

Modelplan

Tele- en Thuismonitoring

Doorbraakmiddelen AZWA

29 september 2026

Inhoudsopgave

Oplegger modelplan	3
Waar dienen de doorbraakmiddelen voor?.....	3
Wat is een modelplan?	3
Wie kan aanvragen?.....	3
Voor welke toepassing kunt u aanvragen?	4
Voor welk type kosten kunt u financiering aanvragen?	4
Wanneer kunt u de aanvraag indienen?	5
1. Aanvraag en doel van de aanvraag.....	5
1.1 Aanvraag.....	6
1.2 Doel van de aanvraag.....	7
2. Aanpak en organisatie	8
2.1 Aanpak	8
2.1.1 Probleem	8
2.1.2 Verandering zorgproces.....	8
2.1.3 Technologie.....	10
2.1.4 Borging van adoptie.....	11
2.1.5 Wet- en regelgeving	12
2.2 Projectplanning.....	12
2.3 Projectteam en governance	15
2.3.1 Projectteam	15
2.3.2 Governance.....	16
3. Business case	17
3.1 Projectbegroting	17
3.2 Impact op arbeidsinzet	17
3.3 Indirecte effecten.....	18
4. KPI's en monitoring	20
4.1 KPI's	20
4.1.1 Inspannings-KPI's	20
4.1.2 Resultaat-KPI's.....	21
4.1.3 Overige KPI's.....	24
4.2 Monitoring	25
5. Risico's en mitigerende maatregelen.....	26

Oplegger modelplan

Waar dienen de doorbraakmiddelen voor?

De doorbraakmiddelen zijn een eenmalige investering vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Hiermee schaaft u concrete toepassingen versneld op die bijdragen aan de transitiedoelen van het AZWA. Het gaat om opschaling van bewezen, gevalideerde toepassingen en niet om nieuwe pilots. Zorgaanbieders gaan hun werkprocessen anders organiseren, waardoor ze de betreffende toepassing succesvol inzetten en opschalen. Uitgangspunt is dat de procesverandering aantoonbaar werkt en dat de financiële middelen helpen om deze breder uit te rollen naar meer organisaties, regio's of doelgroepen.

De aanvragers besteden de middelen in 2027, 2028 en 2029 en realiseren daarmee duurzame, structurele effecten op arbeidsproductiviteit en/of het verlagen van de zorgvraag. Na afloop van de eenmalige impuls wordt de toepassing geborgd via reguliere exploitatie.

Wat is een modelplan?

Een modelplan is een gestandaardiseerd format waarmee aanvragers van de doorbraakmiddelen de aanvraag uitwerken. Het modelplan bevat vijf hoofdstukken:

1. Aanvraag en doel van de aanvraag
2. Aanpak en organisatie
3. Business case
4. KPI's en monitoring
5. Risico's en mitigerende maatregelen

Wie kan aanvragen?

Zorginstellingen in de medisch-specialistische zorg (MSZ) kunnen de doorbraakmiddelen aanvragen. De zorginstelling is de aanvrager en vormt de drijvende kracht achter het hybride inrichten en organiseren van het zorgpad. U kunt de eerste lijn, en waar passend ook de wijkverpleging en het sociaal domein, als waardevolle regionale partner betrekken bij bepaalde zorgpaden. Als de eerste lijn betrokken is maakt de aanvrager goede financiële afspraken met deze partijen binnen het normbedrag.

Aanvragen zijn gezamenlijk: één of meerdere MSZ-instellingen vragen samen met een koploper aan. De koploper kan een MSZ-instelling zijn of een bestaand monitoringsinitiatief waarbij patiënten geïncorporeerd zijn in het hybride zorgpad. U mag ook met meerdere MSZ-instellingen en een koploper een aanvraag indienen. Een koploper-MSZ-instelling kan alleen zelf aanspraak maken op financiering als deze kan voldoen aan de resultaat-KPI's voor de eigen patiënten.

Koplopers met ervaring in het opschalen van tele- en thuismonitoring spelen een actieve rol in de samenwerking. Zij delen kennis, standaardprotocollen en/of monitoren de patiënten voor MSZ-instellingen die zich aansluiten. Er is geen financiering beschikbaar voor het opzetten van nieuwe samenwerkingsverbanden of nieuwe monitoringscentra. Als dat wel nodig is, dan financiert de aanvrager dat uit eigen middelen.

