: cultuur/gedrag, zoals gebeurtenissen en interacties;
- wat mensen weten: kennis en opvattingen;
- de dingen of voorwerpen die men maakt of gebruikt, zoals notities en ICT-applicaties.

Tijdens de observaties zullen waarnemingen worden vastgelegd en aantekeningen worden gemaakt. Hierbij zal onderscheid worden gemaakt in observatienotities, methodologische notities en theoretische notities.

3.3.3

Vragenlijst

Om beter zicht te krijgen op het proces en goed te kunnen doorvragen in de interviews zullen er twee kenmerken worden gekwantificeerd.

1. Gedeeld(e) doel, motivatie en kwaliteit

Uit eerdere onderzoeken blijkt dat een gedeeld(e) doel, motivatie en kwaliteit van onderlinge relaties van invloed is op het succes van populatiemanagementactiviteiten (Fisher et al., 2012; Van Citters, 2012). Om hiertoe inzicht te krijgen wordt het 'team-climate inventory instrument' ingezet (Strating en Nieboer, 2009). Personen die worden geselecteerd voor de interviews zullen worden uitgenodigd deze vragenlijst in te vullen.

2. Populatiemanagementactiviteiten

De mate van populatiemanagement wordt idealiter ook kwantitatief in beeld gebracht om de verschuiving hierin te kunnen meten en problemen bij de implementatie te kunnen identificeren. In de chronische zorg is een instrument ontwikkeld voor het meten van de mate van disease management (de ACIC), dat hierbij als voorbeeld zal dienen. De CCA (nu PHA geheten) heeft voor populatiemanagement eveneens een instrument ontwikkeld (CCA, 2010). Dit instrument is echter nog niet geschikt voor deze monitor, het is Engelstalig en overwegend gericht op de professional. Er wordt daarom een Nederlandstalig instrument ontwikkeld waarbij zowel de professional alsook de organisatorische en socioculturele context zal worden meegenomen. Hiertoe zullen bestaande instrumenten zoals het PHA-instrument en de ACIC worden gecombineerd en toegespitst op de Nederlandse context. Personen die worden geselecteerd voor de interviews worden uitgenodigd deze vragenlijst in te vullen.

3.3.4

Individuele interviews

Er zullen verschillende series van individuele interviews plaatsvinden. Dit om veranderingen door de tijd heen te kunnen volgen, conform het advies bij complexe interventies (Alexander en Hearld, 2012). Allereerst zullen er halfjaarlijkse rondes plaatsvinden met de contactpersoon (veelal projectmanager van de proeftuin) voor een actualisatie van de vormgeving van populatiemanagement. Hiertoe worden de in hoofdstuk 2 gepresenteerde kenmerken (Tabel 1-3) elk kwartaal geactualiseerd. De beoogde en gerealiseerde interventies worden in beeld gebracht aan de hand van de inventarisatietool (Struijs et al., submitted). Hierin komen de beoogde en gerealiseerde kenmerken aan bod zoals het type interventie (onder andere zorginhoudelijk, organisatorisch en financieel), de doelgroep, de personen die zorgen voor de interventie en de frequentie.

Daarnaast vinden er in 2014 en 2017 bredere interviewrondes plaats met tien tot vijftien interviews per proeftuin om ervaringen in beeld te brengen. Deze interviews worden niet beperkt tot het projectmanagement van de proeftuin zoals het geval is voor onderzoeksvraag 1, maar ook individuele zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten (en patiëntvertegenwoordigers), gemeente en andere betrokken actoren zullen worden geïnterviewd (zie Tabel 6 hierboven). De interviews zullen semigestructureerd worden afgenomen. Dit betekent dat er een itemlijst zal worden gehanteerd met daarin thema's zoals beschreven in paragraaf 3.2.2. De itemlijsten variëren tussen de interviews en worden toegespitst op de geïnterviewde en de proeftuin. De activiteiten binnen de

proeftuin en de rol van de geïnterviewde bepalen de scope van het interview. De komende periode zal worden gebruikt om deze itemlijst verder af te stemmen op de regionale evaluaties.

3.3.5 *Groepsinterviews met patiënten/burgers*

Om inzicht te krijgen in patiëntervaringen worden focusgroepen met patiënten gehouden. In afzonderlijke interviews zullen de ervaringen worden geïnventariseerd ten aanzien van:

1. zelfmanagement;
2. keuzevrijheid en toegankelijkheid;
3. integratie.

3.4 **Data-analyse**

De interviews, observaties en documenten zullen worden geanalyseerd met een softwareprogramma (MaxQDA10). Hieraan voorafgaand zullen de groeps- en individuele interviews worden getranscribeerd, indien de geïnterviewde hiervoor toestemming geeft. De documenten en de observationele memo's zullen eveneens voor analyse worden geïmporteerd in MaxQDA10.

De transcripties van de eerste interviews worden door twee codeurs afzonderlijk gecodeerd en hierna gezamenlijk besproken. Dit zal via een cyclisch proces worden herhaald voor het aantal interviews, documenten en memo's dat benodigd is om een geschikt codeerraamwerk te creëren. Het codeerschema wordt kritisch beoordeeld en waar nodig aangevuld in de opeenvolgende rondes van de procesanalyse.

Het codeerschema zal geïntegreerd worden ontwikkeld; codes zullen inductief worden ontwikkeld binnen bestaande raamwerken (Bradley et al., 2007). Op deze wijze borduren we zoveel mogelijk voort op bestaande theorieën. Afhankelijk van het thema en de onderzoeksvraag zal gebruik worden gemaakt van een ander theoretisch raamwerk bij het ontwikkelen en toewijzen van de codes. Hierbij kan worden gedacht aan het raamwerk van Fisher et al., waarin belemmerende en bevorderende factoren zijn benoemd voor het realiseren van 'accountable care organizations'. Voorop staat dat het theoretisch raamwerk alleen als uitgangspunt dient en daar waar nodig kan worden aangevuld.

3.5 **Kwaliteitsborging**

De methodologische kwaliteit van de procesmonitor zal op verschillende manieren worden gewaarborgd. Uit de literatuur is bekend dat de onderzoeker de uitkomsten kan beïnvloeden. Dit hoeft de methodologische kwaliteit niet te schaden, mits bewust wordt omgegaan met deze invloed in de verschillende stappen van het onderzoek (Giacomini en Cook, 2000; Malterud, 2001; Mays en Pope, 1995; Van Zwieten en Willems, 2004). Daarnaast worden de onderstaande stappen ondernomen om de betrouwbaarheid en validiteit van de procesmonitor te waarborgen.

Betrouwbaarheid

Interne betrouwbaarheid houdt in dat andere onderzoekers eenzelfde resultaat zouden moeten kunnen verkrijgen (Van Zwieten en Willems, 2004). De interne betrouwbaarheid zal op twee manieren worden bevorderd. Allereerst zal triangulatie worden toegepast; verschillende bronnen over eenzelfde thema zullen worden gecombineerd (observaties, documenten en interviews) en

verschillende onderzoekers van het team zullen dezelfde thema's onderzoeken (Giacomini en Cook, 2000). Daarnaast zal een codeerschema door meerdere onderzoekers worden ontwikkeld en toegepast. De 'intercoder reliability' zal hierbij worden vastgesteld en gerapporteerd (Bradley et al., 2007).

De externe betrouwbaarheid verwijst naar of een herhaling van het onderzoek en haar resultaten mogelijk is (Van Zwieten en Willems, 2004). Daarom zal elke stap zo goed mogelijk worden geregistreerd en zal een zogenoemde 'audit trial' worden uitgevoerd (Van Zwieten en Willems, 2004).

Validiteit

Om de interne validiteit (meten we wat we beogen te meten?) te bewaken zullen we 'member checks' uitvoeren (Giacomini en Cook, 2000). Dit houdt in dat de resultaten van het onderzoek ter commentaar worden voorgelegd aan de betreffende deelnemers van het onderzoek. Dit zal gelden voor specifieke dataverzameling (interviews en observaties) alsook voor het geïntegreerde resultaat op basis van alle verzamelde kwalitatieve data.

