

Een evaluatie van het Bewustzijnsproject

Hoe houden we de zorg ook in de
toekomst betaalbaar en van hoge
kwaliteit?



Athena Instituut
Vrije Universiteit Amsterdam



We geven steeds meer geld uit aan zorg, en willen bovendien hogere kwaliteit.

Wat kan een geneeskundig specialist hier aan doen? En een specialist in opleiding?

Hoe kunnen we **doelmatiger** werken?

Wat *is* doelmatigheid in de eerste plaats?

Beleidsadvies

Dit beleidsadvies bundelt de resultaten van de evaluatie die door het Athena Instituut (Vrije Universiteit Amsterdam) is uitgevoerd gedurende het Bewustzijnsproject. Het Bewustzijnsproject (BWP) is een driejarig project in opdracht van het College Geneeskundige Specialismen, gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het Athena Instituut heeft de activiteiten binnen het Bewustzijnsproject geëvalueerd en bovendien enkele uitkomstscenario's van een initiatief berekend waarin mogelijke besparingen zichtbaar worden. Uit deze evaluatie zijn vier doelmatigheidspijlers ontwikkeld die een bijdrage hebben geleverd aan het structureel inbedden van doelmatigheid in de Nederlandse zorg, en die gebruikt kunnen worden voor toekomstige doelmatigheidsinitiatieven. Dit project liep van december 2015 tot november 2018.

Colofon

Opdrachtgever

College Geneeskundige Specialismen

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderzoekers:

Gianni van den Braak, MSc

Marjolein Moleman, MSc

Dr. Tjerk Jan Schuitmaker

Projectleider:

Dr. Tjerk Jan Schuitmaker

Athena Instituut, De Boelelaan 1085, 1081 HV Amsterdam

E-mail: t.j.schuitmaker@vu.nl

Vormgeving en redactie:

Gianni van den Braak

© 2018, Vrije Universiteit Amsterdam, College Geneeskundige Specialismen

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de Vrije Universiteit van Amsterdam en het College Geneeskundige Specialismen.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Inhoudsopgave

LIJST VAN AFKORTINGEN	7
SAMENVATTING	8
H1. INTRODUCTIE	13
H2. METHODE VAN EVALUATIE	18
H3. EVALUATIE: DRIE JAAR BEWUSTZIJNSPROJECT	23
H4. PIJLERS	33
4.1 Blijf doelmatigheidsbewustzijn promoten	34
4.2 Creëer een structuur waarin doelmatig werken aangemoedigd wordt.....	36
4.3 Blijf projectmatig werken aan doelmatigheid.....	39
4.4 Genereer bewijs	42
CONCLUSIE	46
REFERENTIES	48

LIJST VAN AFKORTINGEN

AIOS	Arts in opleiding tot specialist
BWP	Bewustzijnsproject
CGS	College Geneeskundige Specialismen
DPB	Deelprojectleiderbijeenkomst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HVCCC	High value cost-conscious care
OOR	Onderwijs- en opleidingsregio
RE	Realist Evaluation
RO	Regulier overleg
VBHC	Value Based Healthcare
VU	Vrije Universiteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

SAMENVATTING

In opdracht van het College Geneeskundige Specialismen heeft het Athena Instituut (Vrije Universiteit (VU) Amsterdam) de activiteiten binnen het Bewustzijnsproject (BWP) reflexief geëvalueerd. Het BWP heeft getracht het bewustzijn rondom kwalitatief hoogwaardige en kostenbewuste zorg (ofwel: doelmatige zorg) op de leer-werkvloer onder huisartsen en andere (jonge) specialisten te verhogen. Om dit te realiseren heeft het BWP o.a. bestaande doelmatigheidsinitiatieven geïnventariseerd, nieuwe initiatieven opgezet en de initiatieven breed verspreid. De evaluatie door Athena had niet alleen als doel deze doelmatigheidsinitiatieven te evalueren, maar ook de implementatie van doelmatigheid op de leer-werkvloer te verbeteren. In de context van de evaluatie zijn vier 'doelmatigheidspijlers' geformuleerd. Deze pijlers zijn bediscussieerd met de betrokken artsen en opleiders om de impact te verhogen, en kunnen gebruikt worden door tweede- en eerstelijnspraktijken om doelmatigheid te verhogen.

Achtergrond Bewustzijnsproject

Het BWP is een reactie op de stijgende zorgkosten, en het tegelijkertijd willen waarborgen van hoogkwalitatieve zorg. In de aanpak van dit probleem kan de arts, in de eerste, tweede of derde lijn, een belangrijke rol spelen op microniveau. Het BWP richt zich daarom op artsen, met name in de opleiding tot specialist, die nu, maar vooral ook in de toekomst, hoogkwalitatieve zorg leveren. De specialistenopleidingen zijn de sleutel naar zorg van hoge kwaliteit in combinatie met beheersing van kosten. Door zich te richten op de jonge artsen probeert het BWP het zorgsysteem te innoveren zodat we ook in de toekomst van kwalitatief hoogwaardige zorg kunnen genieten.

Deze systeeminnovatie is niet vanzelfsprekend, en vanuit opleidersteams is behoefte aan praktische handvatten om doelmatigheid in de opleiding, en de praktijk, te integreren. Het BWP heeft praktische voorbeelden gegenereerd waarbij het opleiden in doelmatig werken werd gefaciliteerd. Bovendien hebben veel aiossen verschillende doelmatigheidsinitiatieven opgezet om zorgprocessen doelmatiger te laten verlopen. Daarnaast richtte het BWP zich op de inbedding van doelmatigheid in de lokale opleidingsplannen en het landelijke opleidingsplan, en een inbedding van het thema in regelgeving en de visitatie van de opleidingen op dit thema.

Evaluatie Athena Instituut

De inspanningen in regionale en landelijke projecten van het BWP zijn geëvalueerd middels documentanalyse, observaties, 47 interviews en reflectiesessies. De evaluatie heeft inzichten verschaft in de facilitators en barrières die het implementeren van doelmatigheid op de leer-werkvloer beïnvloeden. Deze leertrekkingen zijn samengevat in vier centrale thema's die *doelmatigheidspijlers* zijn genoemd. Deze pijlers zijn gebaseerd op ervaringen van aiossen en opleiders die betrokken waren bij de doelmatigheidsinitiatieven. De doelmatigheidspijlers zijn opgedeeld in bouwstenen die concrete handvatten bieden aan aiossen, opleiders, supervisors en andere betrokkenen die willen werken aan het ontwikkelen en implementeren van doelmatigheid op de leer-werkvloer, zie Figuur 1.

<p>1. Blijven werken aan doelmatigheidsbewustzijn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorg voor duidelijk begrip doelmatigheid • Reflectie op medisch handelen • Vergroot de kennis van zorgkosten • Lever kwantitatieve feedback 	<p>3. Zet in op projectmatig werken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliteer gemotiveerde aiossen bij het doen van doelmatigheidsprojecten • Bied de principes van werken op projectbasis aan • Bouw een doelmatigheidsplatform
<p>2. Werken aan de onderliggende structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installeer een doelmatigheidsambassadeur • Discussieer openlijk over doelmatigheid • Nodig aiossen uit hun doelmatigheidsobservaties te delen 	<p>4. Genereer bewijs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leg de contexten en mechanismes van het project vast • Onderzoek kwantificeerbare data • Genereer verschillende scenario's

Figuur 1. De doelmatigheidspijlers en bouwstenen die dienen als handvatten voor aiossen, opleiders, supervisors en andere betrokkenen die willen werken aan doelmatigheid.

De doelmatigheidspijlers kunnen individueel of in groepsverband worden gebruikt. Projectinitiators kunnen de pijlers aan de start van een project gebruiken om de benodigde projectstappen te bepalen. Daarnaast kunnen de doelmatigheidspijlers tijdens de ontwikkeling- en implementatiefase worden toegepast bij het reflecteren op de voortgang van het project: zijn alle beschreven bouwstenen meegenomen in het project? Ten slotte kunnen supervisors of anderen die een rol hebben als projectleider of projectondersteuner de doelmatigheidspijlers gebruiken in gesprekken over het project om ervoor te zorgen dat alle relevante zaken besproken worden. De onderliggende theoretische benadering, dataverzameling en analyse die hebben geleid tot onderstaande vier doelmatigheidspijlers, en het toepassingsgebied van deze pijlers zijn in de volledige rapportage verder uitgewerkt.

Naast deze kwalitatieve evaluatie, heeft het rapport in een kwantitatieve evaluatie aangetoond dat in de tweede en derde lijn grote besparingen bereikt kunnen worden. We hebben op grond van een doelmatigheidsinitiatief scenario's ontwikkeld om de mogelijke kostenbesparingen inzichtelijk te maken. Veel projecten zijn gericht op verschuivingen van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Eén van die projecten is gericht op een verschuiving in de zorg voor alle diabetespatiënten in Nederland. Voor het verschuiven van één consult is berekend dat een half tot 3 miljoen euro bespaard kan worden. De scenario's zijn gebaseerd op hoeveel patiënten geen tweedelijnsindicatie meer hebben en dus terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn.

Toekomstperspectief

Doelmatige zorg leveren is één van de actuele thema's die is voortgevloeid uit het *CanBetter* initiatief. Dat initiatief stelde zichzelf ten doel om de zeven *CanMEDS* competenties van een toekomstig arts beter te vervlechten met de dagelijkse praktijk van klinici. De epidemiologische transitie, waarbij de ziektelast verschuift van infectieziekten naar ziektes gerelateerd aan leefstijl en ouderdom, vraagt om integratie en generalisme in de gezondheidszorg om ontwikkelingen zoals vergrijzing, multi-morbiditeit en een toenemende (complexe) zorgvraag adequaat te kunnen aanpakken. De zorgpraktijk en inhoud van de vervolgoopleidingen kenmerken zich echter in

toenemende mate door sub-specialisering die de muren tussen specialismen en zorglijnen eerder benadrukken dan afbreken.

Binnen het BWP is het als gevolg van bestaande structuren lastig gebleken om alle zorglijnen bij het project te betrekken. Ondanks de sterke wens voor betrokkenheid van alle specialismen, is het slechts één opleidingsregio gelukt om de eerstelijnszorg te betrekken in het BWP. De stappen die binnen het BWP zijn gezet, zijn als gevolg daarvan met name gesitueerd in de tweede- en derdelijnszorg.

De kansen voor een duurzamer zorgsysteem liggen niet alleen binnen muren van het ziekenhuis, maar juist voor een belangrijk deel daarbuiten. De doelmatigheidspijlers vormen hierbij een fundament voor het inbedden van doelmatigheidsbewustzijn in de vervolgopleidingen. Het BWP levert daarmee de basis voor projecten waarbij zorgintegratie van publieke en curatieve zorg ingezet wordt om doelmatigheid in de zorg te verhogen.

Leeswijzer

In opdracht van het College Geneeskundige Specialismen heeft het Athena Instituut (Vrije Universiteit (VU) Amsterdam) de activiteiten binnen het Bewustzijnsproject (BWP) reflexief geëvalueerd. Dit rapport is het resultaat van een drie jaar durende evaluatie van het Bewustzijnsproject.

Hoofdstuk 1 start met een reflectie op het centrale begrip binnen het Bewustzijnsproject 'doelmatige zorg'. In dit hoofdstuk staat beschreven hoe de onderzoekers van het Athena Instituut samen met stakeholders en aan de hand van literatuur het concept doelmatigheid hebben geëxploreerd en gedefinieerd.

Hoofdstuk 2 beschrijft de gebruikte methodes van de evaluatie. Om de verschillende activiteiten van het BWP te kunnen vergelijken en reflexief te evalueren is gebruik gemaakt van een zogenoemde *Realist Evaluation*.

In hoofdstuk 3 leest u een uiteenzetting van wat het BWP heeft bereikt, en wat lessen zijn voor de verdere borging van het project. Daarnaast staat in het hoofdstuk de kwantitatieve evaluatie beschreven. Voor deze evaluatie is een casus uitgewerkt om de mogelijke uitkomsten van het leveren van doelmatige(re) zorg te berekenen. Aan de hand van verschillende scenario's hebben wij uitdrukking gegeven aan de kostenreducties die het doelmatigheidsinitiatief teweeg zou kunnen brengen. Voor toekomstige doelmatigheidsinitiatieven biedt de toepassing van deze 'scenario methodiek' projectinitiators de mogelijkheid om de (mogelijke) uitkomsten van hun doelmatigheidsinitiatief tastbaarder te maken.

In hoofdstuk 4 vindt u het voornaamste deel van de evaluatie in de vorm van vier doelmatigheidspijlers. Deze pijlers zijn gebaseerd op interviews met aiossen die aan doelmatigheidsinitiatieven werkten binnen het Bewustzijnsproject. De doelmatigheidspijlers zijn opgedeeld in bouwstenen die concrete handvatten bieden aan aiossen, opleiders, supervisors en andere betrokkenen die willen werken aan het ontwikkelen en implementeren van doelmatigheidsinitiatieven. Wanneer deze pijlers in ogenschouw genomen worden, kan er gestuurd worden naar een doelmatigheidsstructuur-en cultuur op de leer-werkvloer.

In de referentielijst geven we tenslotte extra literatuursuggesties voor iedereen die meer wil weten over doelmatigheid en/of over het onderzoek waar dit rapport op gebaseerd is.

Het Athena-Instituut

Het Athena Instituut (Vrije Universiteit Amsterdam) onderzoekt de relatie tussen maatschappij en wetenschap – en hoe deze relatie kan worden verbeterd. Een van de expertisegebieden van het Athena Instituut is de gezondheidszorg waarin onder andere veel onderzoek gedaan wordt naar systeeminnovaties (zoals het Bewustzijnsproject). Kwalitatief en kwantitatief onderzoek wordt hierbij vaak gecombineerd.

