



Expertsessie **Netwerken over de lijnen heen**

10 februari 2021



Programma

- ◆ Stand van zaken JZOJP
- ◆ Terugkoppeling expertsessie Datagedreven samenwerking in de regio
- ◆ Implementatiekaart van FMS *met Eline Schiks*
- ◆ Nederlands Hart Netwerk *met Paul Cremers en Ramon van de Ven*
- ◆ Break-out sessie
- ◆ Vervolg Nederlands Hart Netwerk *met Paul Cremers en Ramon van de Ven*
- ◆ Plenaire terugkoppeling en discussie

Spelregels online bijeenkomst

- ◆ Standaard microfoon gedempt;
- ◆ Stel vragen graag in de chat, o.v.v. aan wie u deze richt;
- ◆ Er wordt een geluidsopname gemaakt t.b.v. interne verslaglegging.



Juiste Zorg op de Juiste Plek

- ◆ Hoe het begon...
- ◆ Essentie
- ◆ Aanpak





Waar willen we naar toe?

- ◆ Veel in gang gezet, maar...
- ◆ Focus: samenwerking, innovatie, preventie
- ◆ Burgerperspectief
- ◆ Van enthousiasme naar implementatie in de praktijk
- ◆ *Best practices* verheffen tot "standaard"
- ◆ Lange adem ("contourennota", nieuw regeerakkoord)



Expertsessies 2021 doelen:

- ◆ Expertise aanwenden
- ◆ *Best practices* analyseren
- ◆ Werkzame elementen beschrijven
- ◆ Handelingsperspectief/bouwstenen
- ◆ Opschalen en verhogen opbrengst van JZOJP



Netwerken over de lijnen heen!

- Netwerkgeneeskunde als beste manier om Juiste zorg op de juiste plek te realiseren.
- De expertmeeting als input voor:
 - Mogelijke verbetering Implementatiekaart Netwerkgeneeskunde Hartfalen (NVZ, NVVC (Connect) en Federatie)
 - Mogelijkheden ondersteuning medisch specialisten bij ontwikkelen van netwerk.
- Bij input of van gedachten wisselen? Neem contact met me op via:
e.schiks@demedischspecialist.nl



Nederlands Hart
Regio Zuid-Oost Brabant Netwerk

Netwerken over de lijnen heen

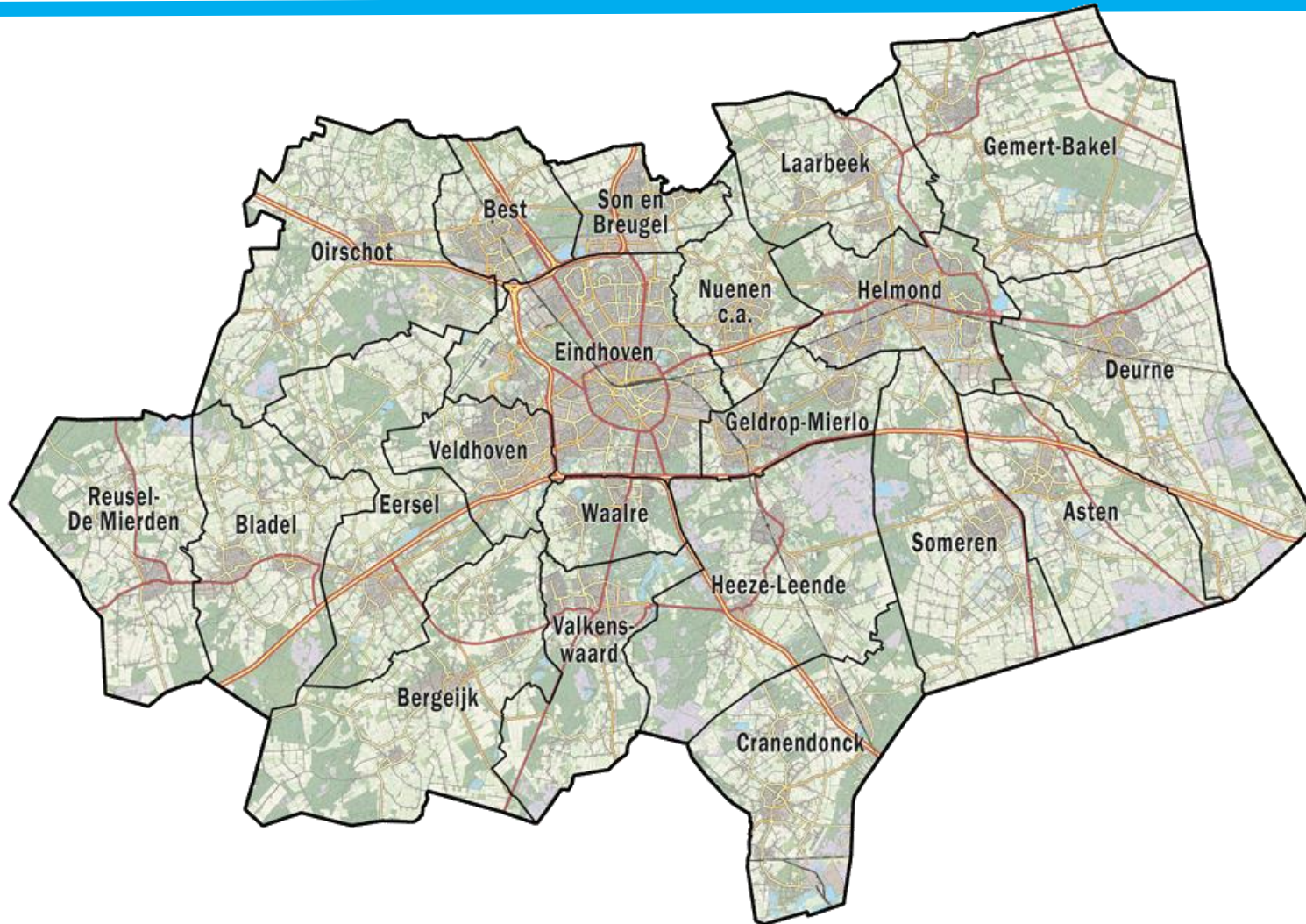
Het verhaal van het Nederlands Hart Netwerk

A.R.T. van de Ven (MD, MBA)
Cardioloog St. Anna Ziekenhuis

H.P. Cremers (PhD)
Programma manager Nederlands Hart Netwerk



Nederlands Hart Netwerk



ADHERENTIEGEBIED: 780.661 (2020)



Missie van het Nederlands Hart Netwerk

“De aantoonbaar hoogste patiëntwaarde bieden voor patiënten met een hartaandoening, door gezamenlijk de volledige zorgketen op een optimale en uniforme wijze te organiseren”



Waarom werken in een netwerk?

Chronisch aandoening en netwerkzorg

- Patiënt met een chronische aandoeningen hebben vaak multi-morbiditeit
- Chronisch aandoeningen kenmerken zich door stabiel als onstabiel fases
- Vroeg diagnostiek en interventie levert leidt tot minder zwaardere interventies
- Van reactieve zorg naar actieve zorg



Waarom werken in een netwerk?

Behandeling - Netwerk zorg

- Naast de evidence based medicine is de organisatie van zorg misschien wel net zo belangrijk
- Zorg rondom de patiënten organiseren waarbij samenwerking is tussen alle zorgaanbieders maar zeker ook de patiënt zelf
- Afspraken wie doet wat
- We geven met elkaar dezelfde informatie aan de patiënt
- Leren omgaan met hun aandoening(en)