De externe validiteit verwijst naar de mate waarin een zo volledig mogelijk beeld wordt verkregen van het concept dat wordt onderzocht. Ofwel: in hoeverre is het beeld ten aanzien van de ervaringen met populatiemanagement vanuit de interviews volledig? Om de externe validiteit te waarborgen zullen de respondenten van de interviews doelgericht worden geselecteerd (purposive sampling) (Giacomini en Cook, 2000; Malterud, 2001; Mays en Pope, 1995; Van Zwieten en Willems, 2004). Bij deze doelgerichte steekproef streven we ernaar dat alle typen professionals (managers, verschillende typen zorgverleners, verzekeraars, patiënten en patiëntvertegenwoordigers) en alle domeinen zijn geïnccludeerd, zodat de ervaringen van alle typen betrokkenen worden verzameld. Daarnaast zullen de ontwikkelingen op het gebied van populatiemanagement buiten de negen proeftuinen worden gevolgd en meegenomen door middel van documentanalyses en observaties.

4 De uitkomstmonitor

4.1 Doel

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is het doel van de uitkomstmonitor het monitoren en evalueren van (het effect van) de proeftuinen op de drie doelen gezondheid, kwaliteit van zorg en zorgkosten. Daarnaast zal er aandacht zijn voor een aantal specifieke onderwerpen, zoals toegankelijkheid, substitutie en zelfmanagement.

Onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de uitkomsten in termen van gezondheid bij aanvang en na follow-up?
2. Wat zijn de uitkomsten in termen van kwaliteit van zorg bij aanvang en na follow-up?
3. Wat zijn de uitkomsten in termen van kosten bij aanvang en na follow-up?
4. Is er een samenhang tussen (verandering in) kosten, kwaliteit van zorg en gezondheid?

4.2 Dimensies en indicatoren

Zoals beschreven in Struijs et al. (Submitted) is voor het operationaliseren van de doelen gezondheid, kwaliteit van zorg en zorgkosten gebruikgemaakt van bestaande nationale en internationale raamwerken en indicatorensets (CMS, 2012; ECHI, 2014; Hoeymans et al., 2010; NICE, 2014; OECD, 2013; Stiefel, 2012; Westert et al., 2010). Een uitgebreide verantwoording is te vinden in de Bijlage. De indicatoren zijn geselecteerd in afstemming met experts van het RIVM (onder andere van de Zorgbalans en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning), IQ healthcare en Maastricht University. Hieronder staan de verschillende dimensies en indicatoren uitgewerkt per onderzoeksvraag. Op onderdelen zal nader onderzoek en overleg met de proeftuinen, de betrokken kennisinstituten en overige experts nodig zijn om de haalbaarheid en bruikbaarheid van databronnen/metingen precies vast te stellen (zie hiervoor ook paragraaf 4.3 en 4.4).

4.2.1 *Onderzoeksvraag 1: Gezondheid*

In de LMP besteden we aandacht aan de verschillende dimensies van gezondheid (zie Tabel 7): het voorkomen van ziekte, het hebben van beperkingen in functioneren en de impact hiervan op participatie in het dagelijks leven, en mortaliteit. Ook determinanten van (on)gezondheid, als leefstijl en fysiologische factoren, worden betrokken.

Tabel 7: Indicatoren gezondheid

(Sub)domein	Indicator	Databron(nen)
Mortaliteit		
	Levensverwachting	CBS Doodsoorzakenstatistiek
	Sterfte per 10.000 inwoners	CBS Doodsoorzakenstatistiek
	Sterfte per 10.000 inwoners per ziekte	CBS Doodsoorzakenstatistiek
Functioneren en kwaliteit van leven		
Functioneren	% mensen met 1 of meer fysieke beperkingen (moeite met horen, zien, tillen, lopen)	Gezondheidsmonitor 2012
Kwaliteit van leven	Gemiddelde kwaliteit van leven (0-1 schaal)	Patiëntenquête LMP
Ervaren gezondheid	% mensen in goede gezondheid	Gezondheidsmonitor 2012
Eenzaamheid	% mensen dat eenzaam is	Gezondheidsmonitor 2012
Gezonde levensverwachting		
	Gezonde levensverwachting	CBS Doodsoorzakenstatistiek i.c.m. Gezondheidsmonitor 2012
Participatie		
	% mensen dat onderwijs volgt	Gezondheidsmonitor 2012/CBS-registraties
	% mensen met betaald werk	Gezondheidsmonitor 2012/CBS-registraties
	% mensen dat informele zorg verleent	Gezondheidsmonitor 2012
	% mensen dat arbeidsongeschikt is	Gezondheidsmonitor 2012/UWV-registratie
Ziekte prevalentie/incidentie		
	% mensen met aandoening X voor 20 meest voorkomende*	Gezondheidsmonitor 2012
Leefstijlfactoren en fysiologische factoren		
Roken	% rokers	Gezondheidsmonitor 2012
Voeding	% mensen dat voldoet aan de aanbeveling voor groenteconsumptie	
	% mensen dat voldoet aan de aanbeveling voor fruitconsumptie	
	% mensen dat ≥ 5 keer in de week ontbijt	
Fysieke activiteit	% mensen dat beweegnorm haalt	Gezondheidsmonitor 2012
Lichaamsgewicht	% mensen met overgewicht/obesitas	Gezondheidsmonitor 2012
Cholesterol	% mensen met te hoog cholesterol	Zorgregistraties in de proeftuinregio's
Bloedglucose	% mensen met te hoge bloedglucose	Zorgregistraties in de proeftuinregio's

* Twintig meest voorkomende (chronische) aandoeningen, zoals diabetes, beroerte, kanker, hoge bloeddruk, astma, gewrichtsaandoeningen of psychische stoornis.

4.2.2

Onderzoeksvraag 2: Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg wordt geoperationaliseerd aan de hand van de dimensies patiëntveiligheid, tijdigheid, effectiviteit en vraaggerichtheid. Voor deze vier domeinen zijn op basis van de literatuur verschillende subdomeinen

onderscheiden. Aangezien de domeinen patiëntveiligheid en effectiviteit veelal op diagnosesniveau worden gemeten (aan de hand van diagnose-specifieke uitkomsten) is vooral voor deze domeinen een nadere uitwerking van indicatoren nodig die zo goed mogelijk aansluit bij de scope van de (interventies van de) proeftuinen. De beschikbaarheid en bruikbaarheid van zorgregistraties in de regio's is hierbij een cruciale randvoorwaarde. Dit zal de komende periode verder worden verkend (zie paragraaf 4.3).

Tabel 8: Indicatoren kwaliteit van zorg

(Sub)domein	Indicator	Databron(nen)
Patiëntveiligheid		
'Ervaren fouten' bij chronisch zieken	Hebt u de afgelopen 2 jaar de verkeerde medicijnen of dosering gekregen? (% ja)	Patiëntenquête LMP
	Is er naar uw mening tijdens uw behandeling of verzorging de afgelopen 2 jaar een medische fout gemaakt? (% ja)	Patiëntenquête LMP
	Hebt u de afgelopen 2 jaar de verkeerde uitslagen gekregen van een medisch onderzoek? (% ja)	Patiëntenquête LMP
Heropnames	Bent u de afgelopen 2 jaar laat op de hoogte gesteld van afwijkende testresultaten? (% ja)	Patiëntenquête LMP
	% ziekenhuisopnames met heropname binnen 30 dagen	Vektis, LMR* of zorgregistraties in de proeftuinregio's
Vermijdbare ziekenhuisopnames	Aantal ziekenhuisontslagen per 100.000 inwoners per jaar voor aandoeningen waarvoor preventie en behandeling primair ambulantly plaatsvinden (liefst per aantal patiënten met de betreffende diagnose; astma, COPD)	Vektis, LMR* of zorgregistraties in de proeftuinregio's
Polyfarmacie ouderen	% ouderen met polyfarmacie (meer dan 5 verschillende geneesmiddelgroepen gelijktijdig gedurende 6 maanden gebruikt m.u.v. dermatica)	Zorgregistraties in de proeftuinregio's
Incidenten/complicaties	% cliënten in instellingen met valincidenten (of: % gescreend op valrisico)	LPZ*
	% risicopatiënten dat decubitus krijgt	LPZ*
	% patiënten met zorginfecties (postoperatieve wondinfecties, luchtweginfectie, sepsis, urineweginfectie; ziekenhuiszorg)	Prezies (RIVM)
Deelname aan Farmacotherapeutisch Overleg (FTO)	% apothekers en huisartsen dat deelneemt aan FTO (op verschillende niveaus)	IVM* of procesmonitor
Tijdigheid		
Tijdigheid niet-acute zorg	Telefonische bereikbaarheid huisartsen	IGZ of Patiëntenquête LMP