De kracht van het Athena Instituut is dat het zich niet alleen focust op de analyse van problemen en innovaties, maar gericht is op het verbeteren van de praktijken die onderzocht worden. Hiervoor zijn methodologieën voor kennisintegratie (reflectie en leren) ontwikkeld. De vier doelmatigheidspijlers beschreven in dit rapport zijn daar een voorbeeld van en zijn bedoeld om toekomstige projecten te ondersteunen.

1 Introductie

‘De beste
kwaliteit voor de
beste prijs’

Aanleiding tot het Bewustzijnsproject

Wat is doelmatigheid?

Doelmatigheidsmatrix

H1.

INTRODUCTIE

Aanleiding tot het Bewustzijnsproject

De zorguitgaven stijgen. In euro's, als aandeel van ons nationaal inkomen en als aandeel van de overheidsuitgaven. Dit (inter)nationale verschijnsel kan op den duur voor grote problemen zorgen. Het zorgstelsel staat onder druk, en daarmee ook de kwaliteit van zorg. Hoe kunnen we hoog kwalitatieve zorg beschikbaar houden voor toekomstige generaties?

Grip krijgen op deze stijgende kosten is een complexe uitdaging. In de zoektocht naar oplossingen voor de stijgende kosten is er steeds meer aandacht voor de rol die de arts kan spelen in kostenbesparing op microniveau. Het Bewustzijnsproject (BWP) adresseert bovenstaand probleem dan ook door zich te focussen op diegenen die nu, maar vooral ook in de toekomst de zorg leveren: de specialisten (in opleiding). Dit gebeurt onder het motto *jong geleerd, oud gedaan*. Daarvoor introduceert het de term 'doelmatige zorg'. Het Bewustzijnsproject streeft ernaar om het bewustzijn rondom kwalitatief hoogwaardige en kostenbewuste zorg (ofwel: doelmatige zorg) op de leer-werkvloer onder huisartsen en specialisten te verhogen. Daarnaast richt het project zich op praktische zaken, zoals het bouwen van structuren voor kostenbewustzijn op de leer-werkvloer. Er is behoefte aan praktische handvatten voor opleiderteams om doelmatigheid in de opleiding te kunnen integreren. Het Bewustzijnsproject is een driejarig project in opdracht van het College Geneeskundige Specialismen, gefinancierd door het ministerie van VWS.

Wat is doelmatigheid?

Om ervoor te zorgen dat stakeholders naar een gezamenlijk doel toewerken is een gedeelde visie op het begrip doelmatigheid van cruciaal belang. Echter roept doelmatigheid in de praktijk verschillende ideeën op bij verschillende stakeholders. Daarnaast zijn er meerdere lopende projecten waarin een vergelijkbaar concept centraal staat, denk aan 'verstandig kiezen' en 'value-based healthcare (VBHC)'. Voor aiossen kan het lastig zijn om wéér aan nieuwe projecten te werken. "Komt dit er ook nog bij?" "Wat is dan het verschil tussen doelmatigheid en VBHC?". Juist hierom is het van belang uitgebreid te bespreken wat er bedoeld wordt met doelmatigheid. Zo kun je op zoek gaan naar dwarsverbanden tussen verschillende projecten. Een project over medisch leiderschap of patiëntveiligheid kan bijvoorbeeld goed samengaan met een project over doelmatigheid.

"Bij doelmatigheid moet het dan om een kosten-batenanalyse gaan waarbij kosten vertaald moeten worden als alles wat er nodig is voor een behandeling, dus financiën, tijd, logistiek en middelen, en baten als wat het oplevert voor de patiënt."

Maar wat bedoelen we dan met doelmatigheid? Het BWP conceptualiseert het begrip zelf als 'kostenbewust kwaliteit leveren' en 'de beste kwaliteit voor de beste prijs'. Dit zinspeelt op een tweezang tussen kwaliteit en kosten, op het oog twee bijtende concepten. Het onderliggende idee echter is dat de kwaliteit van zorg substantieel verbeterd kan worden én besparingen kunnen worden gemaakt, wanneer artsen meer aandacht besteden aan het evenwicht tussen waarde van zorg (waarbij het gaat om bijvoorbeeld veiligheid, zinvolheid en effectiviteit) en de kosten (waarbij het gaat om prijs, tijd, fte's of andere resources) (Owens, et al., 2011). Helaas biedt een definitie als deze nog steeds voldoende onderdak aan een hoge mate van subjectiviteit. Immers, waar precies ligt het evenwicht? Bovendien blijft het meten van waarde en kosten van zorg precair (van den Heuvel, et al., 2013; Owens; et al., 2011).

"Wanneer het woord doelmatigheid niet goed wordt uitgelegd en het wordt vertaald naar geld, dan stuiten we op een groot taboe".

Bij de subjectieve balans tussen kosten en waarde van zorg ligt volgens veel aiossen en artsen dan ook een uitdaging. 'Wanneer het woord doelmatigheid niet goed wordt uitgelegd en het wordt vertaald naar geld, dan stuiten we op een groot taboe. Dat roept weerstand op. Uit onze evaluatie blijkt dat het in ieder geval van belang is dat zorgverleners inzien 'dat de middelen in de gezondheidszorg niet oneindig zijn' en 'dat ze bewust en kritisch reflecteren op de medische handelingen die ze uitvoeren'. Veel aiossen gaven bovendien aan dat kwaliteit op de eerste plek blijft staan, en dat, waar mogelijk, kosten bespaard moeten worden. Doelmatige zorg kan dus dure zorg zijn (Owens, et al., 2011). Gebaseerd op bovenstaande concepten kan effectiever gewerkt worden aan doelmatigheid. Desalniettemin blijft het echt meten van doelmatig werken buitengewoon lastig, gezien de complexiteit van de waarde en kosten van zorg. Meer onderzoek hiernaar lijkt noodzakelijk.

Doelmatigheidsmatrix

Zoals hierboven beschreven, bestaan er verschillende ideeën over de betekenis van het begrip doelmatigheid. Daarom is ervoor gekozen om ter voorbereiding aan de dataverzameling een zogenaamde *doelmatigheidsmatrix* te ontwikkelen waarin de twee hoofdcomponenten van doelmatigheid ‘waarde van zorg’ en ‘kosten van zorg’ zijn vertegenwoordigd. Het gebruik van de doelmatigheidsmatrix in deze evaluatie heeft interessante inzichten verschaft over de vertaalslag van doelmatigheid in de zorgpraktijk.

Toelichting matrix

De matrix is tijdens alle interviews als hulpmiddel gebruikt om de vergelijkbaarheid tussen de interviews te waarborgen. De matrix is voorgelegd aan de geïnterviewden met de vraag: “*wat is het beoogde doel van jouw doelmatigheidsinitiatief?*” Hieronder zijn de assen van de doelmatigheidsmatrix toegelicht.

Assen van de doelmatigheidsmatrix

De **horizontale as** van de matrix heeft betrekking op de zorguitkomsten die door een interventie worden geproduceerd en is opgesplitst in 2 concepten:

- ‘*High value care leveren*’ geeft aan dat een doelmatigheidsinitiatief tot doel heeft om effectievere zorg te leveren in vergelijking met bestaande alternatieven met als resultaat dat de zorguitkomsten verbeteren.
- ‘*Low value care verminderen*’ houdt in dat een doelmatigheidsinitiatief tot doel heeft om zorg die geen of marginale positieve zorguitkomsten opleveren te verminderen.

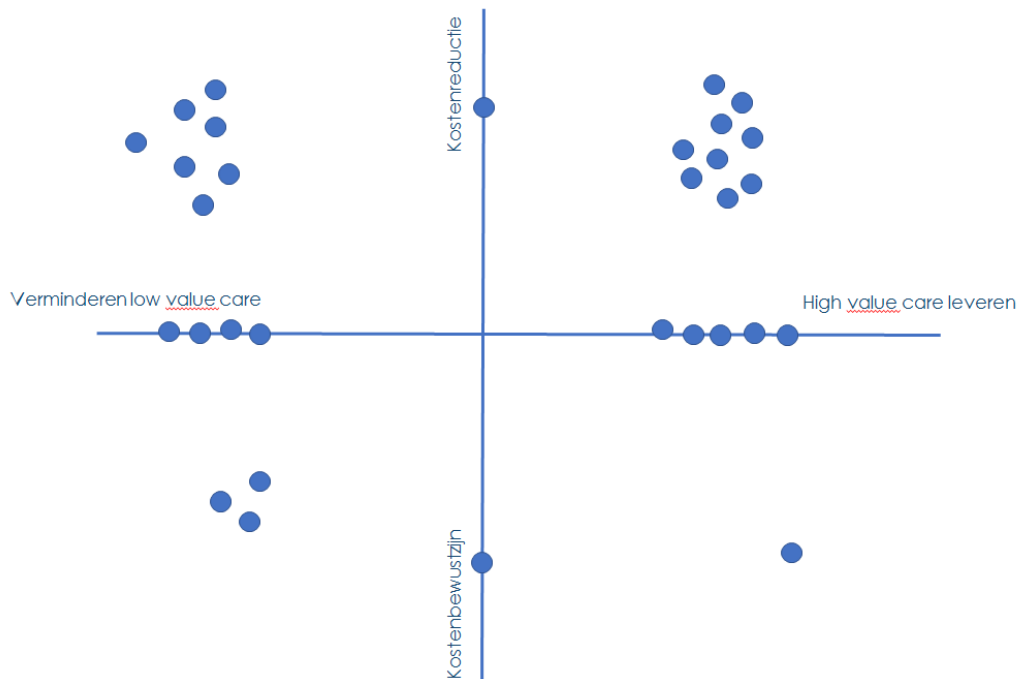
De **verticale as** van de matrix heeft betrekking op de kostencomponent en is opgedeeld in de volgende concepten:

- ‘*Kostenreductie*’ impliceert dat een doelmatigheidsinitiatief tot beoogd einddoel heeft de kosten van zorg te verlagen ten opzichte van bestaande interventies.
- ‘*Kostenbewustzijn*’ legt de focus op het verhogen van het inzicht in de kosten(structuren) van de te leveren zorg als doel van het doelmatigheidsinitiatief.

Vaak wordt het concept ‘*kostenbewustzijn*’ beschouwd als een belangrijke voorganger die nodig is om ‘*kostenreductie*’ (doelbewust) te kunnen bereiken.

Bevindingen matrix

In het figuur hieronder zijn de 31^a initiatieven op de doelmatigheidsmatrix weergegeven.



Opvallende bevindingen met betrekking tot de doelmatigheidsmatrix zijn hieronder samengevat:

- *Focus op kwaliteit én kosten:* De helft van de doelmatigheidsinitiatieven heeft uitkomsten die invloed hebben op kosten(bewustzijn) én waarde van zorg. Binnen deze initiatieven zien aiossen kansen om kwaliteit van zorg te verenigen met een overweging van de zorgkosten.
- *Zorgkosten verminderen door het leveren van doelmatige(re) zorg:* in meer dan de helft van de initiatieven zien aiossen de mogelijkheid om de zorgkosten te reduceren. Wel werd in deze interviews altijd benadrukt dat kosten verminderen zeker niet de primaire intentie moet zijn. De respondenten beschouwden kostenvermindering meer als een wenselijk neveneffect van doelmatiger werken.
- *Onnodige (low-value) care verminderen kan de kwaliteit verhogen:* het verminderen van low-value care werd door een aantal geïnterviewden ook beschouwd als het verhogen van de kwaliteit (high-value care). Onnodige zorg verminderen kan namelijk ook onnodige belasting van patiënten verminderen, bijvoorbeeld door patiëntenzorg dichterbij huis te organiseren of door het aantal (lab-)onderzoeken te verminderen.
- *Weinig focus op kostenbewustzijn:* naar verhouding zijn er weinig doelmatigheidsprojecten die zich richten op het vergroten van het kostenbewustzijn. Dit is opvallend omdat dit vaak wordt beschouwd als een belangrijke eerste stap op om doelmatige(re) zorg te kunnen leveren.

^a Tijdens zes exploratieve interviews met aiossen is de matrix niet gebruikt. Tevens zijn de interviews met opleiders niet vertegenwoordigd in de matrix, omdat deze groep respondenten niet betrokken was bij een specifiek doelmatigheidsinitiatief.

2

Methodologie

‘Wat werkt, voor wie,
en onder welke
omstandigheden?’

Onderzoeksactiviteiten

Methode van evaluatie

Realist Evaluation

H2.

METHODE VAN EVALUATIE

Dit rapport beschrijft de evaluatie dat door het Athena Instituut (Vrije Universiteit) is uitgevoerd gedurende het Bewustzijnsproject (BWP) en presenteert de belangrijkste lessen voor (toekomstige) doelmatigheidsprojecten. Grofweg is dit rapport in twee delen opgesplitst. Het eerste deel is de kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie van de activiteiten binnen het BWP, het tweede deel bestaat uit de daaruit voortvloeiende doelmatigheidspijlers gericht op het ondersteunen van het structureel inbedden van doelmatigheid op de leer-werkvloer binnen de Nederlandse zorg. Hoe we tot deze inzichten zijn gekomen, vindt u in dit deel van het rapport waar de methodologische verantwoording wordt beschreven. Allereerst geven we een schematische weergave van de uitgevoerde onderzoeksactiviteiten, ten slotte gaan we dieper in op de methode achter de evaluatie, de zogenoemde *Realist Evaluation* (RE).