Voor welke toepassing kunt u aanvragen?

Bij telemonitoring past de zorgaanbieder het zorgpad aan door patiënten te monitoren met behulp van online vragenlijsten en/of (medische) meetapparaten op basis van de beschikbare standaard zorgpaden (zie bijlage). De patiënt meet thuis en de waarden worden gemonitord en bij afwijkende waarden gesignaleerd aan de zorgverlener.

Het modelplan bakent het toepassingsgebied af tot zes digitale hybride zorgpaden binnen de MSZ:

1. Astma
2. COPD
3. Hartfalen
4. IBD
5. Diabetes (diabetes type 1 en zwangerschapsdiabetes)
6. Zwangerschapshypertensie

Voor welk type kosten kunt u financiering aanvragen?

U kunt doorbraakmiddelen aanvragen voor een bijdrage aan de incidentele kosten voor opschaling van de toepassing. Daaronder vallen onder meer projectleiding, training, juridische voorbereiding en initiële implementatiekosten. Financiering is niet beschikbaar voor dekking van structurele kosten, waaronder licentiekosten (ook niet in het eerste jaar). Het toekenningsbedrag is normatief berekend, het is niet mogelijk om een hoger bedrag aan te vragen.

Doorbraakmiddelen zijn uitsluitend bedoeld voor het realiseren van de resultaten zoals opgenomen in het modelplan. Financiering van activiteiten die niet expliciet onderdeel zijn van het modelplan of die al zijn uitgevoerd (financiering met terugwerkende kracht) is niet mogelijk.

De doorbraakmiddelen lopen over de periode 2027 tot en met 2029 (drie jaar). U kunt alleen vergoeding krijgen voor daadwerkelijk gemaakte incidentele kosten. Kosten boven het toekenningsbedrag worden niet vergoed. U moet de gemaakte kosten kunnen aantonen volgens het verantwoordingskader.

Let op: er mag geen sprake zijn van dubbele financiering dan wel financiering van zaken waarvoor andere gealloceerde middelen (zoals IZA-transformatiemiddelen, STOZ-gelden of HLO-middelen) zijn toegekend. Mocht later blijken dat hier toch sprake van is, dan retourneert de indiener de middelen geheel of gedeeltelijk. Aanvragers lichten in hoofdstuk 3.1 toe of zij aan deze eis voldoen.

Na het gezamenlijke indieningsmoment wordt vastgesteld of het totaal van de ingediende aanvragen binnen het beschikbare budget past. Als ondanks de gezamenlijke inspanning van partijen blijkt dat het totaal van de aanvragen het beschikbare budget overschrijdt, wordt op de modelplannen een generieke korting toegepast van maximaal 10%. Bij het bepalen van de hoogte van deze korting wordt rekening gehouden met de gevolgen voor zowel de beoogde als de al gerealiseerde impact van de betreffende plannen.

Als de totale overschrijding van het beschikbare budget ondanks de gezamenlijke inspanning van partijen meer bedraagt dan 10%, vindt aanvullend bestuurlijk overleg plaats om te bepalen hoe met deze situatie wordt omgegaan en welke vervolgrichting wordt gekozen. Over het plaatsvinden van dit overleg, de overwegingen en de uitkomsten wordt richting betrokken partijen gecommuniceerd, zodat maximale transparantie wordt geboden over het proces en de besluitvorming.

Wanneer kunt u de aanvraag indienen?

Datum	Activiteit
1 januari 2027	Opening indieningsportaal (partijen kunnen aanvraag doen in portaal)
31 januari 2027	Sluiting indieningsportaal (laatste mogelijkheid om in te dienen)
Februari 2027	Beoordeling van de ingediende plannen door de zorgverzekeraars
Eerste helft maart 2027	Terugkoppeling over de beoordeling van uw plan Vaststelling of het geheel aan gezamenlijke aanvragen binnen het beschikbare budget past en of er bijgestuurd moet worden
Eind april 2027	Afronding contracten Afgeving van beschikkingen door de NZa

1. Aanvraag en doel van de aanvraag

1.1 Aanvraag

Vul hieronder informatie in over de indienende Zvw-partijen, de contactpersoon van het project en geef aan of u aan de gestelde eisen voldoet.