(Sub)domein	Indicator	Databron(nen)
Tijdigheid acute zorg	Aantal personen op wachtlijst GGZ (ten opzichte van de treeknorm)	GGZ NL
	Aantal personen op de wachtlijst voor langdurige zorg	AZR*
	Wachttijd in ziekenhuis ten opzichte van treeknorm	Mediquest/website ziekenhuizen
	Reistijd naar spoedeisende hulpdienst (SEH)/huisartsenposten	RIVM
	Reistijd naar acute verloskunde	RIVM
Effectiviteit		
Effectiviteit preventie	Griepvaccinatiegraad (%) 60-plussers % rokers dat stoppen-met-rokenadvies kreeg	IQ healthcare Patiëntenquête LMP
Effectiviteit zorg (zorgstandaarden)**	% patiënten (>18 jaar) met diabetes type 2 dat conform streefwaarde scoort op HbA1c, LDL, SBP	Zorgregistraties in de proeftuinregio's
Kwaliteit van leven	Gemiddelde kwaliteit van leven (bijvoorbeeld 0-1 schaal)	Patiëntenquête LMP
Vraaggerichtheid		
Bejegening	Overall score op generieke CQIs – beleefde behandeling door zorgverleners	CQI of Patiëntenquête LMP
Informatie/communicatie	Overall score op generieke CQIs – begrijpelijke uitleg zorgverleners	CQI of Patiëntenquête LMP
Autonomie/zeggenschap	Overall score op generieke CQIs – mogelijkheid om vragen te stellen	CQI of Patiëntenquête LMP
Autonomie/zeggenschap	Overall score op generieke CQIs – mogelijkheid om mee te beslissen	CQI of Patiëntenquête LMP
Beschikbaarheid voldoende tijd voor zorggebruikers	Overall score op generieke CQIs	CQI of Patiëntenquête LMP
Afstemming	De mate waarin de verschillende zorgprocessen worden afgestemd	Patiëntenquête LMP
Zelfmanagement	Mate waarin men ervaart goed ondersteund te worden in zelfmanagement	Patiëntenquête LMP

*LMR=Landelijke Medische Registratie; LPZ=Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen; IVM=Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; AZR=AWBZ brede zorgregistratie.

**Indicatoren gericht op subpopulaties, keuze nader uit te werken.

4.2.3

Onderzoeksvraag 3: Kosten

Bij het meten van de zorgkosten ligt de nadruk op de directe zorgkosten. Waar mogelijk vullen we dit aan met overige maatschappelijke kosten, zoals productiviteitskosten. Verder worden de zorgkosten onderverdeeld naar financieringsbron, zorgsector en aandoening (voor een selectie van aandoeningen) voor een completer inzicht in de kostentrends. Alle kosten zijn per capita (per burger in de regio of per deelnemer van de proeftuininterventies) en per jaar, tenzij anders weergegeven.

Tabel 9: Indicatoren kosten

(Sub)domein	Indicator	Databron(nen)
Zorgkosten per financieringsbron		
	AWBZ	Vektis
	Zvw	Vektis
	Aanvullende verzekering	Vektis
	Overige financieringsbronnen	Vektis en overige registraties
Zorgkosten per ziekte/aandoening		
	Gemiddelde zorgkosten per patiënt	Vektis
Zorgkosten per sector		
	Huisartsenzorg	Vektis
	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Vektis
	Ziekenhuiszorg	Vektis
	Farmacie	Vektis
	GGZ	Vektis
	Overige zorgaanbieders	Vektis
Zorgkosten – volume		
	Aantal behandelingen eerstelijnszorg	Vektis
	Poliklinische behandelingen en klinische opnames	Vektis
	SEH- en huisartsenpostbezoeken	Vektis
	Ziekenhuisopnames	Vektis
Investeringskosten proeftuin		
	Investeringskosten proeftuin	Procesmonitor LMP
	Overheadkosten	Procesmonitor LMP
Maatschappelijke kosten		
	Productiviteitsverlies	Patiëntenquête LMP

4.2.4

Onderzoeksvraag 4: Koppeling kosten, kwaliteit van zorg, gezondheid

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 4 wordt gebruikgemaakt van de onder onderzoeksvraag 1 tot en met 3 genoemde indicatoren.

4.3

Dataverzameling

4.3.1

Databronnen

Voor de uitkomstmonitor wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande landelijk dekkende databronnen, waarvan de belangrijkste in onderstaande tabel zijn weergegeven. Daarnaast wordt aanvullende informatie verzameld via een patiëntenquête.

Tabel 10: Belangrijkste bestaande databronnen die worden benut met de LMP

Databron	Beschikbaarheid	(Peil)jaren	Dekking
Gezondheidsmonitor 2012 (CBS/RIVM/GGD-en)			
	Beschikbaar	2012 en 2016	Landelijk dekkende enquête met respons van bijna 400.000 mensen in 2012
CBS Doodsoorzakenstatistiek (CBS)			
	Beschikbaar	2012 en 2016 (of combinatie van jaren) jaarlijkse data beschikbaar	Landelijk dekkende registratie
Zorgregistraties in de proeftuinregio's (onder andere huisartsen, zorggroepen, ziekenhuizen)			
	Nog onduidelijk	Nog onduidelijk	Nog onduidelijk
Vektis (zorgverzekeraars) – zorgkosten			
	Beschikbaar (in aanvraag)	2011/2012 en 2015 en tussenliggende jaren (retrospectief te analyseren)	Landelijk dekkende registraties
Sociaal Statistisch Bestand – demografische en SES*-gegevens (CBS)			
			Landelijk dekkende dataset van gekoppelde registraties

* SES=Sociaal Economische Status.

De Gezondheidsmonitor is in 2012 uitgezet onder een steekproef uit de algemene bevolking met een respons van bijna 400.000 mensen. Alle proeftuinregio's (gemeentes) zijn in de steekproef vertegenwoordigd en data uit de eerste ronde (2012) is reeds beschikbaar. In 2016 zal de Gezondheidsmonitor worden herhaald en deze tweede meting zal informatie opleveren over de gezondheid van de proeftuinpopulaties in het derde jaar van de proeftuinen.

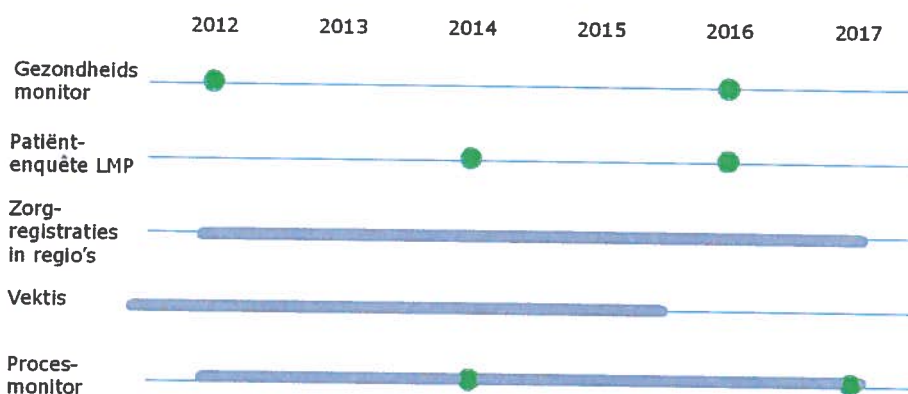
De Doodsoorzakenstatistiek bevat gegevens over de doodsoorzaken van alle overleden inwoners van Nederland. Deze landelijk dekkende dataset bevat op dit moment gegevens tot en met 2012. In 2017 verwachten we gebruik te kunnen maken van gegevens tot en met 2016.

De zorgregistraties in de proeftuinregio's kunnen informatie bevatten over de kwaliteit van de zorg. Nadere afstemming met de proeftuinen en eigenaren van lokale registraties is nodig om de bruikbaarheid van zorgregistraties vast te stellen.

De registraties van Vektis bevatten landelijk dekkende declaratiegegevens van de zorgverzekeraars met informatie over zorggebruik en zorgkosten op individueel niveau. In 2014 kunnen de peiljaren 2011 en 2012 worden geanalyseerd. Aangezien het hier doorlopende registraties betreft, kunnen op termijn (in 2017) retrospectieve analyses worden uitgevoerd over meerdere jaren, hoogstwaarschijnlijk in ieder geval tot en met peiljaar 2015 (dus inclusief de eerste twee jaren van de proeftuin).