Onderzoeksactiviteiten

Om gedegen inzicht te verwerven in de werkzaamheden rondom het BWP zijn door het Athena Instituut meerdere onderzoeksactiviteiten uitgevoerd die zijn samengevat in Tabel 2.1

Onderzoeksactiviteiten		Periode	Status
Vorbereiding			
1	Literatuuronderzoek (definitie doelmatigheid, theoretisch kader)	2016-2017	Uitgevoerd
2	Ontwikkeling doelmatigheidsmatrix	2017	Uitgevoerd
Reflexieve evaluatie			
3	Het houden en analyseren van 47 interviews met aiossen en opleiders in alle OORs	2016-2018	Uitgevoerd
4	Reflectiesessies tijdens deelprojectleidersbijeenkomsten (DBP) en regulier overleg	2016-2018	Uitgevoerd
Uitkomsten evaluatie			
5	Het formuleren van doelmatigheidspijlers	2017-2018	Uitgevoerd
6	Economische evaluatie van een doelmatigheidsinitiatief	2018	Uitgevoerd
7	Het schrijven van het adviesrapport	2018	Uitgevoerd
8	Het schrijven van wetenschappelijke artikelen	2018	Wordt uitgevoerd

Tabel 2.1 Onderzoeksactiviteiten verricht door onderzoekers van het Athena Instituut.

Vorbereiding

Allereerst heeft er een literatuuronderzoek plaatsgevonden om inzicht te krijgen in het centrale concept doelmatigheid. Hierin zijn alle verschillende termen, definities en invullingen door de relevante actoren in verschillende contexten in ogenschouw genomen. Een kort overzicht hiervan is terug te lezen in hoofdstuk 1 onder het kopje *Wat is doelmatigheid?*.

Het literatuuronderzoek wees uit dat er verschillende ideeën bestaan over de betekenis van het begrip 'doelmatigheid'. Daarom is ter voorbereiding aan de dataverzameling een 'doelmatigheidsmatrix' ontwikkelt waar de twee hoofdcomponenten van doelmatigheid: 'waarde van zorg' en 'kosten van zorg' in zijn vertegenwoordigd. Op pagina's 15 en 16 is de ontwikkeling en toepassing van de doelmatigheidsmatrix verder toegelicht.

Reflexieve evaluatie

Zoals eerder genoemd is het Bewustzijnsproject door de onderzoekers van het Athena Instituut *reflexief geëvalueerd*. Dataverzameling, data-analyse en reflectie op de bevindingen worden binnen deze methode niet gezien als geïsoleerde activiteiten, maar worden juist geïntegreerd.

Dataverzameling

Een aanzienlijk deel van het BWP bestond uit de doelmatigheidsinitiatieven opgestart door aiossen. Het was dan ook een logische stap geweest om deze initiatieven als studieobjecten te gebruiken. Door tijdens de interviews te reflecteren op de doelmatigheidsinitiatieven van de respondenten hebben we inzichtelijk kunnen maken welke factoren een rol spelen bij het bevorderen en/of belemmeren van doelmatige(re) zorg leveren.

Interviews met opleiders (10) gingen in bredere zin over de facilitators en barrières voor het leveren van doelmatige(re) zorg, aangezien opleiders niet direct betrokken waren bij een specifiek doelmatigheidsinitiatief.

<i>Opleidingsregio</i>	<i>Aantal respondenten</i>	<i>Waarvan aiossen</i>	<i>Waarvan opleiders</i>
OOR AMC	10	6	4
OOR Leiden	5	5	0
OOR NON	3	3	0
OOR ON	8	6	2
OOR OZON	2	2	2
OOR Utrecht	7	6	1
OOR ZWN	9	8	1
OOR ZON	3	3	0

Tabel 2.2 Het aantal geïnterviewde respondenten (47) weergegeven per OOR (er is een onderscheid gemaakt tussen opleider of aios).

Reflectie

Tijdens de dataverzameling zijn 6^b reflectiesessies uitgevoerd. De interviewbevindingen werden tijdens deze *reflectiesessies* gepresenteerd aan de aanwezigen. Na afloop van de presentatie vond een discussie over de onderzoeksbevindingen plaats en hadden aanwezigen de kans om vragen te stellen. De reflectiesessies waren er op gericht om de bevindingen verder te verfijnen.

^b In totaal hebben vier reflectiesessies plaatsgevonden tijdens deelprojectleidersbijeenkomsten en twee reflectiesessies tijdens bijeenkomsten van het regulier bewustzijnsproject overleg.

Methode van (reflexieve) evaluatie

Doelmatigheid is een zeer breed begrip en daar kan op verschillende manieren invulling aan worden gegeven. De doelmatigheidsinitiatieven die geanalyseerd zijn, lopen derhalve zeer uiteen op inhoudelijk gebied. Bovendien vonden de diverse projecten in verschillende ziekenhuizen, op verschillende afdelingen plaats. Dat maakt dat er constant gekeken wordt naar projecten waarvan de context zonder uitzondering uniek is.

Realist Evaluation

Om een algemeen beeld te krijgen van de *ins en outs* in het doelmatig werken, is gebruikt gemaakt van een *Realist Evaluation Framework*. Op deze wijze kan de complexiteit van de evaluatie het beste gevat worden. Deze benadering is ontwikkeld door Pawson & Tilly (1997). Daar waar vroegere (experimentele) evaluaties vaak gekenmerkt werden door antwoorden op de vraag 'wat werkt?', geeft een *realist evaluation* voornamelijk antwoord op de vraag 'wat werkt, voor wie, en onder welke omstandigheden?'.

Het uitgangspunt van een *realist evaluation* is dat eenzelfde interventie verschillende uitkomsten kan produceren als deze wordt toegepast in verschillende contexten. Daarom worden niet alleen de interventie zelf, maar ook de contexten en mechanismes onderzocht om beter te begrijpen *hoe* een interventie bepaalde uitkomsten teweeg brengt.

De contextuele factoren zijn omstandigheden waarin een interventie juist wel of niet werkt. Onderliggende processen die worden beïnvloedt door de context, zogenoemde 'mechanismes' beïnvloeden op hun beurt ook de uitkomsten (Pawson & Tilly, 1997). Hoe de context leidt tot een uitkomst vereist een begrip van de processen die daartussen optreden (Dalkin, et al.; 2005). De contexten en mechanismes geven ons informatie wat een positieve invloed heeft op bewust doelmatig denken en werken en wat dit kan hinderen.

Om een transitie naar een doelmatiger systeem te krijgen, is het van cruciaal belang te begrijpen *welke factoren onder welke omstandigheden* binnen de doelmatigheidsinitiatieven van aiossen werken. Door gebruik te maken van een *realist evaluation* hebben we kunnen identificeren welke mechanismen, in welke contexten leiden tot (on)doelmatig gedrag.

3

Evaluatie: drie jaar BWP

‘Doelmatigheid is definitief op de agenda van zorgverleners gezet’

Context van het Bewustzijnsproject

Totstandkoming Bewustzijnsproject

Activiteiten binnen het Bewustzijnsproject

Sterktes en kansen van het Bewustzijnsproject

Aandachtspunten van het Bewustzijnsproject

Bijdrage aan systeeminnovatie

Kwantitatieve evaluatie

Casus: Diabetespatiënten

H3.

EVALUATIE: DRIE JAAR BEWUSTZIJSPROJECT

Dit deel van het rapport beschrijft de globale evaluatie van het drie jaar durende Bewustzijnsproject. De evaluatie is gebaseerd op het bijwonen van deelprojectleiders-bijeenkomsten en OOR-symposia. Daarnaast zijn OOR-bijeenkomsten geobserveerd en is vooraf en gedurende de evaluatie literatuuronderzoek uitgevoerd. Tenslotte zijn 47 interviews gehouden met aiossen en opleiders die zich bezighielden met doelmatigheidsinitiatieven. Op deze wijze is inzicht verkregen in de activiteiten van het Bewustzijnsproject.

Het gaat hier om een evaluatie van een project dat een breed spectrum van onderwerpen, processen en stakeholders bestrijkt. Deze evaluatie doet een uitspraak over het project als geheel, maar heeft zich vooral gefocust op de doelmatigheidsprojecten uitgevoerd door aiossen, aangezien dit volgens ons het meest tastbare resultaat van het BWP is geweest.

Context van het Bewustzijnsproject

Het Bewustzijnsproject heeft van tevoren zichzelf als doel gesteld *aïossen doelmatig te leren denken en werken*. Of, zoals concreter in het projectplan gedefinieerd, *opleidingen te laten beschikken over een arsenaal van (binnen dit project) beproefde methoden en good practices voor het aanleren van kosteneffectief kwaliteit leveren*.

De beoogde resultaten van het BWP zijn opgesplitst in drie deelprojecten, met ieder drie sub thema's:

1. *Kostenbewustzijn en efficiënt organiseren*
 - a. Kosten in beeld
 - b. Kosten vergelijken
 - c. Efficiënt organiseren
2. *Choosing Wisely*
 - a. De dont's
 - b. Gewenste kwaliteit
 - c. Lastige besluitvorming
3. *Risicomanagement en ethiek*
 - a. Risicomanagement ter bescherming patiënt
 - b. Bescherm de patiënt tegen overbodige medicatie
 - c. 'End of Life' in breder perspectief

Deze opsplitsing kan beschouwd worden als een operationalisering van het centrale concept doelmatigheid. Van origine komen deze drie deelconcepten uit het CanBetter-Project, waar het Bewustzijnsproject opvolger van is.

De totstandkoming van het Bewustzijnsproject

Het Bewustzijnsproject is een samenwerking van de acht verschillende opleidingsregio's (OORs) in Nederland. Al deze OORs hadden elk een deelprojectleider die een regionale werkgroep van aïossen, specialisten, opleiders en onderwijskundigen leidt in de ontwikkeling van leerhulpmiddelen en best practices op het gebied van doelmatigheid. De totstandkoming van deze werkgroepen verliep verschillend per OOR. In sommige OORs werden vrij vlot boegbeelden, betrokken opleiders en aïossen aangetrokken. In veel van de OORs verliep dit echter stroef. Sommige regio's hadden grote moeite aïossen aan te trekken en aan het project te binden, anderen hadden dit probleem betreffende opleiders. In een enkele regio ging er meer dan een jaar overheen om een boegbeeld en (betaald) deelprojectleider te vinden.

De verschillende OORs kregen veel vrijheid en ruimte om invulling te geven aan de drie bovengenoemde deelprojecten. Bij veel werkgroepen duurde het enige tijd voordat men een duidelijke visie ten aanzien van het doel van het deelproject had bepaald, en een of meerdere thema's voor het ontwikkelen van projecten in de regio had gekozen. De projectleiders stuurden actief bij toen het derde deelproject (risicomanagement en ethiek) onderbelicht leek te raken.

Versnelling vond plaats wanneer een werkgroep gevormd was en er een gedeelde visie ontwikkeld was over de te ontwikkelen activiteiten.

Activiteiten binnen het Bewustzijnsproject

Om de zes weken vond een zogenaamd deelprojectleidersoverleg plaats waarin de stand van zaken per regio gegeven werd. Op deze wijze vond kruisbestuiving van informatie plaats. Zo wisselde men ervaringen en tips uit, bovendien ontwikkelden ze leerhulpmiddelen die met elkaar gedeeld werden.

Zo heeft iedere OOR heeft in de loop der tijd een eigen vorm gevonden om invulling te geven aan het Bewustzijnsproject. Alle OORs zijn actief aan de slag gegaan om het concept doelmatigheid handen en voeten te geven in hun regio. Er zijn vast en zeker verschillen te vinden in de mate van activiteit per regio, maar met behulp van het Bewustzijnsproject is in ieder geval een beweging gestart waarin het bewustzijn rondom doelmatig werken aangewakkerd is.

Eén van de doelen was het ontwikkelen van een arsenaal aan beproefde methoden en good practices (per OOR) voor het aanleren van doelmatig denken en werken. Deze methoden en good practices (in de vorm van doelmatigheidsprojecten) zijn dan ook de meest tastbare resultaten van het Bewustzijnsproject. In Tabel 3.1 is schematisch weergegeven welke aansprekende producten per OOR zijn geleverd.

Vanwege opstartproblemen zijn veel doelmatigheidsinitiatieven eind 2018 nog in de beginnende fase, dan wel zijn zij hun data aan het verzamelen of analyseren. Dat impliceert dat Athena reflecteert op projecten die nog niet allen volledig afgerond zijn. Bovendien indiceert dit sommige gevonden methoden nog niet *beproefd* zijn, omdat de resultaten nog komen. Veel projecten zijn niet per sé gedurende het bewustzijnsproject ontstaan, maar onder de noemer van het project geschoven zijn. Dit laat zien dat het Bewustzijnsproject onderdeel is van een bredere systeeminnovatie. Op deze manier heeft het reeds bestaande initiatieven verder geholpen.

Enkele projecten en leerhulpmiddelen	
OOR AMC	Teach-the-Teacher-training
OOR Leiden	Quickscan doelmatigheid, digiB: digitale ideeënbus,
OOR NON	Kostenproject
OOR ON	Interactieve zorgkaart GGZ, 2TWNTY4
OOR OZON	RODEO-project
OOR Utrecht	Serious-game DiagnostiGO, Teleconsulting: cardiometabole zorg
OOR ZWN	Online-courses, Kosten-in-kaart, Serious-game
OOR ZON	PROSECCO-studie, Doelmatigheidswizard, De vijf van het bedrijf

Tabel 3.1 Enkele doelmatigheidsprojecten en hulpmiddelen die zijn ontwikkeld per OOR. Het bewustzijnsproject heeft bijna 200 projecten en leerhulpmiddelen gegenereerd. Deze zijn in de beproefde toolbox op www.bewustzijnsproject.nl samengevat.