Naam plan

[Vul hier in]

Indienende Zvw-partijen:

Naam Zvw-instelling	AGB-code	Type instelling	Handtekening
<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>
...	...	...	...
...	...	...	...

Contactpersoon van het project (naam, organisatie, e-mailadres en telefoonnummer)

[Vul hier in]

Eisen uit oplegger “Wie kan aanvragen?”

Eis	Geef hieronder aan of de aanvraag voldoet aan de eis
De aanvragers zijn zorginstellingen in de medisch-specialistische zorg (MSZ). MSZ-instellingen zijn de aanvrager.	<i>[Ja / Nee]</i>
Aanvragen zijn gezamenlijk: een MSZ-instelling vraagt samen met een koploper aan. De koploper kan een MSZ-instelling zijn of een bestaand monitoringsinitiatief.	<i>[Ja / Nee]</i>

U kiest voor welke zorgpaden u aanvraagt (zie bijlage voor de standaard zorgpaden). Voor COPD, hartfalen en zwangerschapshypertensie is het bewijs voor impact het sterkst. Het inclusie-percentages is het aandeel patiënten dat in telemonitoring is opgenomen in het laatste jaar van het project: het aantal patiënten dat in dat jaar in telemonitoring is geïncludeerd, gedeeld door het totale aantal unieke patiënten in dat jaar.

1.2 Doel van de aanvraag

Het hoofddoel van de doorbraakmiddelen bij tele- en thuismonitoring is om door slimme inzet van een goed doordacht hybride zorgproces meer patiënten te helpen met hetzelfde aantal zorgverleners (of dezelfde patiënten met minder gespecialiseerde zorgverleners).

De voordelen van tele- en thuismonitoring zijn zichtbaar op de vier onderstaande gebieden:

1. **Minder polikliniekbezoeken.** Stabiele patiënten hoeven niet meer standaard naar de MSZ-instelling voor een routinecontrole. Als het goed gaat, dan ziet de monitoringsmedewerker dat in de meetgegevens. Het consult vindt alleen plaats als er een reden voor is.
2. **Minder ongeplande opnames.** Door telemonitoring merken zorgverleners een verslechtering eerder op; uit praktijkervaring blijkt dat patiënten hierdoor minder vaak op de SEH belanden.
3. **Betere kwaliteit van leven en zelfredzaamheid voor de patiënt.** Patiënten krijgen inzicht in hun eigen gegevens en gaan beter voorbereid het gesprek met de zorgprofessional in. Patiënten zijn minder tijd en kosten kwijt aan MSZ-instellingsbezoeken en ervaren minder terugval in gezondheid. Wie stabiel blijft, kan meer gebruikmaken van zorg en ondersteuning in de wijk. Meer zelfredzame patiënten zijn minder afhankelijk van intensief contact met zorgverleners.
4. **Kortere opnameduur.** Als een opname toch nodig is, dan kan de patiënt eerder naar huis omdat de monitoring thuis doorloopt. Dit vraagt mogelijk om afstemming met de wijkverpleging. Dit voorkomt onnodige ligdagen in de MSZ-instelling en bezetting van schaarse MSZ-instellingsbedden.

2. Aanpak en organisatie

2.1 Aanpak

In dit onderdeel beschrijft u hoe u de implementatie van tele- en thuismonitoring gaat uitvoeren.

2.1.1 Probleem

De zorg voor chronisch zieke patiënten staat onder druk door personeelstekorten, een groeiende zorgvraag en oplopende wachttijden op de polikliniek. Daarnaast worden patiënten soms fysiek gezien terwijl hun situatie stabiel is en hun behandeling geen aanpassingen nodig heeft. Verslechtering tussen de consulten merkt de zorgprofessional bovendien vaak pas tijdens het volgende consult op.

Tele- en thuismonitoring brengt de medische specialistische zorg dicht bij de patiënt en maakt continue opvolging mogelijk. Door metingen en vragenlijsten op afstand uit te vragen, kunnen zorgverleners patiënten op afstand volgen en gericht ingrijpen bij verslechtering. Hierdoor kan het aantal polikliniekbezoeken en heropnames afnemen, en komt capaciteit vrij voor patiënten die fysieke zorg het hardst nodig hebben.