Waar de dekking van bestaande databronnen tekortschiet, zal informatie worden

verzameld via een patiëntenquête. Deze enquête zal door het RIVM in 2014 en 2016 worden uitgezet in de proeftuinregio's. De enquête zal vragen bevatten over gezondheid en kwaliteit van zorg. De enquête zal bestaan uit een algemeen deel en een proeftuin-specifiek deel. Voor de LMP-patiëntenquête zal een representatieve steekproef worden getrokken uit de populatie, zoals gedefinieerd door de proeftuin. Het proces van steekproeftrekking en het benaderen van respondenten zal door een externe partij worden uitgevoerd om privacy van respondenten voldoende te waarborgen (zie ook paragraaf 4.3.3).



Figuur 3: Databronnen LMP: peiljaren en beschikbaarheid

4.3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie wordt gedefinieerd aan de hand van de volgende criteria: geografie (inwoners van gemeenten), zorgverzekeraar (verzekerden van betrokken verzekeraar) en zorgverlener (patiënten/ingeschrevenen bij betrokken zorgverleners). De proeftuinen geven in eerste instantie aan welk criterium voor hen het meest relevant is, met andere woorden: welke populatie zij precies bedienen. Dit kan overigens ook een combinatie van voorgaande drie criteria zijn.

De in paragraaf 4.3.1 genoemde databronnen bevatten niet allemaal variabelen op basis waarvan de regio, de betrokken zorgverlener of de betrokken zorgverzekeraar van personen in de datasets kan worden vastgesteld. Zo is in de Gezondheidsmonitor alleen informatie aanwezig over de regio waar respondenten wonen en kunnen specifieke groepen (binnen zorgverzekeraars, zorgaanbieders) niet direct worden geselecteerd. Dit kan wel na koppeling met overige datasets waar deze informatie wel in zit (zie paragraaf 4.3.3.). De meest complete bron hiervoor is de dataset van Vektis (deze bevat alle benodigde karakteristieken).

Voor de selectie van subpopulaties, zoals diabetespatiënten, zal in de betreffende databronnen een selectie worden gemaakt aan de hand van individuele karakteristieken, zoals leeftijd of ziekte (dit laatste kan bijvoorbeeld ook worden vastgesteld op basis van medicatiegebruik).

Daarnaast zal, zoals in paragraaf 2.3 is uitgelegd, worden getracht de uitkomsten van de proeftuinpopulatie te vergelijken met een 'controlegroep'. Deze controlegroep zal worden samengesteld op basis van karakteristieken zoals demografische of socio-economische kenmerken, zodat de controlegroep vergelijkbaar is met de proeftuinregio.

Tabel 11: Dekking databronnen met betrekking tot verschillende populaties

Onderzoekspopulatie	Gezondheid		Kwaliteit van zorg		Kosten	
	Bestaande data	LMP patiënt-enquête	Bestaande data	LMP patiënt-enquête	Bestaande data	LMP patiënt-enquête
Totale populatie	+	+	n.b.	+	+	+
Subpopulatie patiënten/ burgers						
Diabetes	+	+	?	+	+	+
Depressie	+	?	?	?	?	?
75+'ers	+	+	?	+	+	+
Subpopulatie die interventie ontvangt	?	?	?	?	?	?

+ data voor deze onderzoekspopulatie zijn beschikbaar of worden verzameld met de LMP-patiëntenquête; ? data kunnen worden geselecteerd of verworven voor deze subpopulatie indien deze duidelijk geïdentificeerd kan worden en/of data ter beschikking kan worden gesteld; n.b.=niet beschikbaar.

4.3.3

Koppelingen en privacy

Het koppelen van databronnen maakt het mogelijk uitspraken te doen over combinaties van uitkomsten, bijvoorbeeld de verhouding tussen kwaliteit en kosten en de variatie tussen proeftuinen hierin.

Voor de koppeling zullen afspraken worden gemaakt over onder andere het borgen van privacy en over de manier waarop gekoppelde data gebruikt kunnen worden. Deze afspraken worden gemaakt met data-eigenaren, zoals Vektis, CBS en de betrokken proeftuinen. De koppelingen tussen gezondheid, kwaliteit en kosten zijn vernieuwend, maar een deel van de methode en stappen is reeds eerder met succes uitgevoerd. Idealiter wordt informatie uit vier bronnen gekoppeld (waar mogelijk aangevuld met andere bronnen):

- gezondheid (Gezondheidsmonitor);
- kwaliteit van zorg (regionale zorgregistratie);
- kwaliteit van zorg (patiëntenquête);
- kosten (Vektis).

In de eerste stap zal voor de patiëntenquête een steekproef worden getrokken via methoden die reeds worden gebruikt voor de CQ-indexen en het versturen van deze patiëntvragenlijsten.

1. Allereerst zal een externe partij (bijvoorbeeld Miletus²) gevraagd worden criteria op te stellen voor het trekken van de steekproef, binnen de door de proeftuin vastgestelde definitie van de populatie.
2. Vervolgens trekken verzekeraars de steekproef conform opdracht/instructies van de externe partij (bijvoorbeeld Miletus).
3. De verzekeraars sturen de BSN- en NAW-gegevens van de steekproef naar een derde partij; deze zal de vragenlijst versturen. Deze rol kan bijvoorbeeld worden vervuld door een partij als Mailstreet.
4. Deze derde partij geeft elke vragenlijst die wordt verstuurd een barcode. Zij hebben vervolgens een bestand met BSN- en NAW-gegevens en barcode.

² Er zijn nog geen definitieve afspraken gemaakt hierover.

Hierna is het van belang om de data met de BSN's om te zetten naar bestanden met gepseudonimiseerde BSN's.

5. Betreffende de vragenlijst, gaat het bestand met BSN en barcode van stap 4 naar een derde partij, waarbij dit bestand wordt geanonimiseerd via een zogenaamde Thrusted Third Party-constructie (zoals ZorgTTP²). TTP past een algoritme toe over de BSN's dat alleen bij deze TTP-partij bekend is, zodat de uiteindelijke bestanden met resultaten van de enquêtes volledig geanonimiseerd zijn.
6. Voor de gezondheidsdata, zorgregistratiedata en kostendata kunnen eveneens pseudo-BSN's worden toegekend aan de respondenten. Hierbij is het noodzakelijk dat de BSN's op eenzelfde wijze worden geanonimiseerd om een koppeling op versleutelde data (pseudo-BSN's) mogelijk te maken.
7. Aan het einde van stap 5 en 6 zijn er idealiter dus vier verschillende databestanden, met pseudo-BSN's gecreëerd via eenzelfde algoritme.

Vervolgens vindt de koppeling plaats van vier databronnen. Het is nog onduidelijk waar deze gekoppelde data fysiek aanwezig zullen zijn. Hiertoe zal nog afstemming plaatsvinden met de afzonderlijke partijen.

4.4

Data-analyse

Ten behoeve van het beantwoorden van de onderzoeksvragen zullen verschillende typen analyses worden toegepast.

1. Beschrijvende analyse

Voor alle proeftuinen wordt een beschrijvende analyse uitgevoerd van de gezondheidsstatus, de kwaliteit van zorg en de zorgkosten in de betreffende regio, zowel bij aanvang als na follow-up.

2. Trendanalyse

In de trendanalyse staan de veranderingen over de tijd centraal waarbij zoveel mogelijk peiljaren worden meegenomen. Voor het thema zorgkosten en mogelijk ook kwaliteit van zorg (afhankelijk van de inhoud van lokale zorgregistraties) kunnen meerdere peiljaren worden gebruikt. Hiermee kan de trend in de proeftuinen op een betrouwbare manier in kaart worden gebracht en worden vergeleken met bijvoorbeeld de landelijke trend. Voor de overige databronnen en indicatoren wordt een vergelijking gemaakt over twee momenten in de tijd.

3. Analyse met subgroepen

Zoals omschreven in paragraaf 2.3 wordt een aantal analyses voor subpopulaties uitgevoerd, namelijk mensen met diabetes, ouderen (75+), en mensen met depressie. In deze analyses zullen vooral op het gebied van kwaliteit van zorg populatie-specifieke indicatoren worden toegevoegd. Daarnaast zullen ook generieke indicatoren worden gemeten, om een idee te krijgen van de verschillen tussen subpopulaties. In Tabel 12 staan als voorbeeld enkele indicatoren voor de subpopulatie diabetespatiënten, op basis van onder anderen Struijs et al. (2012). Ook de zorgkosten zullen preciezer in kaart worden gebracht voor deze subpopulatie. Zo kan voor de subpopulatie diabetes worden ingezoomd op diabetes gerelateerde zorg op basis van specifieke DBC-codes.