De afgelopen drie jaar zijn dus bijna 200 projecten en leerhulpmiddelen ontwikkeld binnen het Bewustzijnsproject. Wat waren de sterktes van dit project, en waar liggen kansen? Het meest in het oog springende resultaat is dat middels alle doelmatigheidsprojecten van aiossen, regionale mini-symposia, congressen en het doelmatigheidssymposium het onderwerp doelmatigheid nationale bekendheid heeft gekregen. Als gevolg van de activiteiten is het op agenda's van opleiders en aiossen terecht gekomen. Dat is een eerste zeer cruciale stap op weg naar een cultuuromslag en bredere systeeminnovatie.

Het project mixt een top-down en bottom-up aanpak. Er zijn landelijke congressen over het onderwerp doelmatigheid georganiseerd (met als hoogtepunt het *doelmatigheidssymposium*), en tijdens andere congressen zijn mini-symposia, ronde tafels en workshops aangeboden. Voor de bottom-up aanpak is in iedere OOR een werkgroep in het leven geroepen. Hierin hebben bevlogen aiossen en opleiders gewerkt aan het ontwikkelen van leerhulpmiddelen en methodes om doelmatig te leren werken (zie daarvoor Tabel 3.1). Deze beweging heeft derhalve absoluut het bewustzijn rondom doelmatigheid aangewakkerd en vergroot.

Er is daarbij met name gericht op frontrunners, en dat is goed want daar starten alle systeeminnovaties. Vanuit de theorie over systeeminnovatie kunnen we artsen in opleiding identificeren als de zogenoemde 'frontrunners', een groep actoren die cruciaal zijn om een systeeminnovatie in gang te kunnen zetten. Zij bezitten vaardigheden en eigenschappen om een proces in gang te zetten naar doelmatige zorg.

Het is nu zaak om dat breder te trekken. De verankering van het thema in het onderwijs, zoals beloofd door het BWP, zal daarbij zeker helpen. Binnen de reikwijdte van deze evaluatie is het soms lastig vast te stellen hoe het project in de praktijk landde en welke precieze veranderingen er plaats vinden in het spreken over doelmatigheid. Wel kan gezegd worden dat er grote stappen gezet zijn op het gebied van normaliseren en bespreekbaar maken van het onderwerp doelmatigheid. Dit geldt dan uiteraard voor de opleidingsregio's en afdelingen die binnen de scope van deze evaluatie vielen. Dit zijn grote stappen op weg naar een systeeminnovatie. Om ervoor te zorgen dat er daadwerkelijk een cultuuromslag plaatsvindt naar doelmatig denken en werken, is het van belang onderstaande aandachtspunten kritisch mee te nemen. Bovendien zijn er vier pijlers opgesteld die als handreiking dienen om het doelmatig werken op de leer-werkvloer te integreren.

Aandachtspunten van het bewustzijnsproject

Eerder zijn enkele kritische noten ten opzichte van de doelmatigheidsprojecten benoemd. Om daadwerkelijk een cultuuromslag te bereiken, moeten er enkele extra aandachtspunten aangestipt worden.

Concept doelmatigheid blijft zeer breed

Ondanks dat gedurende het project al veel aandacht besteed is aan de term doelmatigheid blijft hierover veel ambiguïteit bestaan. Het is duidelijk dat het een breed begrip is, waar veel onder geschaard wordt. Doelmatigheid gaat om een (subjectieve) balans tussen kosten en waarde van zorg. Beide begrippen zijn echter grotendeels onbegrepen en zeer lastig te meten. Deze twee

veelomvattende begrippen vereisen verder concretisering alvorens er daadwerkelijk mee aan de slag te kunnen.

Wanneer namelijk een cultuuromslag plaatsvindt, waarin *doelmatig denken en werken* de norm is, moet wel voor iedere actor compleet duidelijk zijn wat hiermee bedoeld wordt. In de introductie is getracht handen en voeten aan het begrip te geven waar alle stakeholders zich in kunnen vinden. Desalniettemin moet meer aandacht besteed worden aan de conceptualisatie van het begrip doelmatigheid. Zo wordt een gedeelde visie gecreëerd wat leidt tot een groter draagvlak.

Proces vs. project

Op dit moment sluiten de ondernomen acties voor een deel aan op de projectdoelen, maar blijft het doel om een cultuurverandering op het gebied van doelmatigheid te weeg te brengen onderbelicht. Hiervoor is vooral *bewustwording* van kosten en kwaliteit van zorg onmisbaar. Dat heeft tijd nodig. Bovendien behoeft het meer een *proces*-aanpak, in plaats van een project-aanpak. In de huidige manier van werken schuilt het gevaar dat aiossen doelmatigheid als een project gaan zien, en het later weer vergeten. De focus zal (nog meer) in de toekomst moeten liggen op de manier waarop over doelmatigheid gedacht en gesproken wordt. Het initiëren van projecten kan hierbij helpen, maar het moet breder getrokken worden. Hier zal specifiekere op worden ingegaan in de beschreven pijlers.

Genereren van bewijs

Voor de verankering van een ontwikkelde toolbox is *bewijs* nodig over de effectiviteit van de inhoud. Immers, het doel van het BWP beschrijft ‘..het ontwikkelen van een waaier aan *beproefde* methoden..’. Kijken we echter naar de doelmatigheidsprojecten gestart door aiossen, dan zien we dat het grotendeel nauwelijks bewijs genereert voor zijn of haar onderzoek. Diegenen die dat wel doen, zitten nog in de beginfasen van hun onderzoek. Wat betreft de ontwikkelde leermiddelen is dit (in sommige gevallen) niet anders. Onze verwachting is dat een gekozen leermiddel met bestaand effectiviteitsbewijs sneller geaccepteerd zal worden door opleiders.

Bijdrage aan systeeminnovatie

Het Bewustzijnsproject heeft bijgedragen aan de systeeminnovatie naar doelmatig denken en werken in de zorg. Het bewustzijn omtrent doelmatigheid is absoluut vergroot onder de deelnemende aiossen en opleiders, de zogenoemde *frontrunners*. Er zijn veel doelmatigheidsprojecten gestart en leerhulpmiddelen ontwikkeld. Bovendien heeft het project landelijk aandacht gekregen, aangezien alle acht OORs aangesloten waren en actief bijgedragen hebben.

Om deze ‘doelmatigheidstrend’ voort te zetten en vooral breder te trekken naar andere stakeholders in ziekenhuizen, is het van cruciaal belang dat het project een goede borging krijgt. De vele leerhulpmiddelen die zijn opgebouwd moeten *een aanjagende rol* krijgen. De doelmatigheidsprojecten zijn daarnaast de meest tastbare resultaten, en waar mogelijk moeten deze uitgerold en overgenomen worden.

Voor een verdere cultuuromslag naar doelmatigheid is meer nodig. Ter ondersteuning hiervan heeft het Athena Instituut vier doelmatigheidspijlers opgesteld waar rekening de zorgverlener rekening kan houden om doelmatigheid in de leer-werkvloer te integreren.

Kwantitatieve evaluatie

Als onderdeel van de evaluatie van het Bewustzijnsproject is een kwantitatieve evaluatie uitgevoerd om de mogelijke uitkomsten van het leveren van doelmatige(re) zorg te berekenen op macro niveau. De vraag die hieraan ten grondslag lag, luidde: *kan* er een rekensom worden uitgevoerd om de potentiële zorgkostenbesparingen van het BWP te berekenen? Omdat het BWP bestond uit verschillende initiatieven was het een uitdaging om te laten zien wat het project in algemene zin had opgeleverd. Daarom is gekozen om aan de hand van verschillende scenario's uitdrukking te geven aan de kostenreducties die doelmatigheidsinitiatieven teweeg *zouden* kunnen brengen.^c



Voor toekomstige doelmatigheidsinitiatieven biedt de toepassing van deze 'scenario methodiek' projectinitiators de mogelijkheid om (in dit geval) de financiële macro effecten van een doelmatigheidsinitiatief op micro niveau tastbaarder te maken. Het kunnen tonen van (mogelijke) uitkomsten van doelmatigheidsinitiatieven is ook als een onmisbare stap geïdentificeerd in de kwalitatieve evaluatie. De vierde doelmatigheidspijler 'Genereer bewijs' licht de achtergrond hiervan verder toe.

Selectie initiatief

Het project is geselecteerd op basis van drie gestelde vragen.

1. Ziet de respondent zelf een mogelijkheid tot kostenbesparing als uitkomst van zijn/haar project?
2. Heeft de respondent zelf een plan om de kostenreductie te kunnen berekenen. Of in ieder geval, kan de respondent benoemen welke variabelen in de berekening moeten worden geplaatst?
3. Kunnen wij een berekening maken op basis van beschikbare, landelijke gegevens? En kunnen we daarmee een inschatting maken van mogelijke projectuitkomsten?

Deze vragen zijn als leidraad gebruikt om tot een geschikt doelmatigheidsinitiatief te komen voor een potentiële kostenreducties te berekenen. De eerste vraag werd door 17 respondenten bevestigend beantwoord, zoals te zien is in de doelmatigheidsmatrix op pagina 16. Vervolgens bleek dat alle initiatieven nog niet in de fase waren om daadwerkelijk een kostenreductie uit te rekenen. Daarom is met behulp van vraag 3 gekeken of wij als onderzoekers met beschikbare data wél een inschatting konden maken van een potentiële kostenreductie voor een initiatief. Op deze wijze zijn we terechtgekomen bij een casus waarin diabetespatiënten van de tweede naar de eerste lijn kunnen worden verschoven.

^c Bij bespreking van deze scenario's met het College, op 16 januari 2019, Domus Medica te Utrecht, gaf het College te kennen dat deze scenario's geen correcte bedragen weergeven omdat de diabeteszorg op een complexere manier georganiseerd is. Dit onderschrijven wij, zie ook de door ons beschreven beperkingen. De gepresenteerde bedragen zijn slechts indicatief voor mogelijke besparingen, maar laten niettemin de enorme potentie van doelmatiger werken zien.

Casus: Diabetespatiënten van de 2^e naar de 1^e lijn (B. Sjouke & S.E. Geerlings)

Naar schatting worden er in Nederland ongeveer 117.000^d diabetes type 2 patiënten in de 2^e lijn behandeld (Vektis, n.d.). Een doelmatigheidsinitiatief toetste aan de hand van de Landelijke Transmurale Afspraken (LTA) of diabetes type 2 patiënten op de polikliniek interne geneeskunde nog een medische indicatie hebben om in de 2^e lijn behandeld te worden en welke patiënten zouden kunnen worden terugverwezen naar de huisarts.

De in Tabel 3.2 aangegeven cijfers zijn het landelijk aantal patiënten.

Grootheid	Symbool	Waarde
Diabetespatiënten (type 2) in de 1 ^e lijn	N_1	729.000
Diabetespatiënten (type 2) in de 2 ^e lijn	N_2	90.000
Diabetespatiënten (type 2) in de 1 ^e en 2 ^e lijn	N_{12}	27.000
Gemiddelde kostprijs poliklinisch consult interne (2e lijn)	P_2	€100,- ^e
Gemiddelde prijs consult huisarts (1e lijn)	P_1	€9,- ^f

Tabel 3.2 Voor de berekening zijn twee grootheden nodig: het aantal diabetespatiënten in de verschillende lijnen, en de kosten van de consulten in die lijnen.

In Tabel 3.3 is geschetst hoe een doelmatigheidsinitiatief de relevante variabelen voor de berekening kan identificeren. Tabel 3.3 is ingevuld aan de hand van deze specifieke casus.

Categorieën scenarioberekening	Variabelen
<i>Populatie</i>	117.000 diabetes type 2 patiënten in de 2e lijn (N_2+N_{12})
<i>Gezondheidsvoordelen</i>	Zorg op de juiste plaats
<i>Gezondheidsnadelen</i>	-
<i>Netto gezondheidsresultaat</i>	-
<i>Geschatte kosten</i>	Kostenbesparing: $(P_2-P_1) * \text{aantal terugverwijzingen}$
<i>Classificatie van doelmatigheid</i>	De interventie levert zorg van dezelfde kwaliteit, maar tegen lagere kosten.

Tabel 3.3 Variabelen voor een scenarioberekening. De ontwikkeling en toepassing van de scenariomethodiek staat verder toegelicht op pagina 44.

^d In 2013 schatte Vektis het aantal diabetespatiënten in de zorg op 940.000. Ongeveer 90% van de totale diabetes patiëntenpopulatie heeft diabetes type 2 (Diabetesvereniging Nederland, n.d., Stumvoll, et al., 2005; Volksgezondheidszorg.info, n.d.). De berekening is gebaseerd de diabetes prevalentie van 2013, gecorrigeerd voor het aantal diabetes type 2 patiënten.

^e Dit is de gemiddelde kostprijs van een poliklinisch consult interne geneeskunde in Nederlandse ziekenhuizen.

^f Het maximumtarief voor een huisartsconsult regulier is €9,23 (Independer, n.d.). Aangenomen dat de gemiddelde kostprijs lager ligt, bepalen we de prijs voor de scenarioberekening conservatief op €9,-.

Om tot een berekening van het scenario te komen hebben we o.a. de omvang van de doelpopulatie vastgesteld a.d.h.v. openbare data (Vektis, n.d.). De doelpopulatie betrof in deze casus diabetes type 2 patiënten die (onder andere) in de tweede lijn worden behandeld (N_2 en N_{12}). Om de potentiële impact van het doelmatigheidsinitiatief te berekenen zijn de prijzen van een consult in de 2^e en 1^e lijn met elkaar vergeleken.