2.1.2 Verandering zorgproces

Bij telemonitoring gaat het om het herinrichten van het zorgpad.

De huidige situatie (IST): na het stellen van de diagnose komt de patiënt in een vast ritme van polikliniekbezoeken terecht. Tijdens het consult verricht de zorgverlener metingen, ziet de patiënt kort en plant het volgende afspraakmoment. Tussen de consulten door heeft de MSZ-instelling weinig zicht op hoe het met de patiënt gaat. De zorgprofessional merkt verslechtering vaak pas op als de patiënt zelf belt of op de spoedeisende hulp verschijnt.

Het hybride zorgproces (SOLL): de patiënt meet thuis en vult mogelijk vragenlijsten in. In het hybride zorgpad gebeurt het routinematig in de gaten houden van de patiënt niet meer op de polikliniek. Niet alleen de zorgverlener, maar ook de patiënt herkent afwijkende waarden en patronen en is daardoor in toenemende mate zelfstandig. Het monitoringscentrum met goed ingerichte hybride zorgpaden neemt deze rol over. De meeste metingen worden automatisch beoordeeld door de software, aan de hand van vastgestelde signaleringsdrempels. Bij normale meetwaarden ontvangt de patiënt direct feedback via de app en is geen actie van een zorgverlener nodig. Alleen bij vooraf gedefinieerde signalen of afwijkende trends genereert het systeem een melding. De monitoringsmedewerker beoordeelt deze volgens gestandaardiseerde protocollen en handelt deze, waar mogelijk, zelfstandig af. Alleen patiënten die voldoen aan vooraf vastgestelde escalatiecriteria worden doorgestuurd naar een andere zorgprofessional. Deze werkwijze vermindert de routinematige monitoringslast voor zorgverleners, maakt taakverschuiving mogelijk en zorgt ervoor dat verpleegkundigen en artsen zich meer kunnen focussen op patiënten met een verhoogd risico op ziekteactiviteit of een daadwerkelijke zorgvraag.

[Geef aan of u bovenstaande IST en SOLL-beschrijving onderschrijft of wijk hier gemotiveerd vanaf]

De aanvragers onderschrijven het grote belang van harmonisatie en samenwerking om zo de schaalvoordelen in hybride zorg te verzilveren. Aanvragers zijn gericht op het efficiënt organiseren van hybride zorg en sluiten daartoe zo veel mogelijk aan bij koplopers. De voordelen van harmonisatie en samenwerking zijn er op drie niveaus: 1) zorgpaden en protocollen 2) ICT-infrastructuur en 3)

(gezamenlijke) organisatie van de monitoring zelf. Zorgverzekeraars toetsen uw aanvraag op deze drie niveaus aan het gezamenlijke doel van harmonisatie en samenwerking als basis voor efficiënte opschaling van hybride zorg. Dit betekent dat u uw keuzes hierin zorgvuldig moet toelichten en onderbouwen.

Beschrijf hieronder op de drie niveaus:

- Hoe u bijdraagt aan landelijke harmonisatie en realisatie van schaalvoordelen;
- Welke afwegingen en keuzes u daarin maakt en waarom.

a. Zorgpaden en protocollen

[Vul hier in]