Tabel 12: Voorbeeldindicatoren diabeteszorg

(Sub)domein	Indicator	Databron(nen)
Effectiviteit diabeteszorg		
	HbA1c conform streefwaarde	Zorgregistraties in de proeftuinregio's
	LDL-c conform streefwaarde	Zorgregistraties in de proeftuinregio's
	Bloeddruk conform streefwaarde	Zorgregistraties in de proeftuinregio's
	% diabetici met complicaties (bijv. hartinfarct, amputatie been/voet)	Zorgregistraties in de proeftuinregio's
Kosten diabeteszorg		
	Totale zorgkosten per diabetespatiënt	Vektis
	Kosten diabetes gerelateerde zorg	Vektis

4. Tussendoelen

In de LMP zullen een drietal onderwerpen die in alle proeftuinen aan de orde komen en die uiteindelijk moeten bijdragen aan de doelen gezondheid, kwaliteit van zorg en kostenbeheersing, nader worden bestudeerd. Dit zijn substitutie, integratie en zelfmanagement (zie Paragraaf 2.3). Zo zal de mate van zelfmanagement worden gemonitord op basis van vragen in de patiëntenquête. Voor het thema substitutie worden gegevens van Vektis over zorggebruik in de tweedelijns en eerstelijns gebruikt, mogelijk met een selectie van specifieke categorieën patiënten/behandelingen waarvoor substitutie relevant is.

Ook de toegankelijkheid van de zorg zal extra aandacht krijgen in de uitkomstmonitor (en ook in de procesmonitor, zie Hoofdstuk 3). Het concept toegankelijkheid kent verschillende dimensies: financiële toegankelijkheid (betaalbaarheid voor huishoudens), geografische toegankelijkheid (bereikbaarheid zorgverleners), tijdigheid, toegankelijkheid naar behoefte en keuzevrijheid. Onderstaande tabel geeft een aantal bronnen weer die kunnen worden gebruikt voor het analyseren van de toegankelijkheid van de zorg in de proeftuinen.

Tabel 13: Indicatoren toegankelijkheid

(Sub)domein	Indicator	Databron(nen)
Toegankelijkheid		
Financieel (betaalbaarheid)	% inwoners dat afziet van zorg vanwege kosten	IQ healthcare of Patiëntenquête LMP
	Eigen betalingen als % van huishoudinkomen	Patiëntenquête LMP
	Geografisch (bereikbaarheid)	Afstand tot dichtstbijzijnde zorgvoorziening
Keuzevrijheid	% mensen dat beperkingen ervaart in keuzevrijheid	Patiëntenquête LMP

5. Analyse met controlegroepen

Voor een goede interpretatie van de gemeten uitkomsten in termen van gezondheid, kwaliteit van zorg en zorgkosten in de proeftuinregio's wordt een vergelijking gemaakt tussen de proeftuinregio's en nog te creëren controlegroepen. De controlegroepen zullen worden samengesteld op basis van criteria, zoals demografie, regio of socio-economische karakteristieken. Het gaat hierbij om criteria die de gemeten uitkomsten beïnvloeden, maar die buiten de controle van de proeftuin liggen. Wanneer bijvoorbeeld de leeftijdsopbouw van de populatie van invloed is op de zorgkosten in de regio, zal een proeftuin met een oudere populatie worden vergeleken met een controlegroep met een

vergelijkbare leeftijdsopbouw. Waar nodig zullen vooraf data-analyses worden gedaan om de controlegroepen vast te stellen.

Indien mogelijk wordt ook hier een voor- en nameting gedaan om rekening te kunnen houden met reeds bestaande verschillen aan het begin van de onderzoeksperiode tussen de proeftuin en de controlegroep.

6. Verklarende analyse

Tot slot wordt onderzocht welke factoren verschillen in gemeten uitkomsten kunnen verklaren, zoals kenmerken van deelnemende zorgorganisaties en populatiekenmerken. Deze kenmerken worden verzameld vanuit de databronnen en de procesmonitor.

4.5 Kwaliteitsborging

In de LMP zal nauw aandacht worden besteed aan het waarborgen van de validiteit en betrouwbaarheid van indicatoren, datasets en analyses. Verschillende aandachtspunten zijn op dit moment gesignaleerd en deze zullen op basis van kennis uit de literatuur, de opinie van experts en statistische analyse worden ondervangen.

- Validiteit en betrouwbaarheid van vragen en indicatoren uit de Gezondheidsmonitor:
 - Validiteit toetsen aan de hand van wetenschappelijke literatuur, de opinie van experts, andere databronnen indien beschikbaar en statistische analyse (representativiteit, correctie voor missende waarden).
 - Steekproefgrootte op regionaal niveau vaststellen en onzekerheid rondom proeftuinspecifieke resultaten in kaart brengen.
- Kwaliteit van de zorgkostendata:
 - In verband met de overgang van het DBC- naar het DOT-systeem is de validiteit van kostendata over 2012, zeker voor subgroepen, nog onzeker. In samenwerking met Vektis zal dit probleem worden opgepakt. Hierbij zal onder andere een vergelijking met 2011 worden gemaakt.
 - De onzekerheid die voortkomt uit de vertraging in de registratie van zorggebruik en zorgkosten wordt, voor zover mogelijk, in kaart gebracht.
- Kwaliteit en vergelijkbaarheid van zorgregistraties in de proeftuinregio's:
 - Nog in te vullen op basis van beschikbare datasets.
- Validiteit en betrouwbaarheid van vragen/indicatoren uit de patiëntenquête:
 - Validiteit toetsen aan de hand van wetenschappelijke literatuur, de opinie van experts, andere databronnen indien beschikbaar en statistische analyse (representativiteit, correctie voor missende waarden).
 - Steekproefgrootte op regionaal niveau vaststellen en onzekerheid rondom proeftuinspecifieke resultaten in kaart brengen.

5 Planning

5.1 Activiteiten

De planning van de hiervoor beschreven activiteiten is uiteengezet in Tabel 14. Deze planning zal worden nagestreefd, maar kan in overleg met VWS, de proeftuinen en de regionale evaluaties worden aangepast. In de planning staan twee hoofdproducten centraal: de rapportage begin 2015 en de rapportage begin 2018. De eerste rapportage is het resultaat van de 'nulmeting' van de proeftuinen waarin zowel voor het proces als de uitkomsten de stand van zaken wordt gegeven bij aanvang. De rapportage begin 2018 moet een beeld geven van de ontwikkeling van de proeftuinen na een aantal jaren follow-up. Ook hier gaat het om zowel het proces als de uitkomsten. In de tussentijd zullen er actualisaties worden opgesteld waarin beleidsrelevante tussentijdse ontwikkelingen een plek kunnen krijgen. De vorm van deze tussenrapportages moet nog verder worden uitgewerkt.

5.2 Randvoorwaarden

De LMP is een van de instrumenten waarmee de proeftuinen worden ondersteund ten behoeve van kennisuitwisseling. Daarnaast dient de LMP het informeren van het ministerie van VWS en de Tweede Kamer over de ervaringen en uitkomsten van de proeftuinen en de algemene lessen die kunnen worden getrokken. Zo heeft de minister van VWS aangegeven de Tweede Kamer te zullen informeren over de verschillende rapportages van de monitor. Ze gaat er hierbij van uit dat de proeftuinen een actieve bijdrage zullen leveren bij het verzamelen van de benodigde informatie. De belangrijkste randvoorwaarden voor het realiseren van de LMP zijn:

1. De medewerking van proeftuinen is nodig voor het beschikbaar stellen van contactgegevens van de betrokkenen. Het RIVM zal uiterst zorgvuldig met deze gegevens omgaan en deze alleen gebruiken om gerichte steekproeven te kunnen trekken en de respondenten uit te nodigen voor een (groeps)interview.
2. In het huidige ontwerp gaan we uit van beschikbaarheid van de databestanden van de regionale evaluaties voor wat betreft het in kaart brengen van de kwaliteit van zorg. Hierover zijn echter nog geen definitieve afspraken gemaakt met de betrokken partijen, zowel wat betreft het beschikbaar stellen van de data als de eventuele kosten die hiermee gemoeid zijn. Wij gaan er vooralsnog van uit dat de gegevens kosteloos ter beschikking worden gesteld door de regionale evaluaties. Eventuele kosten die door de regionale evaluaties in rekening worden gebracht voor het beschikbaar stellen van de data zijn niet meegenomen.
3. Zoals beschreven in paragraaf 4.3.3 is het doel om verschillende databestanden te koppelen. Hiervoor is toestemming nodig van een aantal partijen (eigenaren van de data) en moet overeenstemming worden bereikt over een centrale plek waar de gekoppelde data kunnen worden geanalyseerd.