Voor het inschatten van een potentiële kostenreductie hebben we 3 scenario's opgesteld, waarin we aannames hebben gemaakt over het aantal diabetes type 2 patiënten dat als gevolg van de interventie wordt terugverwezen naar de eerste lijn.

Scenario 1: Mogelijk terugverwijspercentage 5%

$$\begin{aligned} \text{Potentiële Kostenreductie} &= 0,05P_2 (N_{12}+N_2) - (0,05P_1(N_{12}+N_2)) \\ &= 585.000 - 52.650 \\ &\approx \text{€}532.000 \end{aligned}$$



Scenario 2: Mogelijk terugverwijspercentage 15%

$$\begin{aligned} \text{Potentiële Kostenreductie} &= 0,15P_2 (N_{12}+N_2) - (0,15P_1(N_{12}+N_2)) \\ &\approx \text{€}1.597.000 \end{aligned}$$



Scenario 3: Mogelijk terugverwijspercentage 30%

$$\begin{aligned} \text{Potentiële Kostenreductie} &= 0,30P_2 (N_{12}+N_2) - (0,30P_1(N_{12}+N_2)) \\ &\approx \text{€}3.194.000 \end{aligned}$$



Scenario 1: Als gevolg van de interventie kan 5% van de polikliniekpatiënten met diabetes type 2 terug worden verwezen naar de huisarts. Dit zijn landelijk 5850 patiënten. We berekenen de besparing indien er voor deze populatie 1 consult van de 2e naar de 1e lijn verschuift. De kosten per consult verschuiven van de 2^e lijn (100 euro per consult) terug naar de eerste lijn (9 euro per consult). Dit zou betekenen dat bij landelijke implementatie een kostenbesparing van 532.350 euro wordt geproduceerd.

Scenario 2: Als gevolg van de interventie kan 15% van de polikliniek patiënten met diabetes type 2 terug worden verwezen naar de huisarts. Dit zijn landelijk 17.550 patiënten. We berekenen de besparing indien er voor deze populatie 1 consult van de 2e naar de 1e lijn verschuift. De kosten per consult verschuiven van de 2^e lijn (100 euro per consult) terug naar de eerste lijn (9 euro per consult). Dit zou betekenen dat bij landelijke implementatie een kostenbesparing van 1.597.000 euro wordt geproduceerd.

Scenario 3: Als gevolg van de interventie kan 30% van de polikliniek patiënten met diabetes type 2 terug worden verwezen naar de huisarts. Dit zijn landelijk 35.100 patiënten. We berekenen de besparing indien er voor deze populatie 1 consult van de 2e naar de 1e lijn verschuift.. De kosten per consult verschuiven van de 2^e lijn (100 euro per consult) terug naar de eerste lijn (9 euro per consult). Dit zou betekenen dat bij landelijke implementatie een kostenbesparing van 3.194.000 euro wordt geproduceerd.

Beperkingen scenarioberekening

Het gebruikte model is een versimpeling van de complexe uitvoerings- en kostenstructuur.

- Voor deze berekening hebben we ons moeten baseren op beschikbare informatie. Dit heeft geleid tot een vergelijking van een poli consult kostprijs met een maximum tarief voor een huisartsconsult. De vergelijking is niet op dbc-niveau gedaan aangezien er zeer veel verschillende zorgproductcodes voor diabetes bestaan, bovendien zijn de kostprijzen voor de aanwezige zorgactiviteiten binnen ketenzorg meestal niet openbaar, of onbekend.
- We hebben dus alleen eenheden die vindbaar zijn geselecteerd en vergeleken. Het vergelijken van 2 consultprijzen is een versimpelde versie van de werkelijkheid. De bekostiging en declaratie van zorgkosten in de 2^e en 1^e lijn is echter anders geregeld. In de 2^e lijn worden een pakket van zorgactiviteiten in bundels van zorgactiviteiten gedeclareerd voor een gekoppelde dbc prijs. In de 1^e lijn worden zorgactiviteiten juist los geregistreerd en gedeclareerd. In realiteit is een vergelijking tussen deze twee lijnen (voor zover dus mogelijk) veel gecompliceerder. Aangezien de berekening gericht is op het laten zien wat *de potentiële kostenreductie* zou kunnen zijn op macro niveau, wanneer zorg van de tweede naar de eerste lijn wordt verschoven, is het doorgerekende voorbeeld illustratief.
- Om niet meer dan het effect van het doel van de interventie te evalueren hebben we andere zorgactiviteiten buiten beschouwing gelaten, zoals de zorg door een diabetes verpleegkundige, onderzoeken e.d.
- De keuze om de besparing als gevolg van 1 consult-verschuiving te berekenen is een zeer conservatieve schatting van mogelijke besparingen, aangezien patiënten meerdere consulten, al dan niet binnen één jaar zullen hebben.
- In soortgelijke doelmatigheidsprojecten waarin 'juiste zorg op de juiste plaats' centraal stond door patiënten zo veel (als medisch) mogelijk in de eerste lijn te behandelen werd benoemd dat het monitoren van de verwachtingen en uitkomsten in de eerste lijn van groot belang is om onwenselijke uitkomsten te voorkomen of te verminderen. Een toename van de werkdruk onder huisartsen en/of overbelasting van huisartsen werden als mogelijke gevolgen genoemd. Daarnaast kan de complexiteit van zorg in de eerste lijn toenemen, die meer consulttijd, meer kennis en mogelijk ook additionele scholing van huisartsen vraagt.

4

Pijlers

‘Hoe zorgen we voor een systeeminnovatie naar doelmatigheid in de zorg?’

Pijlers voor doelmatigheid in de zorg

1. Blijf doelmatigheidsbewustzijn promoten
2. Creëer een structuur waarin doelmatig werken aangemoedigd wordt
3. Blijf projectmatig werken aan doelmatigheid
4. Genereer bewijs

H4.

PIJLERS

Pijlers voor doelmatigheid in de zorg

Er bestaat geen handleiding om doelmatigheid in de Nederlandse zorg en opleidingen te integreren. In plaats daarvan biedt dit rapport vier 'doelmatigheidspijlers' waar zorgverleners en opleiders tenminste aandacht aan moeten besteden om hun project effectief en duurzaam te maken. Deze pijlers zijn gebaseerd op de analyse van de interviews met aiossen die aan doelmatigheidsinitiatieven werkten, ondersteund door literatuuronderzoek en getoetst in de deelprojectleidersbijeenkomsten en in de reguliere overleggen van het BWP. Een systeemverandering is ingrijpend, en heeft aanpassingen nodig in de manier van organiseren, denken en doen van organisaties en individuen. Wanneer deze pijlers in ogenschouw genomen worden, kan er (langzaam) gestuurd worden naar een doelmatigheidsstructuur-en cultuur op de leer-werkvloer.

De doelmatigheidspijlers zijn opgedeeld in bouwstenen die concrete handvatten bieden aan aiossen, opleiders, supervisors en andere betrokkenen die willen werken aan het ontwikkelen en implementeren van doelmatigheidsinitiatieven. De doelmatigheidspijlers kunnen individueel of in groepsverband worden gebruikt. Projectinitiators kunnen de pijlers aan de start van een project gebruiken om de benodigde projectstappen te bepalen. Daarnaast kunnen de doelmatigheidspijlers tijdens de ontwikkeling- en implementatiefase helpen bij het reflecteren op de voortgang van het project: zijn alle beschreven bouwstenen meegenomen in het project? Ten slotte kunnen supervisors of anderen die een rol hebben als projectleider of projectondersteuner de doelmatigheidspijlers gebruiken in gesprekken over het project om ervoor te zorgen dat alle relevante zaken besproken worden.

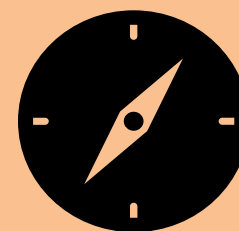
Hieronder zullen de doelmatigheidspijlers uitgewerkt worden aan de hand van verschillende bouwstenen. Waar mogelijk zullen voorbeelden uit de praktijk worden toegevoegd.

De vier doelmatigheidspijlers

- 4.1 Blijf doelmatigheidsbewustzijn promoten
- 4.2 Creëer een structuur waarin doelmatig werken aangemoedigd wordt
- 4.3 Blijf projectmatig werken aan doelmatigheid
- 4.4 Genereer bewijs

4.1 Blijf doelmatigheidsbewustzijn promoten

De gedachtewerelden rondom kosten en kwaliteit van zorg dienen bij elkaar gebracht te worden. Dit houdt in dat artsen (in opleiding) een constante, bewuste afweging tussen deze twee aspecten bij medische beslissingen moeten maken. Om deze doelmatigheidsaspecten in het bloed van de arts te brengen, heeft het Bewustzijnsproject zich allereerst hoofdzakelijk geconcentreerd op het verspreiden van bewustzijn van de relevantie van doelmatig werken.



Om deze pijler verder te concretiseren, zijn *vier bouwstenen* gedefinieerd. Deze bouwstenen beschrijven strategieën om inzicht en kennis te krijgen in verschillende vormen van ondoelmatigheid. De pijler is een eerste stap om artsen te motiveren en te enthousiasmeren om doelmatig te werken.

BOUWSTEEN 1: ZORG VOOR DUIDELIJK BEGRIP VAN DOELMATIGHEID

Om een systeeminnovatie te bewerkstelligen waarin doelmatig werken de norm is, lijkt het van belang om allereerst een gemeenschappelijke visie op het begrip doelmatigheid te creëren. Alle aiossen en opleiders gaven aan dat doelmatigheid niet enkel en alleen over kosten moet gaan. Wanneer de nadruk teveel op kosten komt te liggen, kan er de angst ontstaan dat artsen (in opleiding) niet meer optimaal kunnen doen wat zij behoren te doen: patiënten helpen. Dit gevoel van beperking moet vermeden worden, in plaats daarvan moet doelmatigheid geconceptualiseerd worden als een proces waarin artsen actief reflecteren op hun keuzes en deze kunnen verantwoorden, daarbij in beschouwing nemende de kwaliteit en waar mogelijk ook kosten.

BOUWSTEEN 2: REFLECTIE OP MEDISCH HANDELEN

Zoals aangegeven in de eerste bouwsteen zijn reflectie en verantwoording van cruciaal belang in het doelmatig werken. Uit de interviews kwam echter naar voren dat veel aiossen niet actief reflecteren op kosten en kwaliteit gedurende beslissingen. Reden hiervoor is dat zij een hoge productie moeten draaien. Veel keuzes zijn daardoor gebaseerd op routine. Bovendien gaven opleiders aan dat het *verantwoorden van hun keuzes* bij een aanzienlijk deel van de artsen kan leiden tot weerstand.

Om bovenstaande te verenigen, wordt de suggestie gedaan dat *de opleiding* artsen kan leren meer gebruik te maken van klinische richtlijnen in de medische besluitvorming. Richtlijnen ondersteunen artsen bij het selecteren van doelmatige zorg. Door tijttekort en de vele richtlijnen wordt dat nu vaak nog onvoldoende gedaan. Een aios gaf daarom aan dat het handig zou zijn als er meer aandacht wordt besteed in de opleidingen aan het in kaart brengen van de relevante richtlijnen binnen de discipline en aiossen te leren hoe zij deze richtlijnen in de praktijk moeten gebruiken.

BOUWSTEEN 3: VERGROOT DE KENNIS VAN ZORGKOSTEN

Een logische stap in het doelmatig werken is weten wat de kosten zijn van de behandelingen die je uitvoert. Uit een aanzienlijk deel van de interviews blijkt echter dat veel artsen (in opleiding)

hier nauwelijks wetenschap van hebben. Bovendien zijn veel niet goed op de hoogte van de financiële structuur van de Nederlandse zorg.

Hier komt bij dat sommige dokters het oneens zijn met de stelling dat artsen zich bezig moeten houden met de kosten van de zorg die zij leveren. Een enkeling gaf aan het gevoel te hebben te worden veroordeeld wanneer deze zich bezighield met kosten van zorg.

Door deze kostenkennis te vergroten, kan er een verandering plaatsvinden naar doelmatigere zorg, en wel om de volgende redenen. Allereerst leidt het hebben van kennis over kosten tot kritischer gedrag ten opzichte van de noodzaak van bepaalde interventies. Ten tweede kan de kennis leiden tot vermindering van *low-value care*: wanneer het aanvragen van extra lab-testen niet opweegt tegen de extra waarde van die zorg. Tenslotte is het ook een instrument voor artsen om investeringen in duurdere zorg te verantwoorden wanneer dat leidt tot betere zorg.

BOUWSTEEN 4: LEVER KWANTITATIEVE FEEDBACK

Er werd bepleit dat specialisten (in opleiding) geconfronteerd moeten worden met kwantitatieve data van bijvoorbeeld hun eigen aanvraagdgedrag. Belangrijk hierin is dat veel specialisten (in opleiding) wellicht denken doelmatige zorg te leveren, terwijl dat niet zo is. Hieronder zijn enkele handvatten genoteerd waar op gelet moet worden wat betreft de kwantitatieve feedback.

“Het zou interessant zijn maandelijks een soort overzicht te krijgen waarin ik kan zien welke kosten ik heb gemaakt.”