b. ICT-infrastructuur

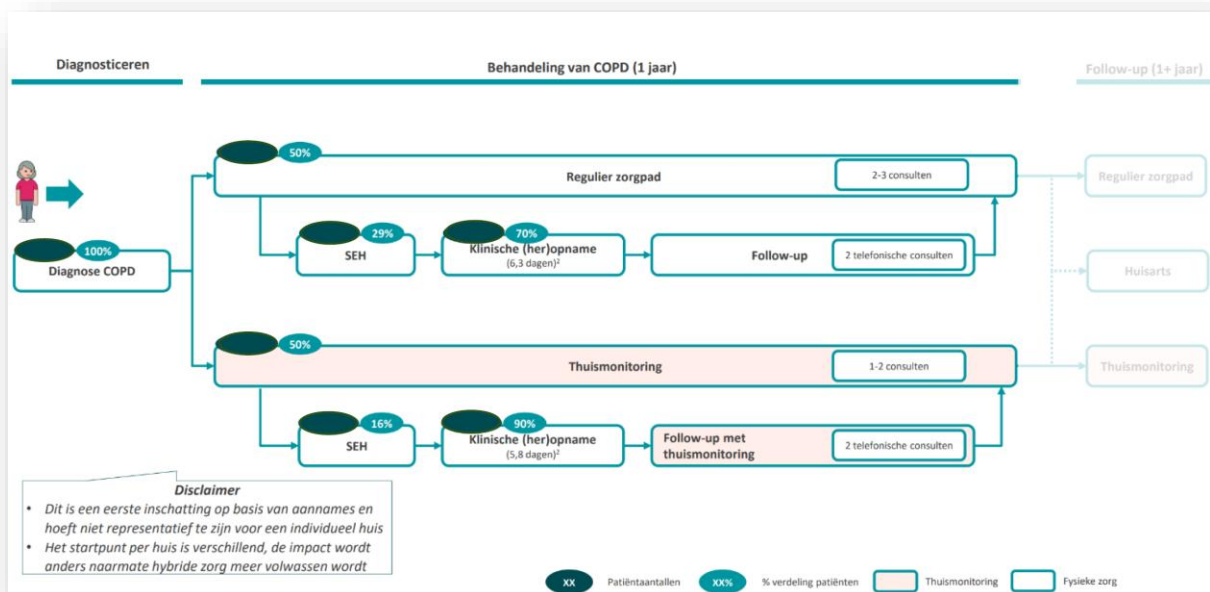
[Vul hier in]

c. Organisatie van de monitoring zelf

[Vul hier in]

Standaard zorgpaden. Voor elk van de zes zorgpaden is een standaard beschrijving van het zorgpad beschikbaar, gebaseerd op MSZ-instellingen die telemonitoring al in de praktijk toepassen (zie bijlage). Deze standaard zorgpaden vormen de basis van uw aanvraag: u gebruikt het standaard zorgpad om te beschrijven wat in uw eigen situatie concreet verandert ten opzichte van de huidige werkwijze. U bedenkt protocollen en drempelwaarden niet zelf, maar baseert deze op de ervaring van de koploper waarmee u samenwerkt.

1. Beschrijf welk standaard hybride zorgpad u overneemt en maak een schematische weergave van het zorgpad zoals in de bijlage. Voorbeeld (ter inspiratie) voor COPD:



[Vul hier in]

De verandering van werkwijze is niet technisch, maar vooral organisatorisch van aard. De volgende onderdelen zijn bepalend om de organisatorische verandering daadwerkelijk te laten slagen:

1. **Nieuwe rolverdeling.** De monitoringsmedewerker is het eerste aanspreekpunt. De zorgprofessional blijft hoofdbehandelaar, maar ziet de patiënt alleen op indicatie. Geef aan wie welke rol vervult en wat er verandert ten opzichte van nu.
2. **Nieuwe inrichting van het hybride zorgpad.** Telemonitoring is een integraal onderdeel van hybride zorg: digitaal waar passend, fysiek waar nodig. Beschrijf op basis van een standaard hybride zorgpad hoe het zorgpad eruitziet:
 - a. Welke patiënten meedoen (inclusiecriteria)
 - b. Wanneer u patiënten niet includeert
 - c. Wanneer u patiënten laat uitstromen (exclusiecriteria)
 - d. Welke gegevens u verzamelt en met welke frequentie
 - e. Welke drempelwaarden tot een melding of actie leiden
 - f. Wie de signalen beoordeelt en opvolgt, wanneer escalatie naar de zorgprofessional nodig is en welke actie dan benodigd is
 - g. Welke fysieke zorg (poliklinische controles) hiermee wordt vervangen
 - h. Terugvalprocedure bij uitval van de monitoring
3. **Afbouw oude proces.** Beschrijf hoe u het oude zorgproces afbouwt voor geïnccludeerde patiënten. Uit evaluaties (onder andere van Digizo.nu) blijkt dat het parallel laten lopen van het oude en nieuwe zorgproces de werkdruk juist kan verhogen. Geef aan hoe u borgt dat het nieuwe protocol volledig wordt toegepast voor geïnccludeerde patiënten.