6 Afstemming en begeleiding

6.1 Afstemming met proeftuinen en regionale evaluaties

Na een eerste inventarisatieronde van het RIVM in oktober en november 2013 zal onderliggende opzet van de LMP in afstemming met de proeftuinen in detail worden uitgewerkt met aandacht voor de wensen, beschikbare bronnen en monitoractiviteiten van de proeftuinen zelf.

Rondom elke proeftuin zal een regionale evaluatie worden uitgevoerd. Afstemming vindt plaats met de bij deze regionale evaluatie betrokken kennis- en onderzoeksinstituten, zoals IQ healthcare, Maastricht University, ROS Robuust, Caransscoop, Tilburg University en TNO. Zo hebben het RIVM, IQ healthcare en Maastricht University kennis uitgewisseld ten aanzien van het ontwerp van de uitkomstmonitor. Dit ontwerprapport zal per proeftuin worden vertaald naar een proeftuinspecifieke aanpak om de gestelde generieke indicatoren in kaart te brengen en waar mogelijk domeinspecifieke indicatoren toe te voegen.

Op deze wijze beoogt de monitor zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de kennisbehoefte van de proeftuinen en haar waar mogelijk antwoorden op vragen te bieden. Door met de andere betrokken kennis- en onderzoeksinstituten samen op te trekken, wordt dubbel werk voorkomen en een kennissynergie gecreëerd. Gedurende de monitor zullen tussenproducten ter commentaar aan de proeftuinen en verzekeraars worden voorgelegd.

6.2 Afstemming met landelijk platform

Alle proeftuinen en betrokken zorgverzekeraars nemen deel aan een landelijk platform over de proeftuinen. Dit platform komt met regelmaat bijeen. Tijdens deze bijeenkomsten zal het RIVM, waar nodig en waar mogelijk, bevindingen van de evaluatie presenteren. Doel van dit platform is het uitwisselen van informatie over de voortgang van de proeftuinen en het identificeren van gemeenschappelijke thema's die in specifieke werkgroepen kunnen worden opgepakt. Kenniscentrum Vilans heeft van VWS de opdracht gekregen deze werkgroepen te begeleiden en een (digitale) omgeving te ontwikkelen waarin kennis kan worden gedeeld. Vilans en het RIVM zullen met regelmaat afstemmen, zodat Vilans haar digitale omgeving kan vullen met informatie vanuit de LMP en proeftuinen niet dubbel worden belast met dezelfde vragen. Tevens zal het RIVM als observant deelnemen aan de werkgroepbijeenkomsten, zodat de informatie die daar wordt gedeeld niet uitgevraagd hoeft te worden tijdens de procesanalyse.

6.3 Afstemming met RIVM-producten en -expertise

Vanaf de start van de LMP wordt afgestemd met gerelateerde RIVM-monitors en -projecten. Daarnaast worden tal van experts binnen het RIVM betrokken bij de LMP als adviseur. Op deze manier wordt geborgd dat bestaande expertise binnen het RIVM volledig wordt benut. Het gaat hier in ieder geval om de projecten Volksgezondheid Toekomst Verkenning, de Gezondheidsmonitor en de Zorgbalans. Daarnaast worden voor de Zorgatlas van het RIVM vele regionale gegevens over gezondheid en zorg verzameld en online gepubliceerd. In

toenemende mate geven gemeenten en andere regionale partijen aan behoefte te hebben aan een overzicht van meerdere variabelen voor hun gebied. Om hieraan tegemoet te komen is het RIVM op verzoek van VWS gestart met de ontwikkeling van zogenoemde regionale gezondheidsprofielen. Hierbij wordt informatie over gezondheid en zorg op regionaal/gemeenteniveau gepresenteerd. Daarnaast is er een verwantschap met de kennisvraag uit programma 2 'Gezondheidswinst door samenwerking op lokaal niveau', uit 2013. Tot slot zal het PRECARE-project starten vanuit het Strategisch Programma RIVM (SPR). Dit project zal methodologische ondersteuning en wetenschappelijke verdieping bieden aan de LMP.

6.4 Externe adviescommissie

De voortgang en de resultaten van de LMP zullen ook besproken worden in een externe adviescommissie. De samenstelling van de commissie is dusdanig dat zowel het beleid (VWS), de regionale partijen (proeftuinen), de zorgverzekeraars als de wetenschap vertegenwoordigd zijn. Daarbij moet gezegd dat betrokken proeftuinen en zorgverzekeraars die niet deelnemen aan de adviescommissie ook alle tussen- en eindrapportages ter feedback voorgelegd krijgen. Onderstaande tabel geeft de beoogde samenstelling van de adviescommissie weer. De commissie zal ongeveer twee keer per jaar bijeenkomen, te beginnen in het voorjaar van 2014, om de voortgang en rapportages te bespreken.

Wie	Organisatie
Prof. D.H. de Bakker	Tilburg University (Tranzo)/NIVEL
Drs. R. van Breugel	VGZ
Drs. V.A.J. op den Brink	ROS Robuust/Mijn Zorg
Em. prof. dr. T.E.D. van der Grinten (voorzitter)	Erasmus Universiteit Rotterdam (iBMG)
Drs. E. Hiddink	Health Base/PZF regio Rijnland
Dr. J.B.F. Hutten	VWS (Publieke Gezondheid)
Dr. P.P.T. Jeurissen	VWS (MEVA)
Drs. A.D. Mosterdijk	VWS (Curatieve Zorg)
Prof. dr. K. Putters	Sociaal en Cultureel Planbureau/Erasmus Universiteit Rotterdam (iBMG)
Prof. dr. F.T. Schut	Erasmus Universiteit Rotterdam (iBMG)
Prof dr. K. Stronks	Academisch Medisch Centrum (Public Health)
Prof. dr. R. Torenvlied	Universiteit Twente (Public Administration)
Prof. dr. N.J. de Wit	UMC Utrecht (Julius Center)

7 Afkortingen

ACIC	Assessment of Chronic Illness Care
ACO	Accountable Care Organization
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
BSN	Burgerservicenummer
CCA	Afkorting van de voormalige Chronic Care Alliance, inmiddels Population Health Alliance genaamd
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease, chronisch obstructieve longziekte
CQI	Consumer Quality Index
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DOT	DBC's op weg naar transparantie
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HA	Huisartsen
Hba1c	geglyceerd hemoglobine
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IQ	IQ healthcare
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
LDL-c	Low-density lipoprotein cholesterol
LMP	Landelijke Monitor Populatiemanagement (RIVM)
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ICPC	International Classification of Primary Care
M&I	Modernisatie & Innovatie bekostigingsmodule
MU	Maastricht University
NAW	Naam Adres Woonplaats
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PELGRIM	Populatiemanagement eerstelijnsgezondheidszorg regio Arnhem in model
PHA	Population Health Alliance (voormalig CCA)
POH	Praktijkondersteuner van de huisartsenpraktijk
PZF	Populatiegerichte Zorg en Financiering
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
TTP	Trusted Third Party
VTV	Volksgesondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Zvw	Zorgverzekeringswet