- Creëer een leercultuur waarin kwantitatieve feedback geïntegreerd is. Het is van cruciaal belang dat de data constructief gebruikt worden en gericht zijn op verbetering.
- Velen gaven aan dat er ‘werkelijke data’ van de afdeling of het individu getoond moeten worden, het liefst niet geanonimiseerd. Het gebruik van ‘werkelijke data’ is volgens respondenten effectiever in het aanwakkeren van een urgentiegevoel bij artsen (in opleiding) dan het gebruik van gesimuleerde data.
- Kwantitatieve data moeten altijd gepresenteerd worden in een referentiekader. Zo ontstaat de mogelijkheid te benchmarken.
- Organiseer opleidingsmeetings waarin discussie over de kwantitatieve data tussen collega’s gepromoot wordt. Op deze wijze zorg je ook voor constructief gebruik en worden artsen (in opleiding) aangespoord om opgedane inzichten over hun eigen gedrag te vertalen in concrete verbeteracties.
- Identificeer de partijen binnen het ziekenhuis die de data kunnen leveren. Vaak zijn dit de afdelingen Planning & Control en Zorgadministratie. Externe partijen kunnen ook de benodigde informatie leveren, maar het is nog beter de kennis binnen het ziekenhuis te houden en interne partijen uit te nodigen om onderwijs te verzorgen zodat huidige inefficiënties verminderd kunnen worden.
- Zorg ervoor dat de data op een frequente basis getoond worden. Dit vanwege twee redenen. Allereerst gaven aiossen aan dat om bewustzijn van doelmatigheid te creëren herhaling noodzakelijk is. Ten tweede kan er bepaald worden of de strategieën om doelmatiger te werken daadwerkelijk effectief blijken.

4.2 Creëer een structuur waarin doelmatig werken aangemoedigd wordt

Een cruciale pijler om het gedachtegoed rond kostenbewust kwaliteit leveren op de leer-werkvloer te kunnen integreren, is het creëren van de juiste structuur om doelmatig te werken. Uit de evaluatie kwam naar voren welke 'structurelementen' in de huidige zorg doelmatig werken in de weg staan. De bouwstenen hieronder geven aan welke structuur gebouwd moet worden zodat een systeeminnovatie kan plaatsvinden.



De supervisor van de aiossen speelt hierin een grote rol. Zonder uitzondering gaven alle artsen in opleiding aan dat een betrokken en enthousiaste supervisor bepalend is in het aanzetten tot doelmatiger gedrag. Om deze pijler verder te concretiseren, zijn hieronder *drie bouwstenen* gedefinieerd.

BOUWSTEEN 1: INSTALLEER EEN DOELMATIGHEIDSAMBASSADEUR

Doelmatigheidsambassadeurs functioneren als katalysator om een systeeminnovatie naar doelmatige zorg te bespoedigen. Supervisors worden gezien als geschikte personen om deze rol in te vullen. Enthousiaste en betrokken supervisors hebben een grote invloed op de aiossen. Door een stimulerende omgeving te creëren, motiveert de opleider de verschillende aiossen om zelf initiatieven op te pakken en uit te voeren. Bovendien menen aiossen sneller ondoelmatige processen te identificeren wanneer zij een enthousiaste supervisor hebben die doelmatigheid actief in de opleiding incorporeert.

De respondenten gaven aan dat een effectieve doelmatigheidsambassadeur aan bepaalde aspecten moet voldoen. De volgende **zeven aspecten** zijn vastgesteld.

1. Door het geven van presentaties en houden van meetings zorgt de doelmatigheidsambassadeur ervoor dat opleiders en aiossen constant de relevantie van doelmatigheid inzien.
2. De doelmatigheidsambassadeur fungeert als een rolmodel. De status van de opleider, een persoon waar aiossen tegenop kijken, legitimeert de relevantie van doelmatigheid.
3. De ambassadeurs zijn op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen omtrent doelmatigheid. Ze zijn goed geïnformeerd over lopende projecten die doelmatigheid hoog in het vaandel hebben staan.
4. Een ambassadeur is er om aiossen aan te moedigen hun intrinsieke motivatie te volgen en de gezondheidszorg te verbeteren in termen van doelmatigheid. Ze helpen aiossen om doelmatigheid te includeren in hun persoonlijke carrière. Bovendien helpt de ambassadeur de ambities om te zetten in daadwerkelijke acties zoals een doelmatigheidsproject.
5. *Tijd* is een schaars goed. De ambassadeur helpt de aiossen een deel van de agenda schoon te houden voor eventuele doelmatigheidsprojecten.
6. De doelmatigheidsambassadeurs hebben vaak een groot netwerk (binnen en buiten het ziekenhuis). Hiervan kan gebruik gemaakt worden wanneer bepaalde stakeholders nodig zijn voor een doelmatigheidsproject.

7. De doelmatigheidsambassadeur organiseert bijeenkomsten en symposia waar ze projectleiders uitnodigen om ideeën en/of resultaten te presenteren. Toeschouwers kunnen hun projectleiders voorzien van feedback en ideeën waardoor zij hun project verder kunnen verfijnen. Ter afsluiting van de bijeenkomst kan een plenaire brainstormsessie worden gestart waarbij aiossen nieuwe ideeën voor doelmatigheidsprojecten met elkaar kunnen delen die zij naar aanleiding van de bijeenkomst hebben opgedaan.

BOUWSTEEN 2: DISCUSSIEER OPENLIJK OVER DOELMATIGHEID

Om een structuur te bouwen waarin doelmatige zorg de norm is, is het van belang dat er openlijk gediscussieerd kan worden over doelmatigheid. In veel van de ziekenhuizen is dat nog lastig. Aiossen geven aan dat dit aan de volgende redenen ligt.

1. De hiërarchische structuur – die weliswaar steeds vaker verdwijnt – is nog steeds in bepaalde vorm aanwezig in ziekenhuizen. Een aios vindt het hierdoor lastig zaken als doelmatigheid aan te kaarten bij supervisors, ook al laten opleiders weten ‘dat de deur altijd open staat’.
2. Aiossen hebben het gevoel dat ze in staat moeten zijn om zélf medische beslissingen te maken, zoals het aanvragen van laboratoriumonderzoeken. Aiossen hebben hierdoor de neiging om ‘zoiets basaal als lab-aanvragen’ zelf te regelen. Bovendien wil een aios niet gezien worden als ‘iemand die iedere dag twintig vragen stelt’. Het voorbeeld in de grijze box illustreert op treffende wijze het belang van een openlijke discussie over doelmatigheid.
3. Een aios is in essentie onervaren, hierdoor vragen ze overmatig veel lab-testen aan om ‘alles uit te kunnen uitsluiten’. Net als punt 2 resulteert dit in ondoelmatig gedrag. Veel aiossen zullen dit niet aankaarten in overleggen met hun opleider.

Om ervoor te zorgen dat er een structuur ontstaat waarin openlijk over (on)doelmatigheid gediscussieerd wordt, is het van belang dat opleiders *actief* doelmatigheid bespreken met aiossen. Alleen melden ‘dat de deur openstaat’ blijkt vanwege bovenstaande barrières niet genoeg. Opleiders moeten doelmatigheid als een vast onderwerp laten terugkomen tijdens momenten van interactie met aiossen, zoals overdrachtsbesprekingen en MDO’s. Op deze wijze kunnen ze het patroon van teveel lab-aanvragen doorbreken. Bovendien leert het de aiossen direct om kritisch te reflecteren op de medische noodzaak van bepaalde aanvragen.

Voorbeeld uit praktijk: lab-aanvragen

“Het is eigenlijk een beetje een taboe om met je supervisor het over zoiets basaals als lab te hebben, als je overlegt dan overleg je even met collega-aiossen in plaats van met de internist. Het is maar net hoeveel moeite je er dan zelf [als aios] voor wilt doen om het daar met je supervisor over te hebben. Maar die mogelijkheid is er altijd (..) ik zou het zelf nog wel als een drempel voelen als je eerder op de dag supervisie hebt gehad en denkt: "ah, vergeten te vragen voor [die labuitslag]", dan ga ik er niet apart voor bellen (..) in theorie moet dat [het stellen van vragen, red.] altijd kunnen. Hoe erg je het in dank wordt afgenomen dat is natuurlijk een tweede.”

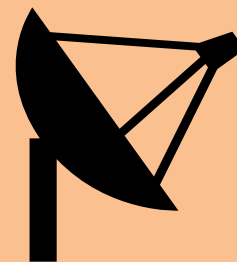
BOUWSTEEN 3: NODIG AIOSSEN UIT HUN DOELMATIGHEIDSOBSERVATIES TE DELEN

Eén van de kenmerken van aiossen is dat zij in een korte tijd veel verschillende ziekenhuizen aandoen met als gevolg dat ze goed vergelijkingsmateriaal hebben. Met de bijbehorende frisse blik zijn zij beter dan anderen in staat ondoelmatigheid te lokaliseren. Er wordt daarom voor gepleit om de visie van aiossen beter te benutten.

Men moet zich wel bewust zijn dat juist vanwege deze korte doorlooptijd er gewaakt moet worden voor de volgende twee zaken. In sommige ziekenhuizen worden aiossen gezien als ‘gast’. Gevolg is dat ze bijvoorbeeld niet worden toegelaten tot bepaalde stafvergaderingen. Hierdoor wordt een kans gemist om draagvlak te creëren in doelmatigheid, en missen aiossen een kans om zich te verdiepen in wat er speelt op de afdeling. Daarenboven kunnen artsen in opleiding een bepaald ‘sentiment’ met het ziekenhuis missen doordat ze kort op de afdelingen zijn. Sommigen zullen zich hierdoor minder verantwoordelijk voelen: ‘na zes maanden ben ik toch weer weg’. Bepaalde observaties m.b.t. (on)doelmatigheid zullen daardoor verloren gaan. Bovendien zullen er aiossen zijn die door de hiërarchie minder snel doelmatigheidskwesties aan de kaak stellen. Des te meer reden om aiossen actief uit te nodigen dit wel te doen.

4.3 Blijf projectmatig werken aan doelmatigheid

Zoals beschreven in de evaluatie heeft het Bewustzijnsproject vooral geholpen in het starten en het financieel ondersteunen van doelmatigheidsprojecten van aiossen. Deze projecten werden gestart door gemotiveerde aiossen met een intrinsieke motivatie voor doelmatigheid, de zogenoemde frontrunners. Deze pijler gaat over het voortzetten van dit soort projecten zodat een systeeminnovatie naar doelmatigheid gerealiseerd kan worden.



Uit de literatuur blijkt dat *frontrunners* van cruciaal belang zijn om een systeeminnovatie in gang te zetten. Zij bezitten vaardigheden en eigenschappen om een proces in gang te zetten naar doelmatiger werken. Door het doen van projecten raken ze ontvankelijk voor doelmatigheid, en integreren ze dat ook in hun dagelijks werken. Tenslotte ontwikkelen anderen die betrokken zijn bij dit soort projecten ook een doelmatigheidsbewustzijn. Om deze pijler verder te concretiseren, zijn hieronder *drie bouwstenen* gedefinieerd.

Mogelijke risico's

Voordat de bouwstenen beschreven worden, moeten enkele opmerkingen m.b.t. projectmatig werken gemaakt worden. Sommige respondenten zetten hun vraagtekens bij het tijdelijke karakter van projectmatig werken. Een écht bewustzijn van doelmatig werken zou hierdoor niet kunnen ontstaan. Bovendien vroegen enkelen zich hardop af of het mogelijk is een verandering naar doelmatige zorg te ontwikkelen binnen de reikwijdte van een project.

“Het risico van het doen van projecten kan zijn dat mensen denken ‘ik doe even een klein project over doelmatigheid, en daarna is het klaar. We moeten ons focussen op het inbedden van doelmatigheid in de manier hoe artsen/aiossen denken en handelen in de dagelijkse praktijk.”

Een én-én-benadering is daarom nodig. Naast deze pijler moeten ook de eerste twee pijlers in ogenschouw genomen worden om doelmatigheid in zowel de structuur als de cultuur van een ziekenhuis te integreren.

Hieronder zijn drie bouwstenen beschreven om aiossen beter te ondersteunen bij het opzetten en draaien van doelmatigheidsprojecten en hen in staat te stellen om nog beter invulling te geven aan hun project en de impact van hun project te vergroten.

BOUWSTEEN 1: FACILITEER GEMOTIVEERDE AIOSSEN IN HET DOEN VAN DOELMATIGHEIDSPROJECTEN

Het overgrote deel van de aiossen gaf aan dat *intrinsieke motivatie* en *verwondering* voor hen de voornaamste redenen waren om een doelmatigheidsproject te starten. Om deze gemotiveerde aiossen optimaal aan hun projecten te laten werken, is er voldoende projectmatige ondersteuning nodig.

Plan projecturen in. Waarschijnlijk de meest genoemde barrière in het doen van doelmatigheidsprojecten is het tekort aan (project)tijd. De enige uitzondering hierop waren aiossen die hun projecten in een PhD-vorm deden. Een typische werkdag voor artsen (in opleiding) is er één van hoge werkdruk, veel verantwoordelijkheid en frequente onderbrekingen. Het is hierdoor lastig om ook nog doelmatigheidsprojecten uit te voeren. Veel aiossen gaven een aanzienlijk deel van hun vrije tijd op aan het project, omdat ze het leuk vonden om te doen, maar geven aan dat hier wel een limiet aan zit. Essentieel is het daarom om binnen de normale werktijden projecturen voor de aiossen in te plannen. Zo kunnen ze op gestructureerde wijze aan hun project werken zonder interrupties. Dat is nu nagenoeg onmogelijk, zeker wanneer aiossen in de kliniek staan. Om tijd te reserveren (lees: kopen) zijn financiële hulpmiddelen nodig, zie hiervoor bouwsteen 2.