1. Beschrijf hoe u de rolverdeling uit het standaard hybride zorgpad overneemt of wat er verandert.

[Vul hier in]

2. Beschrijf hoe de nieuwe inrichting van het hybride zorgpad eruitziet:
 - a. Welke patiënten meedoen (inclusiecriteria)
 - b. Wanneer u patiënten niet includeert
 - c. Wanneer u patiënten laat uitstromen (exclusiecriteria)
 - d. Welke gegevens u verzamelt en met welke frequentie
 - e. Welke drempelwaarden tot een melding of actie leiden
 - f. Wie de signalen beoordeelt en opvolgt, wanneer escalatie naar de zorgprofessional nodig is en welke actie dan benodigd is
 - g. Welke fysieke zorg (poliklinische controles) hiermee wordt vervangen
 - h. Beschrijf de 24/7-dekking en terugvalprocedure bij uitval van de monitoring

[Vul hier in]

3. Beschrijf hoe u het oude proces afbouwt.

[Vul hier in]

2.1.3 Technologie

Eisen aan de technologie. De technologie moet in ieder geval aan vijf functionele eisen voldoen: 1) de patiënt kan thuis meten, 2) de monitoringsmedewerker kan gegevens beoordelen en zo nodig escaleren, 3) de zorgprofessional beschikt op het juiste moment over een goed beeld van de patiënt, vooral als een interventie nodig is, in plaats van een ongefilterde stroom van alle meetdata, 4) het platform is direct

inzetbaar voor tele- en thuismonitoring en 5) de technologie voldoet aan wet- en regelgeving en is daarmee veilig en betrouwbaar.

Duurzame workflow-integratie. Zorg voor duurzame inbedding in de dagelijkse workflow/workflow-integratie. Kies voor oplossingen die aansluiten op de uniforme standaarden, zoals de EHDS. U houdt in het plan rekening met landelijke kaders en voorwaarden op het gebied van databeschikbaarheid en anticipeert op landelijke keuzes om desinvesteringen te voorkomen.

Ter ondersteuning bij de beoordeling van de toepassing en leverancier kunt u gebruikmaken van de leidraad van Digizo.nu, waarmee digitale toepassingen worden getoetst op onder meer veiligheid, risicobeheersing, effectiviteit en gegevensuitwisseling. De leidraad is een hulpmiddel dat kan helpen bij een onderbouwde technologiekeuze.

Beschrijf uw technologiekeuze op de onderdelen hierboven:

1. Eisen aan de technologie: welke technologie zet u in? Welke leverancier? Voldoet het aan de vijf eisen?

[Vul hier in]

2. Duurzame workflow-integratie: hoe is de data-uitwisseling met het EPD geregeld? Welke koppelingen zijn er al, welke ontbreken en hoe gaat u daar in de tussentijd mee om?

[Vul hier in]

2.1.4 Borging van adoptie

Succesvolle telemonitoring wordt niet alleen bepaald door de digitale vaardigheden van patiënten, maar door de samenhang tussen patiëntfactoren, zorgverleners, werkprocessen en organisatorische randvoorwaarden. Besteed daarom aandacht aan de volgende punten:

Voor patiënten

Bespreek inclusie met de patiënt en maak daarbij gebruik van Samen Beslissen. Digitale vaardigheden bepalen niet uitsluitend de geschiktheid voor telemonitoring. Ook motivatie, ervaren meerwaarde, gezondheidsvaardigheden, ziekte-inzicht, zelfeffectiviteit en persoonlijke voorkeuren spelen een rol.

Zorg daarom voor:

- Begrijpelijke patiëntinformatie
- Onboarding door een medewerker
- Mogelijkheid tot herhaalde uitleg
- Ondersteuning voor patiënten met beperkte taal-, gezondheids- of digitale vaardigheden. Verwijs patiënten die dit nodig hebben naar de Helpdesk Digitale Zorg
- Evaluatie van ervaren belasting en ervaren meerwaarde
- Alternatieve follow-up voor patiënten bij wie telemonitoring niet passend is

[Beschrijf hoe u de verandering borgt voor patiënten, ook na de doorbraakmiddelen]

Voor zorgverleners

Zorgverleners bepalen mede het succes van telemonitoring. Hun bereidheid om de nieuwe werkwijze in de dagelijkse praktijk te integreren en hun vertrouwen in geautomatiseerde signalering vragen om goede ondersteuning en scholing, gericht op zowel het gebruik als de meerwaarde.