8 Literatuur

- Alexander, J.A., en Hearld, L.R. (2012). Methods and metrics challenges of delivery-system research. *Implement Sci*, 7, 15. doi: 10.1186/1748-5908-7-15.
- Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J., en Klazinga, N.S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care*, 18 Suppl 1, 5-13. doi: 10.1093/intqhc/mzl024.
- Baarda, D.B., Fischer, T., de Goede, M., en Peters, V. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W., en Whittington, J. (2008). The Triple Aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*, 27(3), 759-769. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759.
- Bradley, E.H., Curry, L.A., en Devers, K.J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Serv Res*, 42(4), 1758-1772. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x.
- CCA, Care Continuum Alliance. (2010). *Outcomes Guidelines Report (Vol. 5)*. CCA, Care Continuum Alliance. (2012). *Implementation and Evaluation: A Population Health Guide for Primary Care Models*. Washington DC: Care Continuum Alliance (CCA).
- Citters, A.D. van, Larson, B.K., Carluzzo, K.L., Gbemudu, J.N., Kreindler, S.A., Wu, F.M., Shortell, S.M., Nelson, E.C., en Fisher, E.S. (2012). *Four Health Care Organizations' Efforts to Improve Patient Care and Reduce Costs (Vol. Vol. 1): Commonwealthfund*.
- CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services. (2012). *Accountable Care Organization 2013 Program Analysis: Quality Performance Standards – Narrative Measure Specifications*.
- Curry, L.A., Krumholz, H.M., O'Cathain, A., Plano Clark, V.L., Cherlin, E., en Bradley, E.H. (2013). Mixed methods in biomedical and health services research. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 6(1), 119-123. doi: 10.1161/circoutcomes.112.967885.
- Dijk, C.E. van, Korevaar, J.C., de Jong, J.D., Koopmans, B., van Dijk, M., en de Bakker, D.H. (2013). *Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg*. Utrecht: NIVEL.
- Drewes, H.W., Heijink, R., Struijs, J.N., en Baan, C.A. (2014). *Landelijke Monitor Populatiemanagement. Deel 1: eerste beschrijving proeftuinen*. Bilthoven: RIVM.
- ECHI, European Community Health Indicators (ECHI). (2014). *Health indicators*. Retrieved March 2014, 2014, from http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm.
- Evans, R.G., en Stoddart, G.L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 31(12), 1347-1363.
- Fisher, E.S., Shortell, S.M., Kreindler, S.A., Van Citters, A.D., en Larson, B.K. (2012). A framework for evaluating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations. *Health Aff (Millwood)*, 31(11), 2368-2378. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0544.
- Giacomini, M.K., en Cook, D.J. (2000). Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 284(3), 357-362.

- Hakkaart-van Roijen, L., Tan, S.S., en Bouwmans, C.A.M. (2010). Handleiding voor kostenonderzoek: methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Geactualiseerde versie 2010. Diemen: CVZ.
- Harbers, M.M., en Hoeymans, N. (2013). Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM.
- Hoeymans, N., Melse, J.M., en Schoemaker, C.G. (2010). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2020: Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM.
- Hoffmann, T.C., Glasziou, P.P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D.G., Barbour, V., MacDonald, H., Johnston, M., Lamb, S.E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J.C., Chan, A.W., en Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *Bmj*, 348, g1687. doi: 10.1136/bmj.g1687.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., van der Meer, J.W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., en Smid, H. (2011). How should we define health? *Bmj*, 343, d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.
- Hulscher, M.E., Laurant, M.G., en Grol, R.P. (2003). Process evaluation on quality improvement interventions. *Qual Saf Health Care*, 12(1), 40-46.
- ICF. (2002). Nederlandse vertaling van de international classification of functioning, disability and health. Compilatie. Bilthoven: WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands.
- IOM, Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: IOM.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. doi: 10.1016/s0140-6736(01)05627-6.
- Mays, N., en Pope, C. (1995). Rigour and qualitative research. *Bmj*, 311(6997), 109-112.
- Mintzberg, H. (1979). The structuring of organizations: A synthesis of research. Englewood Cliffs, New-Jersey: Prentice-Hall.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Indicators. Retrieved maart 2014, from <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/indicators.jsp>
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). Consultatiedocument Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg: Het 3-segmenten-model. Utrecht: NZa.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators.
- Span, K.C.L., Luijkx, K.G., Schols, J.M.G.A., en Schalk, R. (2012). The relationship between governance roles and performance in local public interorganizational networks: a conceptual analysis. *The american review of public administration*, 42, 186.
- Stiefel, M., en Nolan, K. (2012). A guide to measuring the Triple Aim Innovation Series. Cambridge: Institute for Healthcare Improvements.
- Strating, M.M., en Nieboer, A.P. (2009). Psychometric test of the Team Climate Inventory-short version investigated in Dutch quality improvement teams. *BMC Health Serv Res*, 9, 126. doi: 10.1186/1472-6963-9-126.
- Struijs, J.N., de Jong-van Til, J.T., Lemmens, L.C., Drewes, H.W., de Bruin, S.R., en Baan, C.A. (2012). Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg: Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg. Bilthoven: RIVM.
- Struijs, J.N., Drewes, H.W., Heijink, R., en Baan, C.A. (submitted). How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum

- Alliance Population Health Guide into a broadly applicable analytical framework.
- Tan, S.S., Bouwmans, C.A., Rutten, F.F., en Hakkaart-van Roijen, L. (2012). Update of the Dutch Manual for Costing in Economic Evaluations. *Int J Technol Assess Health Care*, 28(2), 152-158. doi: 10.1017/s0266462312000062.
- Valentine, N., Prasad, A., Rice, N., Robone, S., en Chatterji, S. (2009). Health system responsiveness: a measure of the acceptability of health-care processes and systems from the user's perspective. In: P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas en S. Leatherman (Eds.), *Performance Measurement for Health System Improvement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ven, W.P.M.M. van de, Schut, F.T., Hermans, H.E.G.M., de Jong, J.D., van der Maat, M., Coppen, R., Groenewegen, P.P., en Friele, R.D. (2009). *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). Kamerbrief: Proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten'. (110702-102148-CZ).
- Westert, G.P., van den Berg, M.J., Zwakhals, S.L.N., Heijink, R., de Jong, J.D., en Verkleij, H. (2010). *Zorgbalans 2010: De prestaties van de Nederlandse zorg* (pp. 272). Bilthoven: RIVM.
- WHO, World Health Organization. (1948). *The Constitution*. Paper presented at the International Health Conference, New York.
- Zwieten, M. van, en Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 47(13).

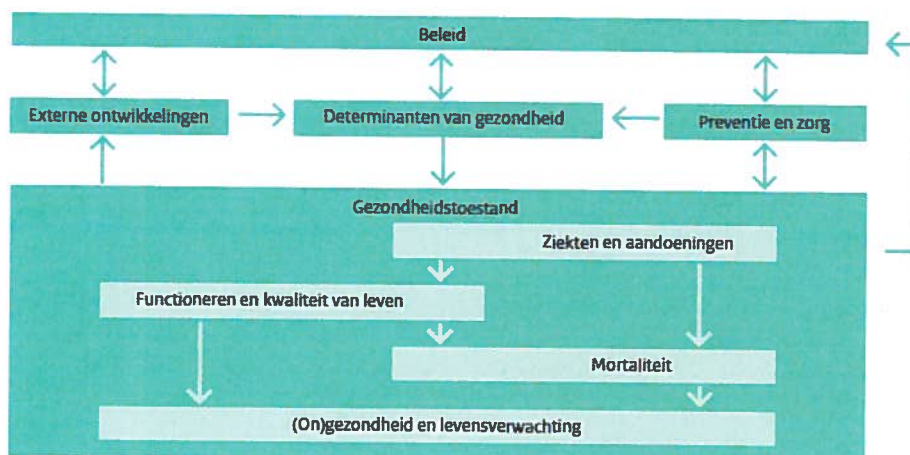
9 Bijlage

Voor het meten van uitkomsten in termen van gezondheid, kwaliteit van zorg en zorgkosten is als uitgangspunt genomen het raamwerk van het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement (IHI) – 'A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost' (Stiefel, 2012). Dit wordt verder uitgewerkt op basis van literatuur en andere raamwerken voor het meten van uitkomsten van zorgsystemen, voor een optimale aansluiting bij de doelen van populatiemanagement en de doelen van de Nederlandse proeftuinen (CMS, 2012; ECHI, 2014; Hoeymans et al., 2010; NICE, 2014; OECD, 2013; Stiefel, 2012; Westert et al., 2010).

Gezondheid

Er bestaat geen eenduidige definitie van gezondheid. De WHO Constitution bevat een veel geciteerde definitie: 'A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity' (WHO, 1948). In de literatuur is deze definitie verschillende malen kritisch tegen het licht gehouden. Recentelijk nog beschreven Huber et al. (2011), op basis van expertonderzoek, dat de vraag 'How should we define health?' als volgt moet worden beantwoord: 'The preferred view on health was the ability to adapt and to self-manage in the face of social, physical and emotional challenges.' Wat onder gezondheid wordt verstaan, verandert dus over de tijd en verschilt waarschijnlijk ook tussen landen, regio's en groepen in de samenleving. Een algemene trend is wel dat meer wordt gekeken naar het effect van een ziekte of gezondheidsprobleem op het dagelijks functioneren (Hoeymans et al., 2010).