Deel de verantwoordelijkheid in het project. In veel van de projecten die zijn geëvalueerd lag de verantwoordelijkheid voor de uitvoering voornamelijk bij de aiossen. Met name voor de wat ingewikkelde projecten misten aiossen een persoon die hen op weg kon helpen (in bijvoorbeeld het zoeken van de juiste personen). Een opleider beschreef dat de verantwoordelijkheid moet liggen bij zowel een aios als iemand van de vaste staf. Al is het maar voor de continuïteit van het project (gezien de doorlooptijd van aiossen). We hebben voorbeelden gezien van projecten die stranden of zeer moeizaam verlopen, omdat een aios uiteindelijk naar een ander ziekenhuis vertrekt. Bovendien helpt de status van een betrokken projectbegeleider in het overtuigen en vinden van andere partijen in het netwerk. Tenslotte kan er zo aandacht besteed worden aan het monitoren van de voortgang. Er kunnen doelen worden opgesteld met behulp van deadlines.

BOUWSTEEN 2: BIED DE PRINCIPES VAN WERKEN OP PROJECTBASIS AAN

Het uitvoeren van een doelmatigheidsproject is vaak de eerste confrontatie van een aios met projectmatig werken in een zorgomgeving. Het effect van deze onervarenheid is dat veel aiossen pas gaandeweg bepaalde zaken ontdekken. Het proces typeert zich door een *trial-and-error-aanpak*. Een dergelijke benadering leidt helaas vaak tot vertraging. Bovendien kan er negativiteit rondom het project ontstaan bijvoorbeeld doordat aiossen over het hoofd zien om anderen bij het project te betrekken wat regelmatig leidt tot weerstand. Ten slotte werkte ook de breedheid van het begrip doelmatigheid niet mee om een goede afbakening van vragen en doelen te realiseren. Mede hierom is het van groot belang dat aiossen direct aangeleerd krijgen hoe ze projecten moeten aanvliegen.

1. Ontwerp een concreet projectplan

Het ontwerpen van een concreet projectplan zorgt voor een fundamentele basis om het verdere verloop van het project te ontwikkelen, uit te voeren en vooral te monitoren. Er kan een standaard format voor een projectplan gemaakt worden dat aiossen kan helpen alle essentiële elementen mee te nemen. De volgende elementen moeten daar hoe dan ook in opgenomen worden.

- *Definieer het probleem (voer een probleemanalyse uit)*
- *Definieer en meet projectdoelen met proces-en uitkomstindicatoren*

2. Identificeer en betrek stakeholders

Het betrekken van stakeholders is van cruciaal belang voor het succes van het project. Zo kunnen ze waardevolle expertise bezitten, of hebben een bepaalde status die nodig is om het project in praktijk te brengen et cetera. Het bleek dat veel aiossen aan het begin van hun carrière helemaal nog geen goed overzicht hebben van een ziekenhuisorganisatie, omdat dit onderbelicht wordt in de opleiding. Hierdoor hebben ze nauwelijks zicht op welke stakeholders hen eventueel zouden kunnen helpen. Zelfs al realiseren ze zich dat ze bepaalde mensen nodig hebben, dan nog kan het dus lastig blijken om deze personen te bereiken. De volgende strategieën werden genoemd voor aiossen om relevante stakeholders te bereiken.

- *Geef aiossen de kans om hun voorstel kenbaar te maken aan anderen:* laat aiossen bijvoorbeeld hun idee pitchen tijdens een vergadering zodat het kan worden scherp gesteld en de staf meteen mee kan denken over vervolgstappen: waar moet je op letten? Hoe kan de staf helpen? Je kunt op deze manier ook meteen testen of het probleem wel wordt herkend, een belangrijke fundering van het project.
- *Laat de aiossen een officiële project kick-off organiseren:* het is namelijk belangrijk dat anderen weten van het project en dat zij het nut van het project inzien. Met een goede probleemstelling en duidelijk projectdoel kunnen de aiossen tijdens de kick-off anderen informeren over het belang van het project en hiermee zorgen voor draagvlak.
- *Stimuleer aiossen om zich te verdiepen in de rollen en verantwoordelijkheden van andere zorgverleners in de keten.* Het is voor het project van belang dat aiossen rekening houden met de invloed die het project heeft op het werk van betrokken zorgverleners. Hiervoor is het in eerste instantie relevant dat ze het werk van anderen goed kennen. Vervolgens kan de aios in kaart brengen wat de invloed/impact van het project op de betrokkenen is (zoals verhoging werkdruk of moeten aanleren van nieuwe werkprocedures). Dit kan leiden tot weerstand tegen het project. Door mensen goed te informeren over het nut van het project en met hen af te stemmen hoe de negatieve impact kan worden geminimaliseerd, maar vooral ook wat de extra inspanning oplevert, raken mensen gemotiveerd om medewerking te verlenen aan het project.
- *Expliciteer rolverwachtingen:* Uit interviews is gebleken dat onduidelijke rolverdeling kan zorgen voor stagnatie.

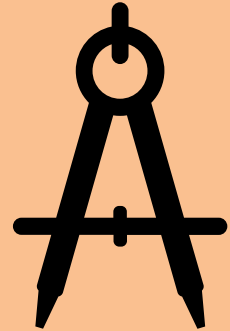
BOUWSTEEN 3: BOUW EEN DOELMATIGHEIDSPLATFORM

Uit de verscheidene interviews is naar voren gekomen dat aiossen behoefte hebben aan een digitaal platform waar informatie op kan worden gevonden die hen helpt bij het voorbereiden en uitvoeren van een doelmatigheidsproject. Aiossen worden vanuit de opleiding alleen geprikkeld om zich te verdiepen in de geneeskunde. Ze hebben bijvoorbeeld geen idee hoe ze een projectvoorstel moeten schrijven om fondsen te werven. Een dergelijk platform kan daarbij ook helpen.

Tevens kan een doelmatigheidsplatform ter inspiratie voor andere aiossen dienen om doelmatigheidsprojecten te starten door reeds afgeronde projecten aan te reiken. In de huidige situatie hebben aiossen vaak geen idee van reeds lopende projecten van hun collega's. Een platform helpt ook om het onderwerp levend te maken (en te houden). Het dient als handreiking om te laten zien hoe doelmatigheid in de praktijk kan worden gebracht.

4.4 Genereer bewijs

De laatste pijler is gericht op het genereren van (kwantitatief) bewijs. Binnen de geneeskunde wordt aanzienlijke waarde gehecht aan wetenschappelijk bewijs bij klinische besluitvorming: *evidence-based-medicine*. Om doelmatigheid in de Nederlandse zorg en opleidingen te integreren, is het waardevol aan te sluiten bij deze nadruk op geobjectiveerd bewijs.



Veel geëvalueerde doelmatigheidsinitiatieven trachten bewijs voor hun initiatief te genereren. Immers, wanneer ze aantonen dat de 'nieuwe interventie' effectiever is dan bestaande interventies is de kans groter dat het geïmplementeerd wordt. Desalniettemin blijkt het vaak lastig voor aiossen om dit kwantitatieve bewijs (zij het patiëntuitkomsten of kosteneffectiviteit analyses) te genereren. Om daarin handvatten te bieden, zijn *drie bouwstenen* gedefinieerd.

Veel aiossen bleken te worstelen met het daadwerkelijk generen van bewijs binnen hun projecten. Men verwachtte dat aiossen met bewijs in de vorm van patiëntuitkomsten of kostenanalyses kwamen, terwijl de initiatieven vaak binnen enkele maanden moesten worden afgerond. Dit terwijl het *aantonen* van dergelijke uitkomstmaten longitudinaal onderzoek vereist. Daarin schuilt een paradox. Daar komt een andere uitdaging bij dat aiossen vaak met resultaten op korte termijn moesten komen. Die druk bevordert het genereren van bewijs allerminst. Ten slotte bestaat er vaak geen (innovatie-)budget om geld te investeren in dit soort initiatieven. Aiossen ervoeren een vicieuze cirkel: enerzijds bleek het lastig een doelmatigheidsinitiatief te implementeren (en dus de effecten ervan aan te tonen) zonder (financiële) steun. Anderzijds, werd het aantonen van bewijs voor de effectiviteit van het initiatief als een voorwaarde gesteld voor het ontvangen van (financiële) steun.

“Zorgverleners (en verzekeraars) zijn zeer gefixeerd op kwantitatieve uitkomsten. Men is geïnteresseerd in hoe de interventie bijdraagt aan het verlagen van hartaanvallen, al is het voor 1%.”

Concluderend kan gesteld worden dat bewijs van reusachtig belang is om doelmatigheidsinterventie in de praktijk te kunnen implementeren, maar dat in de huidige structuren dit vaak nog ingewikkeld lijkt te zijn. De onderstaande bouwstenen kunnen hier hulp bij bieden.

BOUWSTEEN 1: IDENTIFICEER DE CONTEXTEN EN MECHANISMEN DIE DE PROJECTUITKOMSTEN BEÏNVLOEDEN

Enkele aiossen ontdekten dat niet alleen de aanwezigheid van bewijs, maar ook een begrip van de context nodig is om een doelmatigheidsinitiatief succesvol te kunnen implementeren in de praktijk. Deze aiossen waren betrokken bij een initiatief dat zich concentreerde op het implementeren van reeds bestaand bewijs, zoals het faciliteren van het gebruik van protocollen. Deze aiossen merkten echter op dat, ondanks de beschikbaarheid van dit bewijs, het gebruik

daarvan niet gegarandeerd was. Om doelmatig werken meer te stimuleren, ging men op zoek naar de onderliggende redenen van deze gebrekkige toepassing van bewijs in de praktijk. Zo kwamen aiossen tot de conclusie dat doelmatige zorg niet alleen afhangt van (het gebrek aan) bewijs dat de effectiviteit van een doelmatigheidsinitiatief aantoont, maar ook andere factoren.

In één van deze initiatieven werden drie verklarende factoren geïdentificeerd, waarvan alleen de laatst genoemde gerelateerd is aan het gebrek aan bewijs over uitkomsten:

- Misconcepties bij artsen over de wensen van de patiënten
- Een gebrek aan gespreksvaardigheden om samen met de patiënten een zorgplan samen te stellen
- Onzekerheid over klinische uitkomsten van het doelmatigheidsinitiatief

Bovenstaand voorbeeld toont aan dat aiossen en artsen niet alleen het bewijs zelf, maar ook een ondersteunende context nodig hebben waarin zij doelmatig en *evidence-based* kunnen werken. Een context waarin bijvoorbeeld beslissingsondersteunende systemen en gespreksinstructies worden geboden die ondersteunen bij het leveren van waardevolle zorg voor de patiënt, ondersteund met bewijs.

Bij het ontwikkelen van doelmatigheidsinitiatieven is het dus van belang om verder te kijken en de context waarin een doelmatigheidsinitiatief geïmplementeerd wordt ook in ogenschouw te nemen. De contextuele factoren verklaren namelijk (mede) de (on)succesvolle uitkomsten die een doelmatigheidsinitiatief oplevert. Het doorgronden van deze interactie tussen context en initiatief stelt projectinitiators in staat om te begrijpen hoe uitkomsten ontstaan en ook om potentiële barrières die doelmatige zorg hinderen in kaart te brengen en oplossingen voor deze barrières toe te passen.

Het gebruik van een *realist evaluation* is daarom aanbevelingswaardig. Een *realist evaluation* wordt getypeerd door het feit dat één enkele interventie verschillende uitkomsten kan hebben in verschillende contexten⁹. Doordat de interventie interacteert met contextuele factoren ontstaan onderliggende processen (mechanismen) die kunnen resulteren in gewenste en ongewenste uitkomsten (zie hiervoor ook Hoofdstuk 2).

Om de contexten en mechanismen vast te stellen, is het niet voldoende om alleen uitkomstmetingen te verrichten nádat een doelmatigheidsinitiatief is geïmplementeerd, maar moet juist gereflecteerd worden tijdens het proces van ontwikkeling en implementatie. De eerste stap in een *realist evaluation* is het formuleren van theorieën over contextuele factoren en mechanismes die de uitkomsten van een doelmatigheidsinitiatief (vermoedelijk) beïnvloeden. Om deze theorieën vast te stellen, moeten aiossen bedenken *wat* ze precies gaan doen, *wat* ze willen bereiken met hun doelmatigheidsinitiatief, en welke contextuele factoren belangrijk zijn in het bereiken van dit doel. Tevens kan wetenschappelijke literatuur gebruikt worden om relevante contexten en mechanismen te ontdekken. Ten slotte kunnen deze bevindingen besproken

⁹ Het concretiseren van de rol van contextuele factoren is daarom ook van groot belang bij het verspreiden van best practices naar andere contexten.

worden met collega's. Door middel van procesevaluaties van het doelmatigheidsinitiatief kunnen deze theorieën worden getoetst en kunnen theorieën over de invloed van contexten en mechanismes worden verfijnd tot het punt dat de interactie tussen initiatief en omgeving volledig is ontrafeld.

BOUWSTEEN 2: IDENTIFICEER KWANTIFICEERBARE INDICATOREN

Om bewijs te leveren van projectuitkomsten is het nuttig om aan het begin van het project uitkomstmaten te definiëren. Welke uitkomsten moeten nagestreefd worden, en wanneer is het project succesvol? Als je niet de uitkomstmaten van het project verkent, wat is dan precies het doel van het project? Dit soort vragen moeten beantwoord worden. Een manier om uitkomstmaten vast te stellen is om te overwegen *wie* de aiossen kan helpen in het beantwoorden van deze vragen. Uit interviews bleek dat niet iedere opleider of supervisor de benodigde expertise bezit. Bepaalde kennis moet dus geleverd worden door andere actoren zoals PhD kandidaten, beleidswerkers en zorgadministrateurs.