Value Based Healthcare

$$\text{Patient Value} = \frac{\text{Health Outcomes}}{\text{Cost}}$$

Value Based HealthCare

STRATEGISCHE AGENDA¹

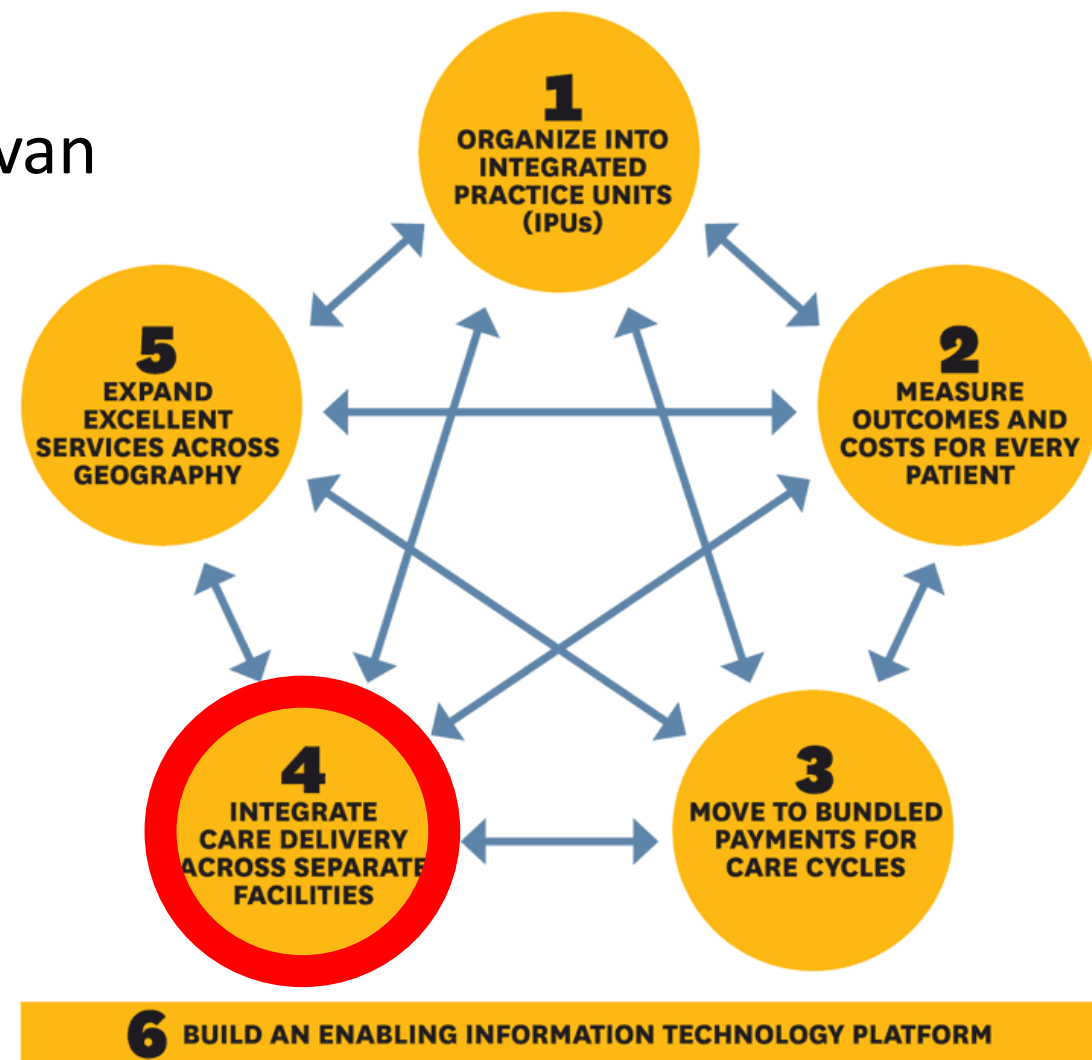
6 onafhankelijke elementen voor het bieden van hoogste waarde voor de patiënt



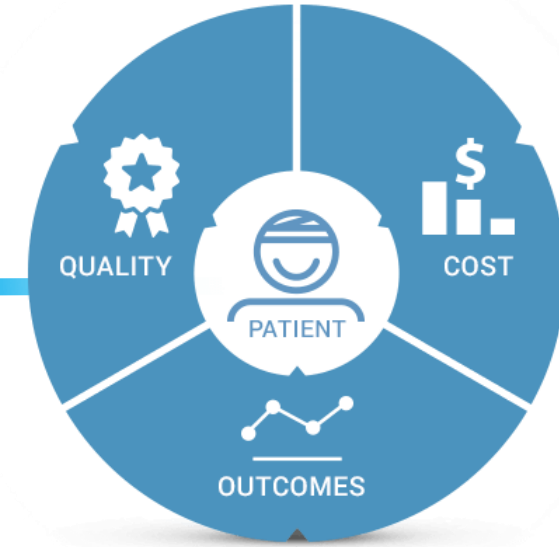
ValueBased
HealthCare

th
EDITION
2014-2018
Prize
2018

¹Porter M.E. & Lee H.L. *The Strategy That Will Fix Health Care*, 2012; Harvard Business Review



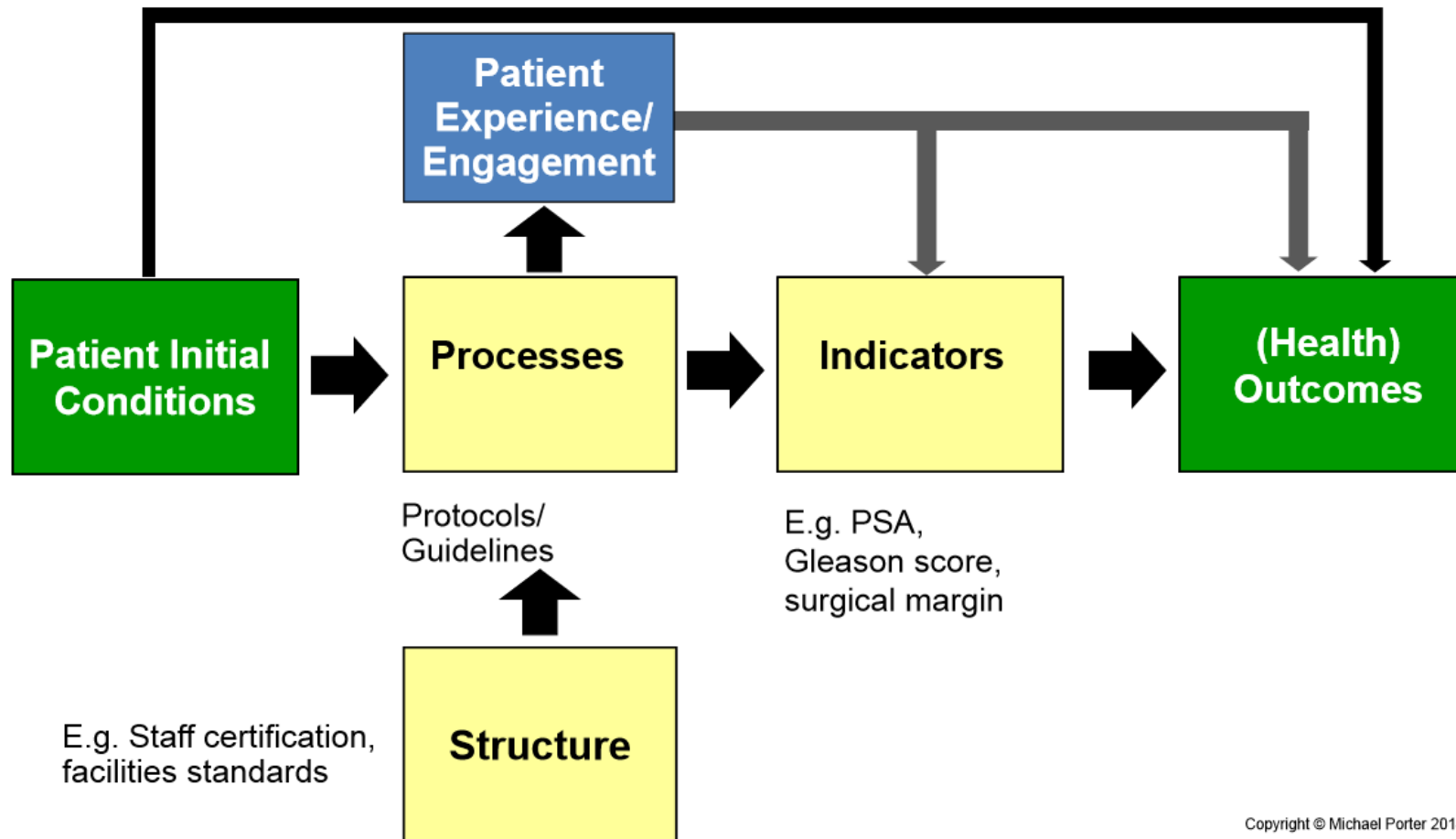
Principles VBHC²



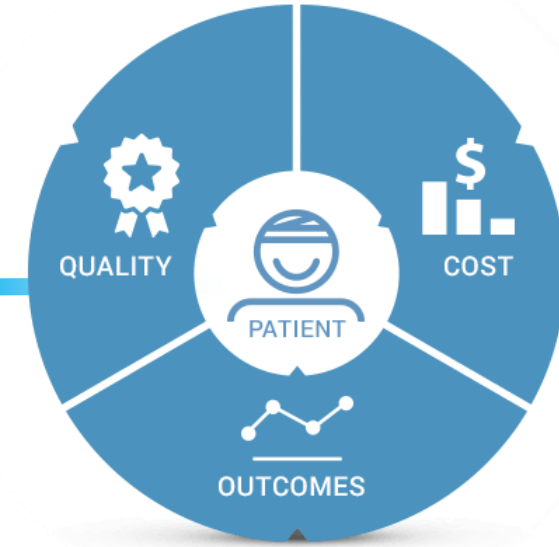
1. Organization of healthcare around a **specific medical condition**
2. **Patient relevant outcomes**, covering all tiers of the outcome measure hierarchy, and costs of healthcare delivery need to be measured and improved
3. The **outcome measure hierarchy**, introduced in VBHC helps to weigh and prioritize outcome measures
4. Supportive and interrelated to the outcomes are **process and structure measures**, as described in the outcome measurement landscape

²Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2005). Redefining healthcare

Principles VBHC



Principes VBHC



1. Organization of healthcare around a **specific medical condition**
2. **Patient relevant outcomes**, covering all tiers of the outcome measure hierarchy, and costs of healthcare delivery need to be measured and improved
3. The **outcome measure hierarchy**, introduced in VBHC helps to weigh and prioritize outcome measures
4. Supportive and interrelated to the outcomes are **process and structure measures**, as described in the outcome measurement landscape
5. For analyzing outcomes in subgroups or apply statistical techniques for risk correction, information is needed about the **most relevant patient initial conditions**
6. Healthcare is organized for the **full cycle of care**, including all involved healthcare providers



Methode Nederlands Hart Netwerk³

FASE 1



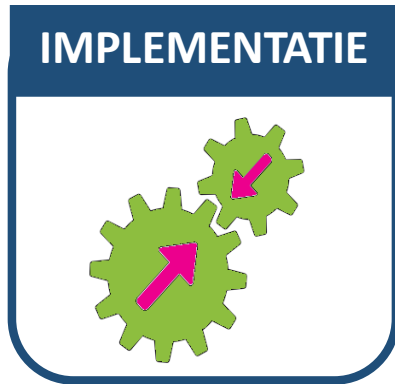
SAMENWERKING
TUSSEN DE 1^{STE}, 2^{DE}
EN 3^{DE} LIJN

FASE 2



ONTWIKKELING
VAN
EEN TRANSMURALE
ZORGSTANDAARD

FASE 3



IMPLEMENTATIE
VAN
EEN TRANSMURALE
ZORGSTANDAARD

FASE 4



EVALUATIE
TOETSEN VAN
IMPLEMENTATIE
D.M.V. AUDIT

FASE 5



PRESENTATIE
VERBETEREN O.B.V.
UITKOMSTEN, AUDIT,
LITERATUUR EN INNOVATIES



PRESENTATIE
PRESENTEREN VAN
RESULTATEN



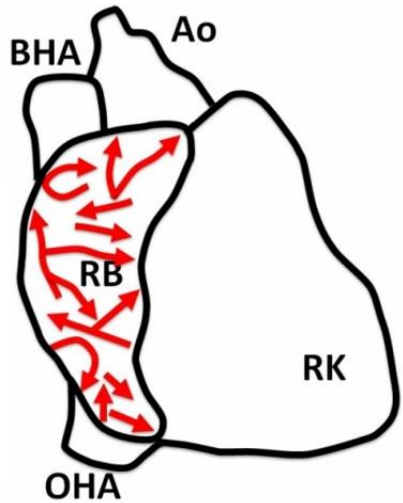
CONTINUE VERBETERING

³Cremers HP, van Veghel HPA, Theunissen, LJHJ & Dekker LRC. Het Nederlands Hart Netwerk: voorbeeld van toekomstige zorg? *Kwaliteit in Zorg*, 2017; nummer 5; p. 204 - 207