Zorg voor:

- Scholing gericht op zowel het gebruik als de meerwaarde van telemonitoring
- Ondersteuning bij veranderende rollen, verantwoordelijkheden en werkprocessen
- Aandacht voor vertrouwen in telemonitoring door inzetten van een medisch ambassadeur
- Monitoring van ervaren werkbelasting, gebruiksgemak en acceptatie

[Beschrijf hoe u de verandering borgt voor zorgverleners, ook na de doorbraakmiddelen]

Voor zorgorganisaties

Bespreek periodiek de cijfers uit de monitoring (inclusie, alarmen, gebruik) met het team en stuur bij waar nodig. Maak knelpunten zichtbaar en koppel terug wat ermee gebeurt, zodat het team merkt dat signalen ergens toe leiden.

Zorg daarbij voor:

- Duidelijke taakverdeling tussen app, monitoringscentrum, monitoringsmedewerker en zorgprofessionals
- Integratie van telemonitoring in bestaande zorgprocessen
- Beschikbaarheid van voldoende implementatie- en veranderkundige ondersteuning
- Continue evaluatie van adoptie, duurzaamheid en kwaliteit van zorg

[Beschrijf hoe u de verandering borgt voor zorgorganisaties, ook na de doorbraakmiddelen]

2.1.5 Wet- en regelgeving

Aanvrager is verantwoordelijk voor het volgen van relevante wet- en regelgeving en landelijk beleid. Bijvoorbeeld AVG, MDR, en VWS-beleid over digitale zorg en gegevensuitwisseling.

[Committeert u zich aan deze voorwaarde: Ja/Nee]

2.2 Projectplanning

Bij de implementatie van tele- en thuismonitoring volgt u de aanpak van een MSZ-instelling die dit al heeft geïmplementeerd. De focus ligt op de procesverandering en op het hergebruiken van de werkwijze van koplopers, niet op de technologie.

Voordat het plan kan worden goedgekeurd, stemmen de deelnemende instellingen, en eventuele andere betrokken partijen, rollen en verwachtingen op elkaar af en leggen zij die vast in samenwerkings- en contractafspraken. Daarna vult de aanvrager dit aanvraagformulier van het modelplan in.

Het projectteam doorloopt per zorgpad vier fasen (op basis van ervaringen uit de praktijk, voor specifiekere stappen kunt u bijvoorbeeld samendezorgvernieuwen.nl raadplegen of de aanpak bespreken met de MSZ-instelling waarmee u samenwerkt). MSZ-instellingen die een fase al hebben afgerond, kunnen zich op de volgende fase richten.

Fase 1 – Klaar voor gebruik

Zorg dat de technische infrastructuur en de organisatorische randvoorwaarden op orde zijn voordat gebruikers starten. Werkt het bij de start niet, dan gaat draagvlak verloren dat later lastig te herstellen is. Maak het hybride zorgpad gereed voor inclusie:

- Neem het standaardprotocol en de drempelwaarden over van een ervaren instelling; bedenk deze niet zelf.

- Maak trainingsmateriaal en een trainingsplan voor de zorgverleners in de MSZ-instelling.
- Richt de stuurinformatie en zorgevaluatie in: bepaal welke patiënten meedoen, kies de uitkomstmaten, regel toestemming voor datagebruik en zet een dashboard op om resultaten en appgebruik te volgen.
- Leg het inclusie- en exclusieproces vast: bepaal welke patiënten meedoen, welke inclusie- en exclusiecriteria gelden en hoe de offboarding van patiënten verloopt.
- Stel de procesdoelen op (zie als voorbeeld [Procesdoelen en transformatieplan \(pptx\)](#)).
- Regel de praktische zaken: richt de werkprocessen en het EPD in, schat de benodigde monitoringsuren in, dek lokale risico's af, geef meetapparatuur uit, pas de app aan op de lokale situatie, stem af met de eerste lijn en leg het zorgpadprotocol vast in het kwaliteitsportaal.
- Ontwikkel samen met het uitvoeringsorgaan voor de patiëntmonitoring de werkafspraken, escalatiewaarden en planning. Spreek af hoe deze gaandeweg te evalueren en bij te stellen.
- Train de zorgverleners en betrokkenen.
- Voer een interne validatie uit en verricht de nulmeting.
- Doe een volledige proefdraai (dry run) voordat het zorgpad live gaat.