Daarnaast is hieronder een aantal vragen voorgesteld die gebruikt kunnen worden bij het definiëren van uitkomstmaten (zoals bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren of kostmaten).

- Wat zijn mijn eigen verwachtingen van de projectuitkomsten?
- Welke informatie is beschikbaar? (wetenschappelijke literatuur, klinische richtlijnen, kwaliteitsindicatoren, bestaande meetinstrumenten, expertise van anderen)
- Welke indicatoren kunnen worden geïdentificeerd uit de bestaande informatie?
- Zijn deze indicatoren direct toepasbaar op het project?
- Kunnen deze indicatoren geoperationaliseerd worden om toepasbaar te zijn in het project?

Bovenstaande vragen kunnen helpen om relevante variabelen te identificeren. De tabel hieronder beschrijft verschillende categorieën waarin deze indicatoren gegroepeerd kunnen worden.

Categorieën (Owens et al., 2011)	Variabelen
<i>Populatie</i>	Grootte van de populatie
<i>Gezondheidsvoordelen</i>	
<i>Gezondheidsnadelen</i>	
<i>Netto gezondheidsresultaat</i>	Gezondheidsvoordelen minus gezondheidsnadelen
<i>Geschatte kosten</i>	
<i>Classificatie van doelmatigheid</i>	Doelmatige zorg kan bereikt worden in termen van: A. De interventie beperkt de levering van lage waarde van zorg vergeleken met bestaande alternatieven. B. De interventie levert hoog kwalitatieve zorg (er is sprake van een verbetering in kwaliteit van zorg dat opweegt tegen de kosten). C. De interventie levert zorg van dezelfde kwaliteit, maar tegen lagere kosten.

BOUWSTEEN 3: GENEREER SCENARIO'S

Zoals eerder beschreven hadden veel aiossen hun twijfels of het genereren van 'doelmatigheidsuitkomsten' wel een reëel doel was binnen de scope van het project. Uitkomstmaten zoals een vermindering in mortaliteit of hartaanvallen vereist longitudinaal onderzoek.

Het bouwen van scenario's kan daarin uitkomst bieden. Het voordeel van het creëren van scenario's is dat het op treffende wijze het doelmatigheidspotentieel van het project kan illustreren. Een scenario berekent de projectuitkomsten op basis van vooraf vastgestelde percentages van projecteffectiviteit. In het ideale geval, bevat een dergelijk doelmatigheidsscenario zowel een kostencomponent als een kwaliteitscomponent.

Een voorbeeld van een doelmatigheidsscenario is in dit rapport eerder gegeven in de *Casus: Diabetespatiënten van de 2e naar de 1e lijn*, zie hiervoor pagina 29. Hierin is gekeken naar het kostenpotentieel waarin diabeteszorg van de tweede lijn naar de eerste verschoven wordt.

CONCLUSIE

Het huidige zorgsysteem staat financieel onder druk. Om ook in de toekomst betaalbare zorg van hoge kwaliteit te hebben, zijn veel projecten opgestart die inzetten op het doelmatig werken van zorgverleners. Het BWP is één van die projecten geweest en heeft een bijdrage geleverd aan de systeeminnovatie naar doelmatig denken en werken in de zorg.

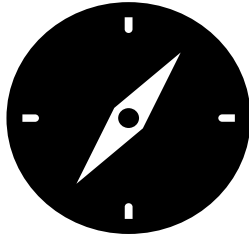
Het BWP stelde zichzelf als doel het bewustzijn rondom kwalitatief hoogwaardige en kostenbewuste zorg op de leer-werkvloer onder huisartsen en andere (jonge) specialisten te verhogen en doelmatigheid als thema in te bedden in alle opleidingen tot geneeskundig specialist. De specialistenopleidingen zijn de sleutel naar zorg van hoge kwaliteit in combinatie met beheersing van kosten. Door zich te richten op de geneeskundige vervolgoopleidingen probeert het BWP het zorgsysteem te innoveren zodat men ook in de toekomst van kwalitatief hoogwaardige zorg kan genieten.

Om doelmatig denken en werken te integreren op de leer-werkvloer stelde het BWP meerdere regionale werkgroepen in (alle acht OORs) bestaande uit een deelprojectleider, aiossen, specialisten, opleiders en onderwijskundigen. Binnen de OORs werden aiossen gestimuleerd doelmatigheidsinitiatieven op te zetten. Uit deze initiatieven en multidisciplinaire teams zijn veel leerhulpmiddelen ontstaan om kosteneffectief kwaliteit te leveren.

In het evalueren van het BWP is een scenarioberekening uitgevoerd van een potentiële kostenreductie van één van de doelmatigheidsinitiatieven. Dit initiatief ging over de verschuiving van diabetes zorg van de tweede naar de eerste lijn, en de scenarioberekening liet zien dat – afhankelijk van mogelijke terugverwijzingspercentages – een kostenreductie van 0,5 tot 3 miljoen gerealiseerd kan worden.

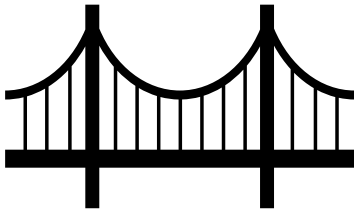
In het evalueren van het BWP is ook gestreefd naar het verbeteren van de implementatie van doelmatigheid op de leer-werkvloer. In die context zijn vier doelmatigheidspijlers opgesteld. De doelmatigheidspijlers zijn opgedeeld in bouwstenen die concrete handvatten bieden aan aiossen, opleiders, supervisors en andere betrokkenen die willen werken aan het ontwikkelen en implementeren van doelmatigheidsinitiatieven, zie Figuur 2 op de volgende pagina. De doelmatigheidspijlers kunnen individueel of in groepsverband worden gebruikt. Projectinitiators kunnen de pijlers aan de start van een project gebruiken om de benodigde projectstappen te bepalen.

Met haar activiteiten levert het BWP een basis voor verdere integratie van doelmatig denken en werken in de Nederlandse zorg. Wel is binnen het BWP als gevolg van bestaande structuren lastig gebleken om alle zorglijnen bij het project te betrekken. De stappen die binnen het BWP zijn gezet, zijn als gevolg daarvan met name gesitueerd in de tweede- en derdelijnszorg. De kansen voor een duurzamer zorgsysteem liggen niet alleen binnen muren van het ziekenhuis, maar juist voor een belangrijk deel daarbuiten. De doelmatigheidspijlers vormen hierbij een fundament voor het inbedden van doelmatigheidsbewustzijn in de geneeskundige vervolgoopleidingen.



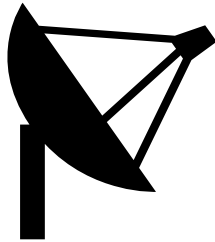
1. Blijven werken aan doelmatigheidsbewustzijn

- Zorg voor duidelijk begrip doelmatigheid
- Reflectie op medisch handelen
- Vergroot de kennis van zorgkosten
- Lever kwantitatieve feedback



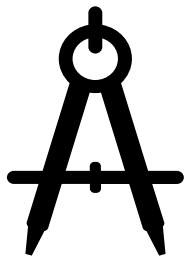
2. Werken aan de onderliggende structuur

- Installeer een doelmatigheidsambassadeur
- Discussieer openlijk over doelmatigheid
- Nodig aiossen uit hun doelmatigheidsobservaties te delen



3. Zet in op projectmatig werken

- Faciliteer gemotiveerde aiossen bij het doen van doelmatigheidsprojecten
- Bied de principes van werken op projectbasis aan
- Bouw een doelmatigheidsplatform



4. Genereer bewijs

- Leg de contexten en mechanismes van het project vast
- Onderzoek kwantificeerbare data
- Genereer verschillende scenario's

Figuur 2. De doelmatigheidspijlers en bouwstenen die dienen als handvatten voor aiossen, opleiders, supervisors en andere betrokkenen die willen werken aan doelmatigheid.

REFERENTIES

BEWUSTZIJSPROJECT

BWP (2015). Bewustzijnsproject: Projectplan, 12 november, 2015. Geraadpleegd op https://www.bewustzijnsproject.nl/wp-content/uploads/2017/12/BWP-Projectplan-2017_02.pdf

LITERATUUR DIABETES CASUS

Stumvoll, M., Goldstein, B.J. & Haefliger, van, T.W. (2005) Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy, *Lancet*, 365, 1333–46.

Volksgesondheidszorg.info (n.d.) Aandeel diabetes type 1 in totaal naar leeftijd en geslacht. Geraadpleegd 6 november 2018,

<https://www.volksgesondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/huidige-situatie#!node-aandeel-diabetes-type-1-totaal-naar-leeftijd-en-geslacht>

Vektis (n.d.) Hoeveel mensen met diabetes worden alleen behandeld in de eerste lijn, hoeveel zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn en hoeveel alleen in de tweede lijn? Verschilt dit per regio? Geraadpleegd: 25 september 2018,

<https://www.zorgprismaopenbaar.nl/producten/patientgroepen/diabetes/row-4-1/810000-mensen-worden-alleen-in-de-eerste-lijn-behandeld/>

LITERATUUR OVER DOELMATIGHEID

Colla, C. H., Sequist, T. D., Rosenthal, M. B., Schpero, W. L., Gottlieb, D. J., & Morden, N. E. (2014). Use of non-indicated cardiac testing in low-risk patients: Choosing Wisely. *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2014.

Colla, C. H., Kinsella, E.A., Morden, N.E., David J. Meyers, D. J., Rosenthal, M. B. & Sequist, T. D. (2016). Physician Perceptions of Choosing Wisely and Drivers of Overuse. *American Journal of Managed Care*, 22(5), 337-343.

Colla, C. H., Mainor, A. J., Hargreaves, C., Sequist, T. & Morden, N. (2017). Interventions Aimed at Reducing Use of Low-Value Health Services: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 74(5), 507-550.

Cooke M. Cost consciousness in patient care—what is medical education’s responsibility? *N Engl J Med*. 2010;362:1253-5.

Courtright, K. R., Weinberger, S. E., & Wagner, J. (2015). Meeting the milestones. Strategies for including high-value care education in pulmonary and critical care fellowship training. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(4), 574-578.

Hood, V. L. & Weinberger, S. E. (2012). High value, cost-conscious care: An international imperative. *European Journal of Internal Medicine*, 23(6), 495-498.

Owens, D. K., Qaseem, A., Chou, R., & Shekelle, P. (2011). High-value, cost-conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms, and costs of medical interventions. *Annals of internal medicine*, 154(3), 174-180.

Patel, M. S., Reed, D. A., Smith, C. & Vineet, A. M. (2015). Role-Modeling Cost-Conscious Care—A National Evaluation of Perceptions of Faculty at Teaching Hospitals in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 30(9), 1294-1298.

Pines, J. M., Newman, D., Pilgrim, R., & Schuur, J. D. (2013). Strategies for integrating cost-consciousness into acute care should focus on rewarding high-value care. *Health Affairs*, 32(12), 2157-2165.

Post, J., Reed, D., Halvorsen, A. J., Huddleston, J., & McDonald, F. (2013). Teaching high-value, cost-conscious care: improving residents' knowledge and attitudes. *The American journal of medicine*, 126(9), 838-842.

Sirovich BE, Lipner RS, Johnston M, Holmboe ES. The association between residency training and internists' ability to practice conservatively. *JAMA Intern Med*. 2014;174(10):1640–8.

Stammen, L. A., Stalmeijer, R. E., Paternotte, E., Pool, A. O., Driessen, E. W., Scheele, F., & Stassen, L. P. (2015). Training physicians to provide high-value, cost-conscious care: a systematic review. *Jama*, 314(22), 2384-2400.

Weinberger, S. E. (2011). Ideas and Opinions Annals of Internal Medicine Providing High-Value, Cost-Conscious Care : A Critical Seventh General Competency for Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 155(6), 386-388.

LITERATUUR OVER METEN VAN ZORGKOSTEN EN ZORG KWALITEIT

Heuvel, van den, J., Niemeijer, G. C. & Does, R. J. M. M. (2013). Measuring healthcare quality: the challenges. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 269-278.

Owens, D. K., Qaseem, A., Chou, R., & Shekelle, P. (2011). High-value, cost-conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms, and costs of medical interventions. *Annals of internal medicine*, 154(3), 174-180.

Saver, B. G., Martin, S. A., Adler, R. N., Candib, L. M., Deligiannidis, K. E., Goldin, J., Mullin, D. J., Roberts, M. & Topolski, S. (2015). Care that Matters: Quality Measurement and Health Care. *PLoS Medicine*, 12(11), 1-10.

LITERATUUR OVER REALIST EVALUATION

Dalkin, S., Greenhalgh, J., Jones, D., Cunningham, B. & Lhussier, M. (2015). What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. *Implementation Science* (10), 1, 1-7.

Pawson, R. and Tilley N (1997), *Realistic Evaluation* (London, SAGE).

Westhorp, G. (2014). *Realist impact evaluation: an introduction*. London: *Overseas Development Institute*, 1-12.

Wong, G., Westhorp, G., Manzano, A., Greenhalgh, J., Jagosh, J., & Greenhalgh, T. (2016). RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC medicine*, 14(1), 96.

LITERATUUR OVER SYSTEEM TRANSITIES

Grin, J & Rotmans, J. (2011). *Transitions to Sustainable Development. New Directions in the Study of Long Term Transformative Change*. Leiden: Taylor & Francis Ltd.