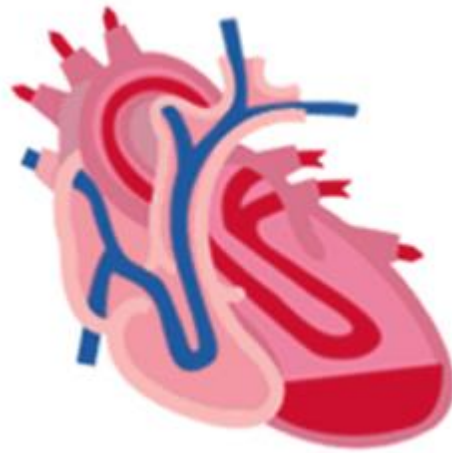
Nederlands Hart Netwerk

In ieder netwerk zowel 1^{ste},
2^{de} en 3^{de} lijn betrokken



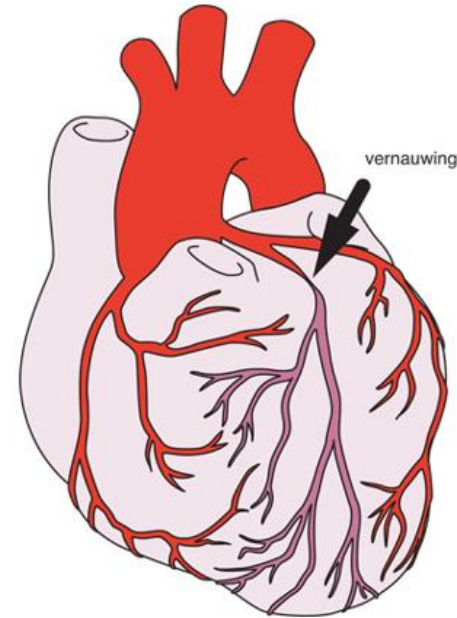
ATRIUMFIBRILLEREN

Certificering NVVC-connect
oktober 2015



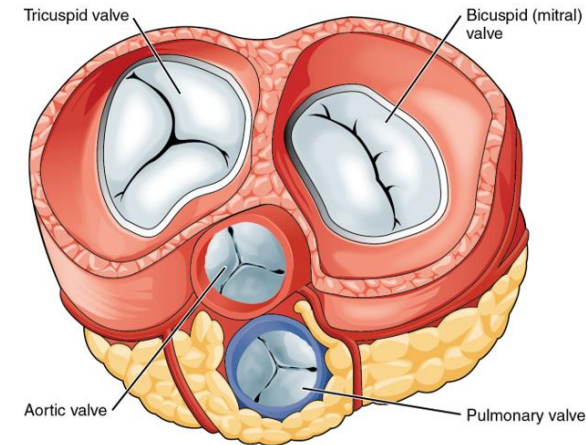
HARTFALEN

Certificering NVVC-connect
september 2017



CORONAIRLIJDEN

Certificering NVVC-connect
oktober 2016



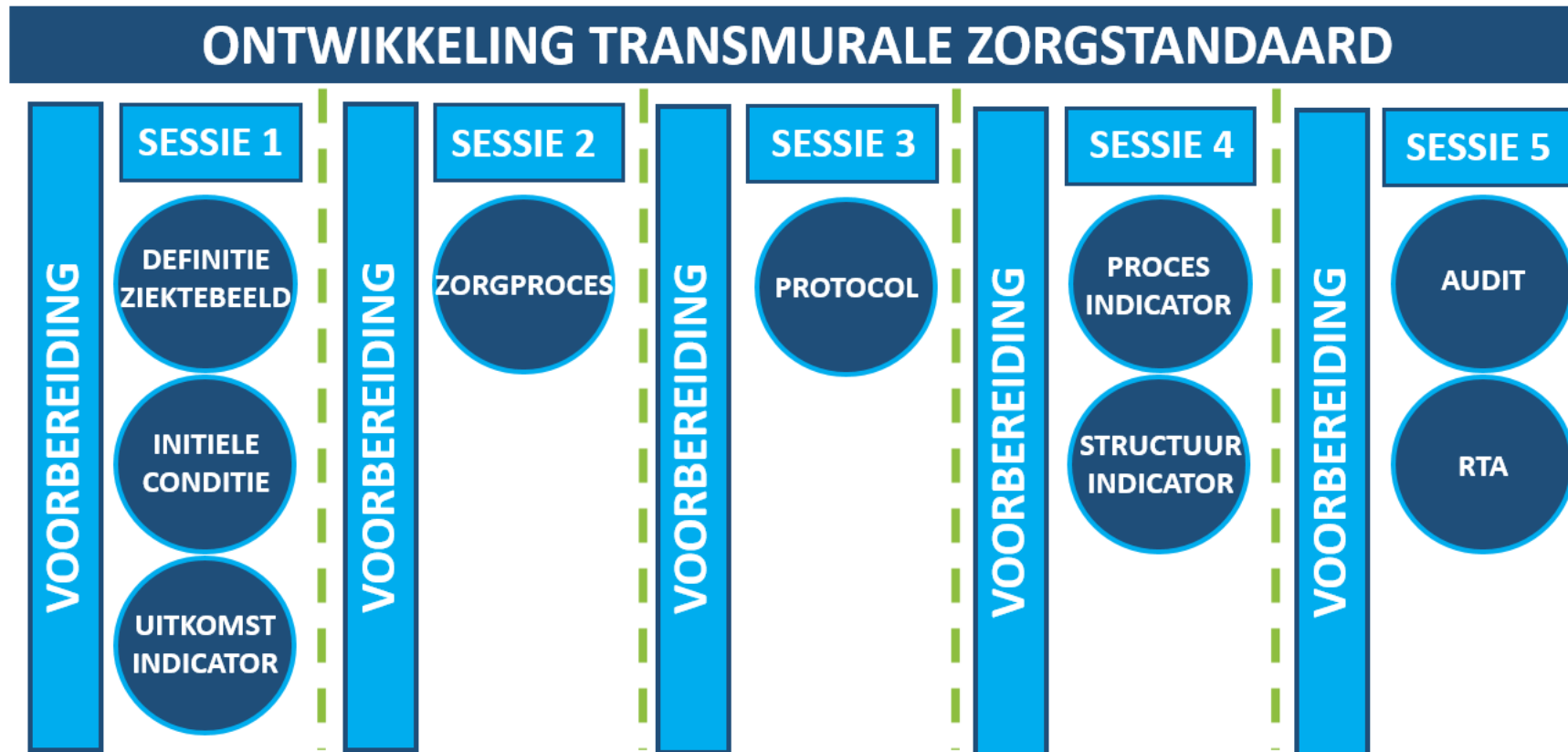
KLEPLIJDEN

Certificering NVVC-connect
september 2018



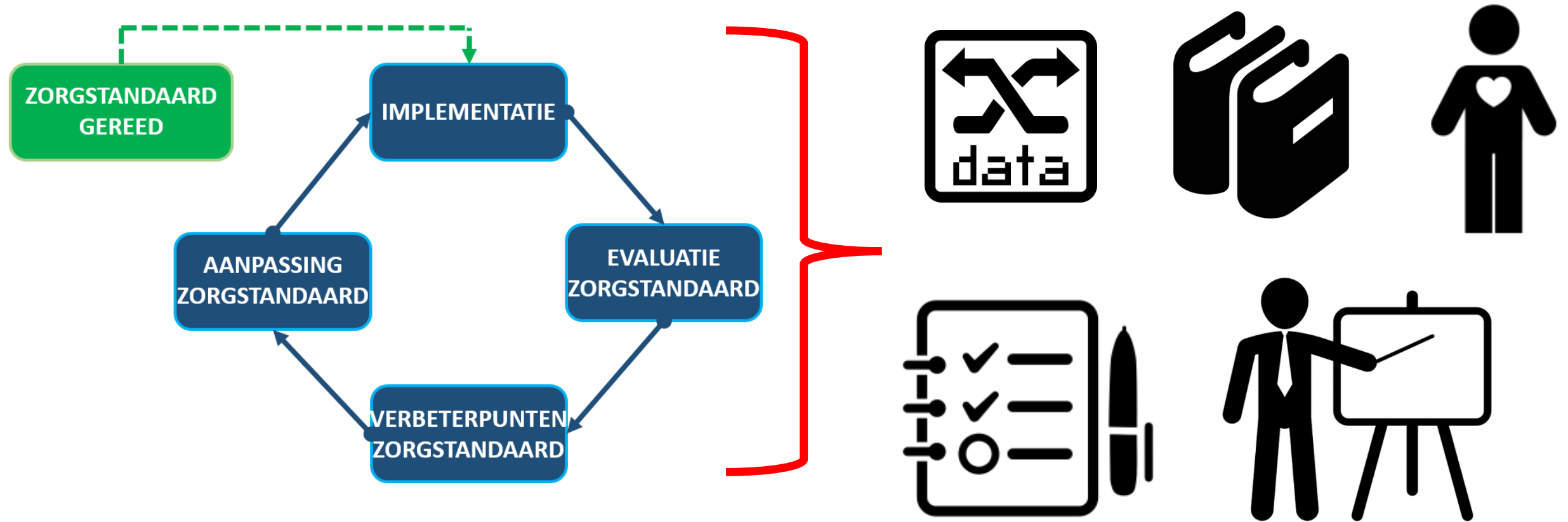
Methode Nederlands Hart Netwerk

Binnen het netwerk wordt stapsgewijs een transmurale zorgstandaard ontwikkeld middels het doorlopen van enkele sessies. Elke sessie heeft specifieke doelstellingen en bestaat uit een voorbereiding en de betreffende sessie.





Cyclisch proces zorgstandaarden NHN⁴



⁴van Veghel, H.P.A. et al. (2020). Introducing a method for implementing value based health care principles in the full cycle of care: Using atrial fibrillation as a proof of concept. *International Journal of Healthcare Management*, 1-9.



Patiënt centraal

FOCUSGROEP



REVIEWSESSIE



Harteraad
voor mensen
met hart- en
vaataandoeningen

**PATIENTEN
ADVIESRAAD**





Waarom werken in een netwerk?