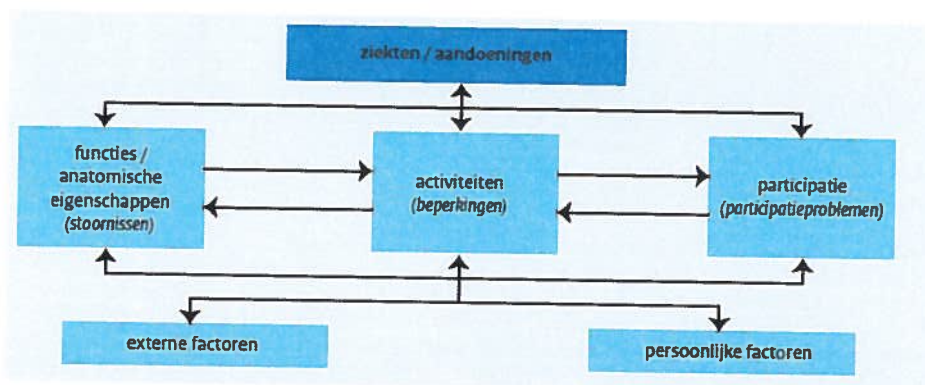
Het VTV-model van het RIVM onderscheidt vier elementen van gezondheid: 1) ziekten en aandoeningen; 2) functioneren en kwaliteit van leven; 3) mortaliteit, en 4) de gecombineerde uitkomstmaat gezonde levensverwachting (Hoeymans et al., 2010). Figuur 4 toont hoe deze elementen met elkaar samenhangen.



Figuur 4: VTV-model met uiteenzetting van gezondheidstoestand (Hoeymans et al., 2010)

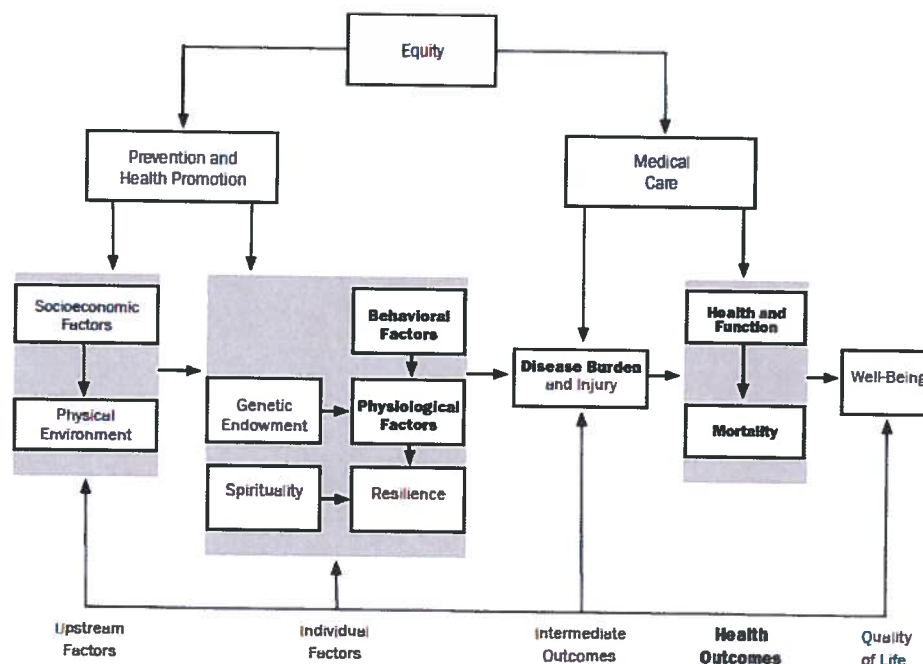
In het VTV-model is het element 'functioneren en kwaliteit van leven' niet verder uitgewerkt. Het ICF-raamwerk (International Classification of Functioning

Disability and Health) van de WHO gaat hier wel nader op in en maakt onderscheid tussen: functies/anatomische eigenschappen (stoornissen), activiteiten (beperkingen) en participatie (participatieproblemen) (Harbers EN Hoeymans, 2013; ICF, 2002).



Figuur 5: ICF-raamwerk (ICF, 2002)

De elementen uit het VTV-model komen overeen met de elementen uit de richtlijnen van het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement (IHI) voor het meten van gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten (Stiefel, 2012). In de IHI-richtlijnen is volksgezondheid in drie delen gesplitst: gezondheidsuitkomsten (mortaliteit, gezondheidsstatus/functioneren, en gezonde levensverwachting), ziektelast (incidentie/prevalentie chronische ziekten) en gedrags- of fysiologische factoren ('determinanten van gezondheid' in VTV-model). Deze indeling is gebaseerd op Evans en Stoddart (1990).



Figuur 6: IHI-model gezondheid (Stiefel, 2012)

Kwaliteit van zorg

Voor het operationaliseren van kwaliteit van zorg wordt veelal de categorisering van het Amerikaanse Institute of Medicine gebruikt (IOM, 2001). Deze bestaat uit zes domeinen: tijdigheid, vraaggerichtheid, patiëntveiligheid, effectiviteit, toegankelijkheid en efficiëntie. Ook in het IHI-raamwerk staat deze indeling centraal, waarbij 'ervaring van de zorg' als ultiem kwaliteitsdoel wordt gezien ('boven' deze zes dimensies). Naar voorbeeld van het Zorgbalansrapport over de prestaties van het Nederlandse zorgsysteem worden toegankelijkheid en doelmatigheid hier als aparte dimensies behandeld (Arah et al., 2006; Westert et al., 2010). Doelmatigheid gaat namelijk over de verhouding tussen kosten en baten (of: prijs en kwaliteit), en in het Nederlandse zorgstelsel wordt toegankelijkheid van zorg als een apart doel beschouwd (zo is de overheid volgens de wet verantwoordelijkheid voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het zorgsysteem).

Voor de domeinen tijdigheid, vraaggerichtheid, patiëntveiligheid en effectiviteit zijn op basis van de literatuur verschillende subdomeinen onderscheiden (Valentine et al., 2009; Westert et al., 2010):

- tijdigheid: wachttijden, wachtlijsten;
- vraaggerichtheid: bejegening, autonomie, privacy, informatie/communicatie, keuzevrijheid;
- patiëntveiligheid: medicatiefouten, fouten in coördinatie, vermijdbare ziekenhuisopnames, wondinfecties/decubitus;
- effectiviteit: diagnose-/zorgspecifieke uitkomsten, zoals een goede HbA1c-score voor diabetespatiënten (volgens zorgstandaarden) en een goede score op de algemene kwaliteit van leven.

Voor een aantal van deze subdomeinen zullen keuzes worden gemaakt in lijn met de Nederlandse context van de proeftuinen. Zo wordt de effectiviteit van preventie in de literatuur veelal afgemeten aan het percentage vrouwen in een leeftijdsgroep dat is gescreend op borstkanker, of het percentage kinderen dat gevaccineerd wordt tegen bepaalde infectieziekten. Dit zijn landelijke programma's buiten het bereik van de organisaties die deelnemen aan de proeftuinen. Vandaar dat indicatoren moeten worden geselecteerd die binnen het bereik van de proeftuinen liggen. Voor patiëntveiligheid en effectiviteit zal in dat kader meer aandacht zijn voor diagnosespecifieke metingen. Hiervoor is een nadere uitwerking van indicatoren (en beschikbaarheid van informatie in registraties) nodig.

Kosten

Voor het meten van kosten kunnen verschillende categorieën worden onderscheiden (Hakkaart-van Roijen et al., 2010; Tan et al., 2012).

Tabel 15: Kostencategorieën

	Binnen de gezondheidszorg	Buiten de gezondheidszorg
Directe kosten*	Kosten verblijf en behandeling	Tijd- en reiskosten van patiënten; informele zorg
Indirecte kosten**	Zorgkosten in gewonnen levensjaren	Verlies productiviteit door ziekteverzuim

* Kosten die rechtstreeks verband houden met een ziekte of behandeling.

** Kosten als secundair gevolg van een ziekte of behandeling.

In veel studies worden alleen de directe kosten binnen de zorg in kaart gebracht. Ook de IHI-richtlijnen kijken 'alleen' naar directe zorgkosten. In de

landelijke monitor hanteren we waar mogelijk en relevant een bredere blik. De directe zorgkosten kunnen vervolgens nog worden onderverdeeld in categorieën als financieringsbron (bijvoorbeeld Zvw, AWBZ of aanvullende verzekering), type aanbieder (zoals ziekenhuiszorg en huisartsenzorg) of zorgvraag (bijvoorbeeld naar leeftijd of aandoening).



.....

R. Heijink | H.W. Drewes | J.N. Struijs | C.A. Baan

.....

RIVM Rapport 133001002/2014

Dit is een uitgave van:

**Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu (RIVM)**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

april 2014