LEREN VAN ELKAAR



PATIENT CENTRAAL



SAMENWERKING /
AFSTEMMING



VERTROUWEN



GEZAMENLIJKE
PROJECTEN





Nederlands Hart

Regio Zuid-Oost Brabant

Netwerk

Netwerken over de lijnen heen

Het verhaal van het Nederlands Hart Netwerk

A.R.T. van de Ven (MD, MBA)
Cardioloog St. Anna Ziekenhuis

H.P. Cremers (PhD)
Programma manager Nederlands Hart Netwerk



Nederlands Hart Netwerk



ZIEKENHUIZEN



HUISARTSEN ZORGGROEPEN



MSB'S ZIEKENHUIZEN



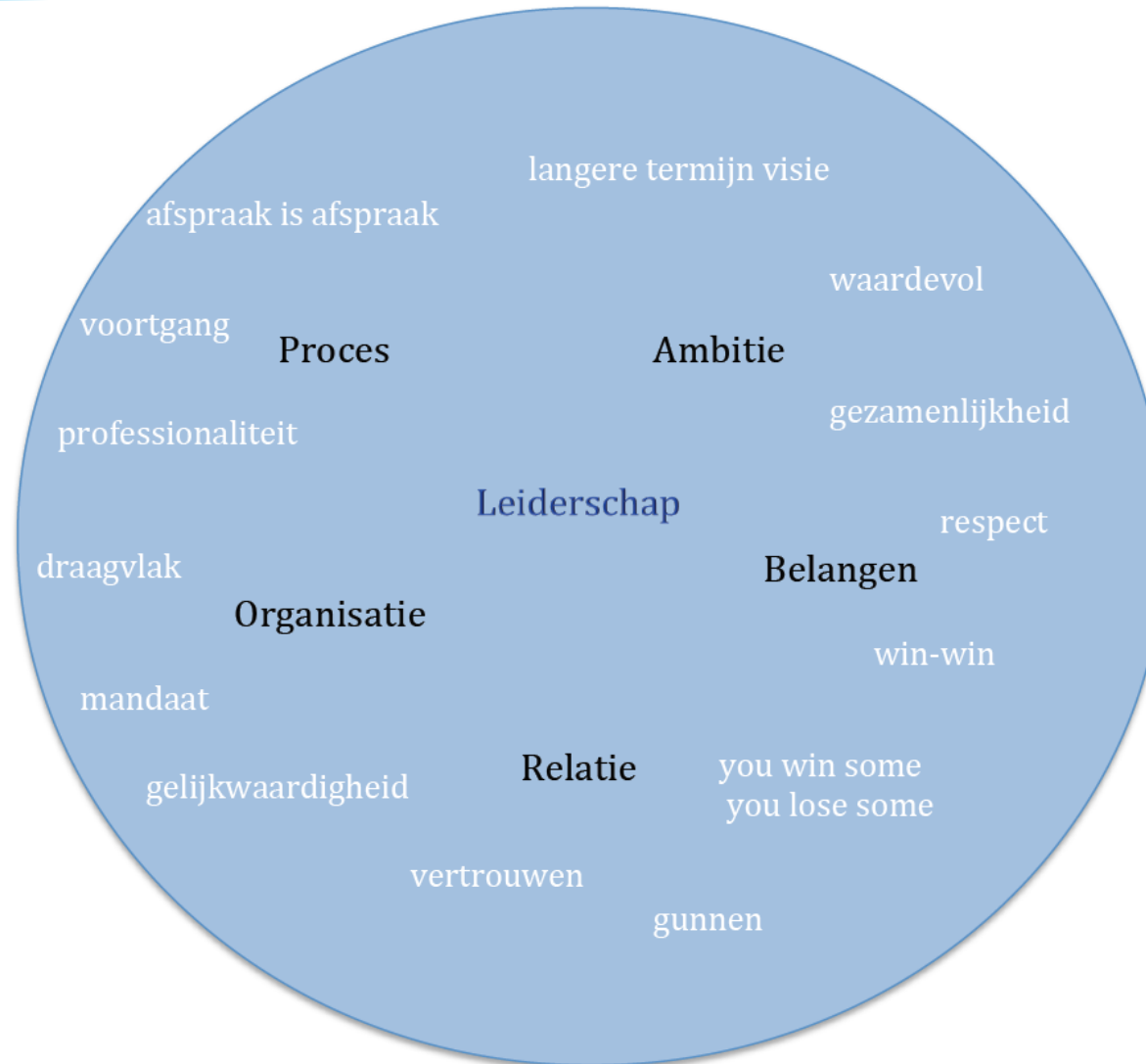
OVERIGE BETROKKENEN



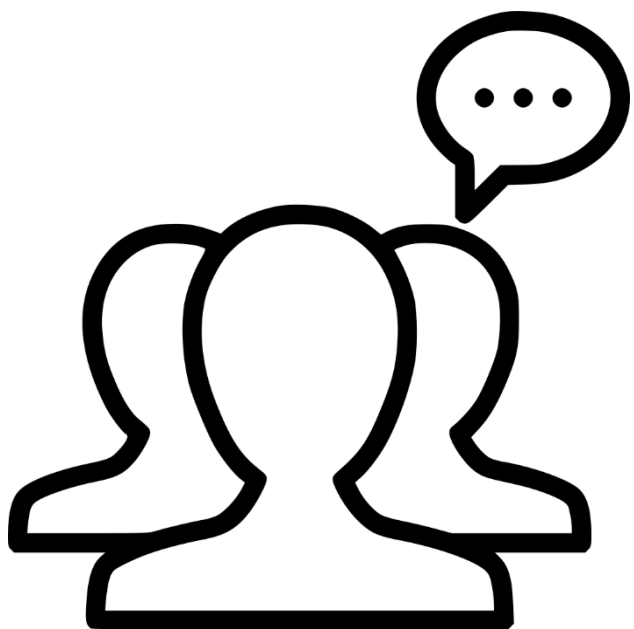
ADHERENTIEGEBIED: 780.661 (2020)



5 lenzen model



Transmurale samenwerking



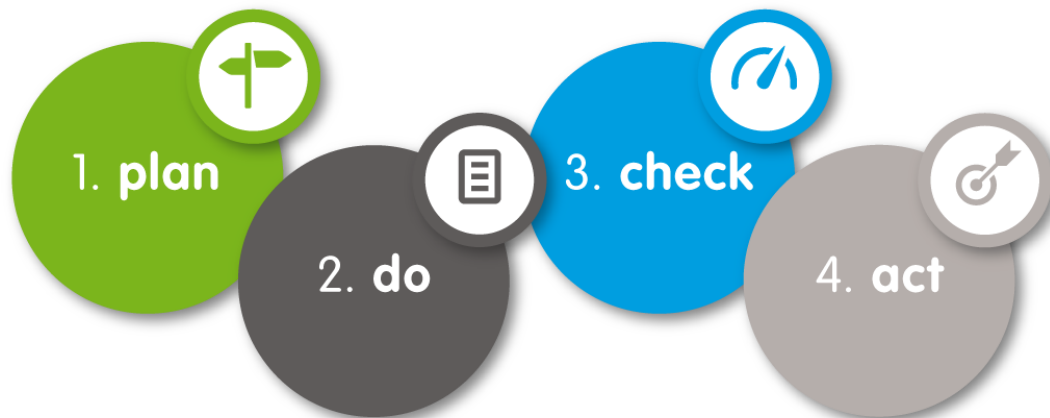
2016 - 2017



2018



2019



KWALITEITSORGAAN



WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK



Governance

Afvaardiging van:

- Bestuurders van de huisartsen zorggroepen (2)
- Zorggroep managers van de ziekenhuizen (2)
- Cardiologen (2)

Afvaardiging van:

- Thuiszorgorganisaties
- Apothekers
- Ambulancedienst
- Trombosedienst
- Diagnostisch centrum

Afvaardiging van

cliëntenraden uit 1^{ste} en 2^{de} lijn

Klankbord
groep

STUURGROEP

Patiënten
Adviesraad

PROGRAMMABUREAU

Bestaande uit:

- 1 programmamanager
- 3 projectmanagers
- 1 strategisch adviseur
- Q1 2021 PhD student

Ieder netwerk bestaat uit:

- Min. 1 cardioloog uit ieder ziekenhuis
- Min. 2 kaderhuisartsen van de zorggroepen
- Min. 1 verpleegkundige uit ieder ziekenhuis
- Diagnostisch centrum

Adviesgroep
innovaties

Adviesgroep
telemedicine

Adviesgroep
zorgkosten

Diverse adviesorganen bestaande uit:

- Cardiologen
- Huisartsen
- Zorggroep managers van ziekenhuizen
- Zorgverzekeraars

Atriumfibrilleren
netwerk

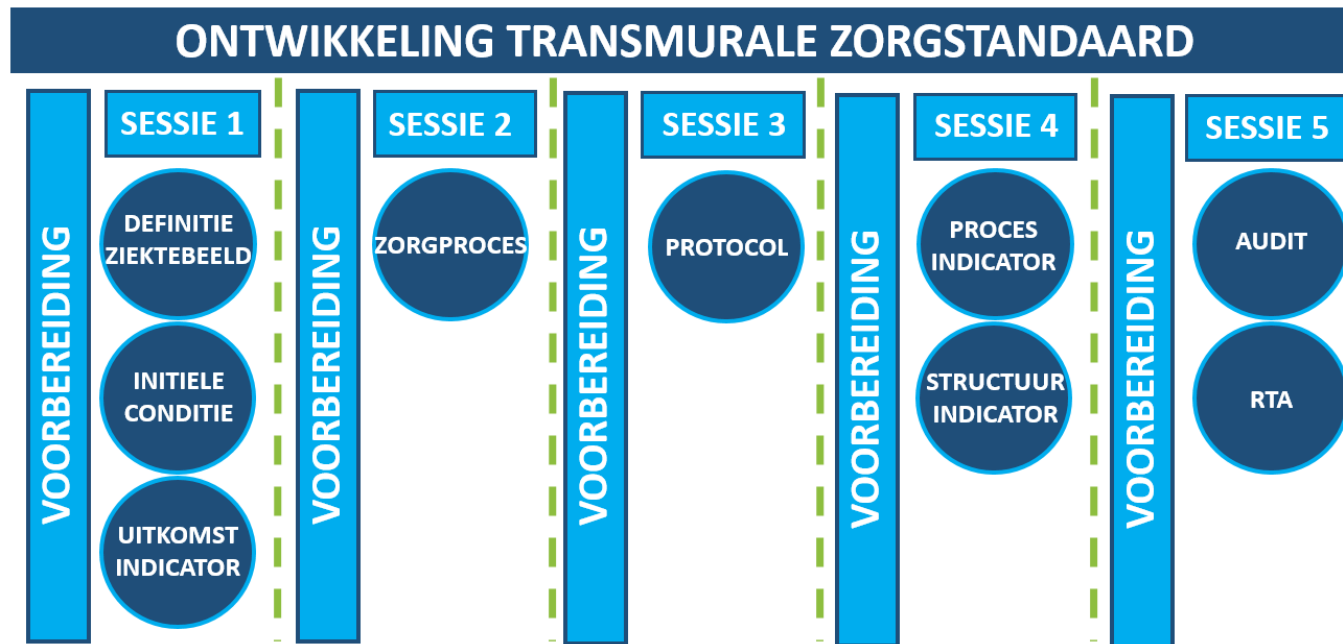
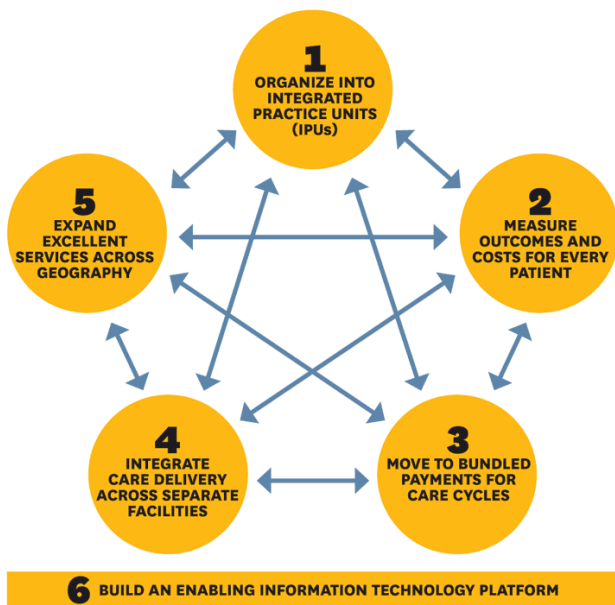
Hartfalen
netwerk

Coronairlijden
netwerk

Hartrevalidatie /
CVRM

Kleplijden
netwerk

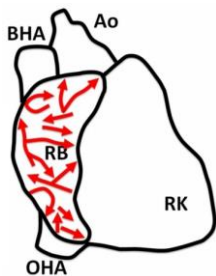
Methode Nederlands Hart Netwerk



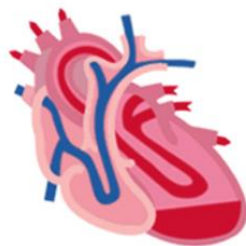
Implementatie



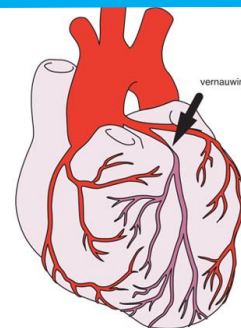
Data aanlevering



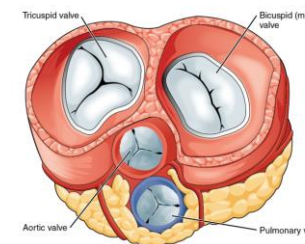
>1500 AF-patiënten



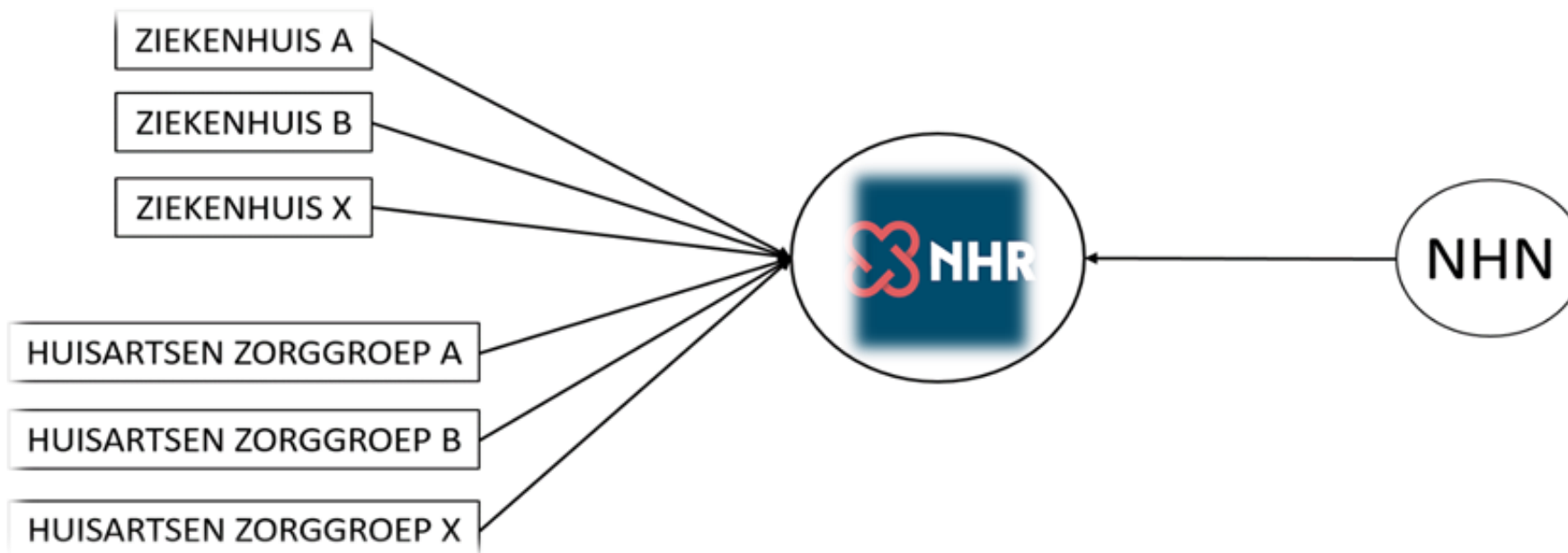
>1000 HF-patiënten



Q1 2021



Q1 2021



Audit

AUDITTEAM NHN



FORMULIER VOORAF INVULLEN

GEDURENDE AUDIT OP INGAAN

NR.	NAAM	PERCENTAGE (%)
1.	In het ziekenhuis is een AF-poli operationeel waar nieuwe AF-patiënten naar verwezen worden.	
2.	Op de AF-poli is een verpleegkundig specialist / gespecialiseerd verpleegkundige werkzaam en minimaal één cardioloog is aanwezig om de verpleegkundig specialist / gespecialiseerd verpleegkundige te superviseren.	
3.	Op de AF-poli heeft de verpleegkundig specialist / gespecialiseerd verpleegkundige de beschikking over de benodigde faciliteiten om de patiënt te kunnen informeren en lichamelijk te onderzoeken.	
4.	Het verwijssysteem (zorgdomein) is ingericht om nieuwe patiënten van de huisarts (gedifferentieerd) te verwijzen naar de AF-poli.	
5.	De registratie van de AF-poli gebeurt in een (geïntegreerd) Electronisch Patiënten Dossier.	
6.	In de 3 ^{de} lijn is een hartteam aanwezig (EFO team) met minimaal twee electrofysiologen en (op indicatie) minimaal één hart chirurg. Het EFO team komt minimaal 1 keer per week samen om de AF-patiënten te bespreken.	
7.	De huisarts heeft de mogelijkheid om een ECG te (laten) maken en te (laten) beoordelen. De resultaten van de ECG staan vermeld in het EPD.	
9.	De patiënt die ondanks anti-aritmica klachten behoudt (of bijwerkingen heeft t.g.v. de medicatie of een operatie verkiest boven medicatie), wordt verwezen naar de 3 ^{de} lijn.	
10.	Bij een patiënt die is aangemeld voor een ablatie t.b.v. AF, is het verwijzend ziekenhuis binnen 7 dagen geïnformeerd over de beslissing van het hartteam. Dit is gedocumenteerd in het EPD.	
11.	De tijd van indicatiestelling tot de ablatie bedraagt niet meer dan 12 weken.	
	gebruikt) is de reden van de poliklinische controle gedocumenteerd.	



Eerste resultaten

VERBETERING IN EHRA SCORE NA 6 MAANDEN VAN FOLLOW-UP⁹

	B	SEM	P-value*
Age	<-0.01	<0.01	0.29
Gender	0.07	0.07	0.30
CHA ₂ DS ₂ -VASc-score	0.02	0.03	0.57
HAS-BLED	-0.09	0.05	0.11
EHRA score (T0)	0.17	0.04	<0.01
Age	0.05	0.04	0.22
Gender	-0.29	0.65	0.65
CHA ₂ DS ₂ -VASc-score	0.53	0.33	0.11
HAS-BLED	-0.99	0.65	0.13
Hypertension (T0)	7.71	0.96	<0.01
Age	<0.01	0.02	0.74
Gender	-0.06	0.37	0.88
CHA ₂ DS ₂ -VASc-score	-0.04	0.17	0.80
HAS-BLED	-0.03	0.28	0.90
Type AF (persistent AF) (T0)	2.93	0.40	<0.01

ONDER PATIENTEN MET ATRIUMFIBRILLEREN IS DE ASSOCIATIE TUSSEN DE EHRA SCORE EN DE CQ-INDEX (KWALITEIT VAN ZORG) AANGETOOND¹⁰

	Total (N=242)	EHRA ¹ =1 (n= 81)	EHRA>1 (n= 161)	P-value*
Reception at outpatient clinic (mean ±SD ²)	3.82 ±0.35	3.88 ±0.35	3.79 ±0.35	0.07
Treatment by doctor (mean ±SD)	3.85 ±0.36	3.91 ±0.25	3.82 ±0.41	0.05
Information provision by doctor (mean ±SD)	3.59 ±0.68	3.74 ±0.47	3.50 ±0.76	0.03
Communication by doctor (mean ±SD)	3.77 ±0.49	3.86 ±0.29	3.73 ±0.57	0.02
Treatment by another healthcare providers (mean ±SD)	3.84 ±0.41	3.88 ±0.35	3.82 ±0.44	0.38
Information provision by another healthcare provider (mean ±SD)	3.50 ±0.75	3.70 ±0.50	3.36 ±0.86	0.01
Communication by another healthcare provider (mean ±SD)	2.78 ±0.46	2.81 ±0.38	2.76 ±0.50	0.46
Aftercare with regard to medication (mean ±SD)	2.96 ±1.17	3.05 ±1.12	2.92 ±1.19	0.51

*significant if $p \leq 0.05$; ¹EHRA= European Heart Rhythm Association; ²SD= Standard Deviation

COMPLEETHEID VAN DATA IS HOOG⁹

	T0 (N = 448)	T6 (N = 415)
Patient relevant outcome measures (%)	99.8%	98.6%
Background variables (%)	99.6%	99.8%
Potential comorbidities (%)	99.1%	99.0%

MANNEN MET HARTFALEN ZIJN DUURDER IN ZOWEL HET 1^{STE} ALS 2^{DE} JAAR NA DIAGNOSESTELLING¹¹

	Average	N	Min ¹	Max ²	SD ³	P-value
Male						
First and second year of follow up (mean)	€9.402,47	199	€379,18	€52.554,63	€9.549,83	0,03
Male						
First year of follow up (mean)	€7.070,44	199	€379,18	€44.860,19	€8.290,26	<0,01
Male						
Second year of follow up (mean)	€2.918,70	159	€0,00	€44.050,01	€4.641,85	0,21
Female						
First and second year of follow up (mean)	€8.307,30	199	€426,83	€56.330,77	€8.146,74	0,03
Female						
First year of follow up (mean)	€5.811,87	199	€426,83	€46.052,22	€6.539,21	<0,01
Female						
Second year of follow up (mean)	€3.103,69	160	€0,00	€55.504,34	€5.132,83	0,21

⁹Cremers H.P., Hoorn C., Theunissen L., et al. Regional collaboration to improve atrial fibrillation care: Preliminary data from the Netherlands heart network. *J Arrhythmia*. 2019;00:1–8.

¹⁰Cremers H.P., van Veghel H.P.A., Hoorn C., et al. The Association between Clinical Outcomes and Experienced Quality of Outpatient Care among Patients Treated for Atrial Fibrillation. *PSJ*. 2019;7(3):95-104

¹¹Cremers H.P., Theunissen L.J.H.J., Essers P.P.M., et al. Gender differences in Heart Failure; Data on Outcomes and Costs (*ESC. 2020*)

Eerste resultaten

EEN LAGE QOL SCORE IS EEN VOORSPELLER VAN MACE NA 12 MAANDEN VAN FOLLOW-UP¹²

		Total study population	MACE	
		% (n)	% (n)	Adj. OR (95% CI)
Total		100 (676)	9.6 (65)	
Gender	men	56.2 (380)	10.0 (38)	1
	women	43.8 (296)	9.1 (27)	0.78 (0.42-1.45)
Age	<65 year	28.6 (193)	6.2 (12)	1
	≥65 year	71.4 (483)	11.0 (53)	1.54 (0.64-3.71)
EHRA score (T0) ^a				
1 (No symptoms)		34.3 (231)	10.4 (24)	1
2-4 (symptoms)		65.7 (443)	9.3 (41)	0.74 (0.37-1.48)
Chadsvasc score (T0) ^b				
0-1		24.9 (167)	4.2 (7)	1
>1		75.1 (505)	11.1 (56)	1.70 (0.58-4.94)
HasBled (T0)				
0-1		56.2 (380)	5.0 (19)	1
>1		43.8 (296)	15.5 (46)	3.61 (1.79-7.27)
AFEQT score (T0) ^c				
First quartile (4.63 to ≤ 57.41)		27.2 (156)	17.9 (28)	2.30 (1.02-5.21)
Second quartile (>57.41 to ≤ 75.93)		23.2 (133)	11.3 (15)	1.49 (0.64-3.49)
Third quartile (>75.93 to ≤ 90.74)		24.9 (143)	1.4 (2)	0.14 (0.03-0.65)
Fourth quartile (>90.74 to 100)		24.7 (142)	9.9 (14)	1

AANGETOOND DAT ATRIUMFIBRILLEREN TE SCREENEN IS IN DE 1^{STE} LIJN¹³

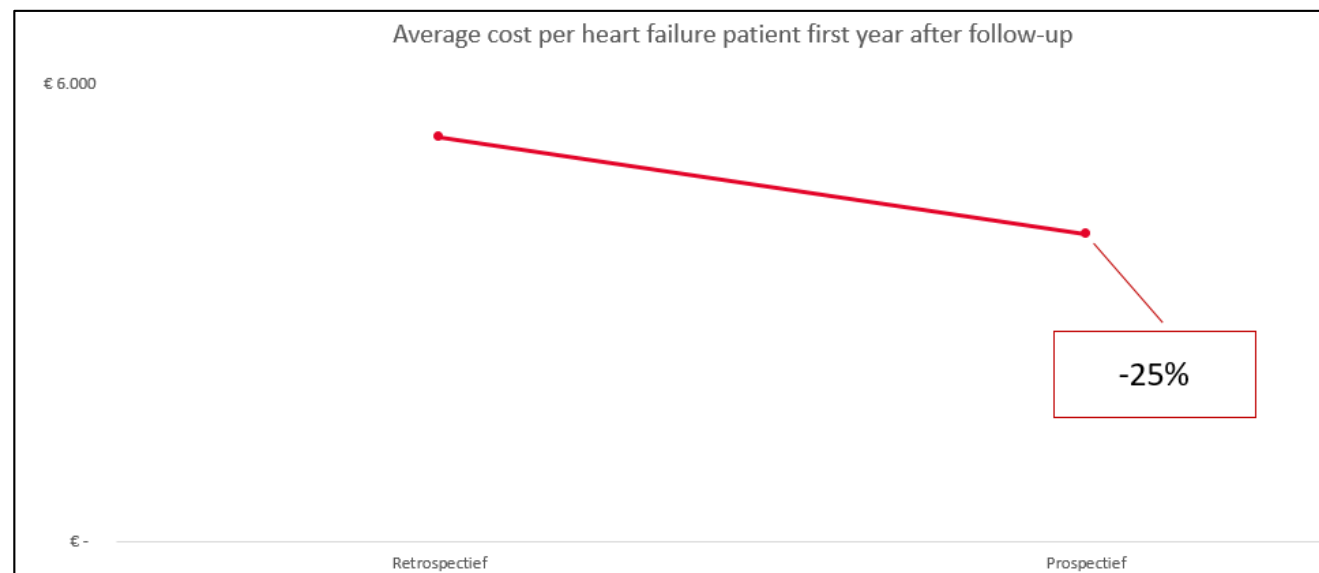
	Totaal (N= 64)	Bekend AF (n= 38) ^A	Vals positief (n= 20) ^B	Nieuw AF (n= 6) ^C
Leeftijd (gemiddeld)	75,8	78,3	71,0	75,7
Geslacht (% man)	57,8%	57,8%	60,0%	50,0%
CHA ₂ DS ₂ -VASc score (gemiddeld)	3,90	4,22	3,10	4,67
HAS-BLED score (gemiddeld)	1,97	2,08	1,75	2,0

^A Patiënten waarbij AF al eerder is ontdekt

^B Patiënten waarbij AF werd aangegeven door de MyDiagnostick, maar bij validatie met ECG geen AF kon worden aangetoond

^C Patiënten waarbij AF nog niet eerder is ontdekt

STERKE AFNAME IN ZORGKOSTEN NA IMPLEMENTATIE VAN ZORGSTANDAARD VOOR HARTFALEN¹⁴



¹²L.J.H.J. Theunissen et al. The association between AFEQT at baseline and MACE, hospitalizations and EHRA score after 12 months of follow-up (*in progress*)

¹³Cremers H.P., Theunissen L.J.H.J., Janssen J.H.P. & Berends E. Vroegsignalering van atriumfibrilleren: Eerste success van een transmurale samenwerking *Cordiaal*, juli 2018

¹⁴Cremers HP, Theunissen L.H.J., van de Ven ART, et al. ValueBased Healthcare ter verbetering van de hartfalenzorg. *Medisch Journaal*, december 2020



Eerste resultaten

- Infrastructuur ingericht voor implementatie van **transmurale projecten**
- Enkele voorbeelden:
 - **Screening van atriumfibrilleren**
 - **120 devices** verdeeld onder 4 huisartsen zorggroepen
 - Screening via praktijkondersteuner van huisarts
 - **>18.000 inwoners** in de regio gescreend
 - **>90 patiënten** met nieuw gediagnosticeerd atriumfibrilleren gedetecteerd en ingesteld op juiste medicatie
 - **Telemonitoring bij hartfalen patiënten**
 - Afstand monitoren van hartfalen patiënten in zowel de 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn
 - Opvolging van patiënten middels praktijkondersteuner in de 1^{ste} lijn en verpleegkundige in de 2^{de}/3^{de} lijn
 - Studie naar de succesfactoren voor implementatie van eHealth toepassingen¹⁵

EHEALTH IMPLEMENTATION GUIDELINE

AIM EHEALTH IMPLEMENTATION GUIDELINE
The eHealth implementation guideline is developed to support healthcare success factors for implementing eHealth programs. The instrument can be used before the eHealth program is implemented in practice, in order to determine a successful implementation trajectory.

UTILIZATION
The eHealth implementation guideline is used by scoring the individual determinants or present, before the implementation of an eHealth program starts. If determinants are missing before the start of the implementation of an eHealth program the organization can take additional measures.

DOMAIN	DETERMINANT	OPERATIONALIZATION	ASSESSMENT
Technology	Support	Support is available for users both during and after implementation of the e-health intervention.	AR
	Training	Users are trained on the use of the e-health intervention.	
	Usability	Patients are familiar with the use of an e-health intervention. Supporting staff and/or doctors are able to operate the e-health intervention and have easy access to the system.	
	Quality	The supporting infrastructure is of good quality.	
	Data Automatically	Information can be forwarded automatically from the eHealth program to the Electronic Medical Record (EMR).	
	Modular Construction	Various modules can be selected based on the patients' situation, preferences, and needs.	
	View Data	Patients, nurses and/or doctors have access to the patients' information in the eHealth program, and can (if necessary) add additional information.	
	Setting Bandwidths	It is possible to set bandwidths, or parameters such as blood pressure, weight, etc. per individual patient.	
	Open System	The eHealth program is able to connect with devices (i.e. to assess physiological parameters) and to exchange data with primary, secondary, and tertiary care EMRs.	

¹⁵Cremers HP, Theunissen LJHJ, et al. Successful implementation of eHealth interventions in healthcare: Development of an eHealth implementation guideline. *Health Services Management Research* (geaccepteerd)



Bekostiging van het NHN



KWALITEITSORGAAN



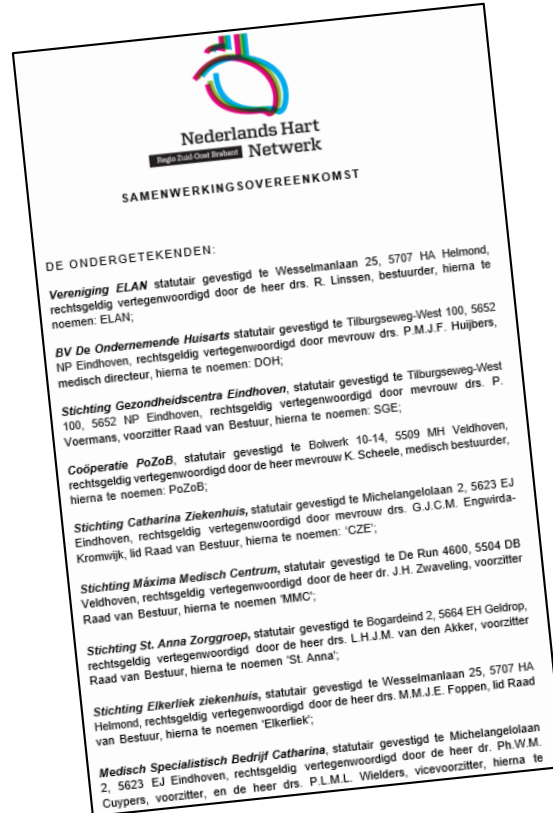
WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK



Toewerken naar impactvolle innovaties



DATA AANLEVERING



SAMENWERKINGS-
OVEREENKOMST



ZORGVERZEKERAARS



ONDERZOEK



Impactvolle innovaties

- Uitvoer van **chemische cardioversie**
- **Monitoring** van patiënten in thuissituatie
- **Voordeel:**
 - Minder ziekenhuisbezoeken voor de patiënt
 - Afname van elektrische cardioversies
 - Kwaliteit van leven bij patiënten



-
- Triage **NSTEMI** patiënten
 - In afstemming met **ambulancedienst** (risicoscore en troponine bepaling)
 - Hoog risico patiënten → PCI-centrum
 - Laag risico patiënten → niet-PCI centrum



In kaart brengen van zorgkosten

- Adviesgroep zorgkosten
 - In kaart brengen zorgkosten per hartaandoening
 - Juridisch traject voor aanlevering van gegevens uit zorgverzekeraars
- Adviesgroep zorgkosten zal ook ingaan op **ontwikkeling van contouren van financieringsmodel** voor regio Zuidoost Brabant
- In kaart brengen zorgkosten **NHR / DHD**
 - 2^{de} scenario
 - Aanlevering van benodigde zorgkosten door DHD aan NHR
 - Koppeling met patiënt-relevante uitkomsten aangeleverd door NHN
 - Ziekenhuizen aangesloten bij NHN opdrachtformulier voor DHD geaccordeerd

Netwerk (NHN) worden voor de ziektebeelden atriumfibrilleren, coronairlijden en kleprijden zowel de patiënt-relevante uitkomsten als de zorgkosten in kaart gebracht. In dit document volgt een stappenplan voor het in kaart brengen van uitkomsten en de zorgkosten, zodat per ziektebeeld dezelfde procedure doorlopen.

1. **PATIENTENSELECTIE**
Voor de selectie van de benodigde patiëntenpopulatie worden per ziektebeeld de benodigde inclusiecriteria in kaart gebracht op basis van de diagnosecode van het specifieke ziektebeeld (o.b.v. DBC-code).

INCLUSIECRITERIA (o.b.v. DBC-code):

EXCLUSIECRITERIA:

2. **PERIODE VOOR DATAVERZAMELING**
Voor het in kaart brengen van de patiënt-relevante uitkomsten en zorgkosten per ziektebeeld wordt de periode van de dataverzameling beschreven. Op deze manier wordt duidelijk vanaf welk moment (en tot welk moment) de benodigde data inzichtelijk moet worden gemaakt. Indien noodzakelijk kan een toelichting gegeven worden over de periode als er mogelijk een follow-up meting is uitgevoerd na X maanden buiten de gestelde periode (bijv. door een einddatum van de DBC).

PERIODE (DAG – MAAND – JAAR)

VAN: TOT: TOELICHTING:

3. **VARIABLEN ZORGKOSTEN DATA (INCL. SPECIALISMEN)**
Een overzicht wordt gemaakt van de benodigde zorgkosten data om kosten gerelateerd aan het ziektebeeld in kaart te brengen. De zorgkosten worden in kaart gebracht o.b.v. de zorgactiviteiten en/of DOT's die van toepassing zijn voor het specifieke ziektebeeld. Ter verduidelijking, voor de benodigde zorgkosten wordt per zorgactiviteit / DOT een korte uitleg gegeven.

Om een overzicht te maken van de benodigde zorgactiviteiten / DOT's wordt middels onderstaande tabel aangegeven welke specialismen mogelijk noodzakelijk zijn om de benodigde gegevens inzichtelijk te krijgen.

de specialismen geldt onderstaande tabel:

SPECIALISMEN

1.

2.



Samenvattend

VERBETEREN
UITKOMSTEN



AFNAME
ZORGKOSTEN



SAMENWERKING /
AFSTEMMING



INZICHT IN
ZORGPROCES



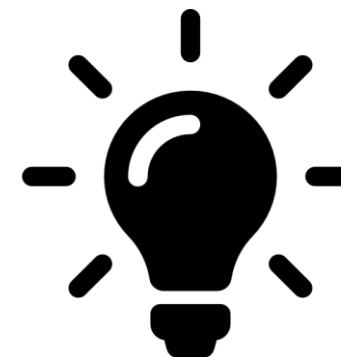
OPVOLGEN
RICHTLIJNEN



VERTROUWEN



REGIOBREDE
INNOVATIES





Vragen?

Op de hoogte blijven van de ontwikkelingen binnen het Nederlands Hart Netwerk?



Volg ons op LinkedIn: [linkedin.com/company/nederlands-hart-netwerk](https://www.linkedin.com/company/nederlands-hart-netwerk)



of check onze website: www.nederlandshartnetwerk.nl



<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/Onderzoek/Expertgroep/>

Tot ziens bij de volgende expertsessie