Fase 2 – Eerste uitrol en tussenevaluatie

Start met een beperkte uitrol, zodat u aanloopproblemen oplost voordat het volume opbouwt. Sluit deze fase af met een tussenevaluatie en een go/no-go-moment op basis van de eerste KPI-uitkomsten.

- Doe een laatste controle voor de livegang: zijn de juridische zaken geregeld (zoals getekende contracten) en zijn alle risico's afgedekt die actie vroegen?
- Ga live: includeer de eerste patiënten via Samen Beslissen, laat de eerste metingen binnenkomen en spoor knelpunten op.
- Bouw voor de geïncludeerde patiënten het oude werkproces af.
- Blijf in de eerste periode wekelijks evalueren en bespreek knelpunten.
- Monitor na de eerste weken de inclusie: houd bij hoeveel en welke patiënten worden geïncludeerd en stuur bij waar nodig.
- Pas verbeteringen uit de evaluatie toe (bijv. het inclusieproces, de werkwijze van de monitoringsmedewerkers en de offboarding van patiënten).

Fase 3 – Opschaling

Bouw het gebruik stapsgewijs op in een gefaseerde aanpak en wissel ervaringen actief uit tussen teams, afdelingen of locaties.

- Volg de voortgang van de vernieuwing en bespreek die regelmatig op verschillende niveaus. Betrek de zorgverleners actief: zij zijn de sleutel tot een succesvolle verandering.
- Blijf de KPI's meten en monitor de kwaliteit en de risico's.

Fase 4 – Eindevaluatie en borging

Rond het traject af met een eindevaluatie en borg de nieuwe werkwijze.

- Voer een eindmeting uit en leg de geleerde lessen vast, ook wat niet werkte.
- Maak duidelijke interne afspraken over de structurele borging van het zorgpad.

Doorlooptijd per zorgpad: 4 tot 6 maanden van kick-off tot go-live. Of u meerdere zorgpaden tegelijk kunt uitvoeren, hangt af van de lokale capaciteit.

Geplande startdatum

Zorgpad	Geplande startdatum
[Vul hier in]	[Vul hier in]
[Vul hier in]	[Vul hier in]
[Vul hier in]	[Vul hier in]
[Vul hier in]	[Vul hier in]
[Vul hier in]	[Vul hier in]
[Vul hier in]	[Vul hier in]

Geplande looptijd project (in maanden)

[Vul hier in]

Vul hier de projectplanning aan met meer detail en context.

Projectfase	Activiteiten	Planning <i>Start op</i>	Planning <i>Afgerond op</i>
Fase 1: klaar voor gebruik	[Vul in activiteit 1]	..	...
	[Vul in activiteit 2]		
Fase 2: eerste uitrol en tussenevaluatie	...		
Fase 3: opschaling			
Fase 4: eindevaluatie en borging			

2.3 Projectteam en governance

2.3.1 Projectteam

De implementatie van telemonitoring vraagt een projectorganisatie op vier niveaus: projectverantwoording, projectcoördinatie, projectteam en ondersteuning. Maak bij het samenstellen van het projectplan gebruik van de ervaring die de koploper hiermee heeft opgedaan.

Betrokkenen aan MSZ-instellingszijde

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de mogelijke rollen om één zorgpad te implementeren. U vult de rollen zoveel mogelijk intern in.

Laag	Rol	Verantwoordelijkheid
Projectverantwoording	Manager poliklinieken	Escalatie niveau 2; creëren van voorwaarden voor doelbereik; bewaken businesscase-doelen
Projectcoördinatie	Implementatiemanager lokaal	Afstemming tactisch niveau (scope, voortgang); escalatie niveau 1
Projectteam	Projectleider	Coördinatie en uitvoering lokale acties; dagelijkse stand-up
Projectteam	Teammanager monitoring*	Leidinggeven monitoringsmedewerkers
Projectteam	Medisch manager per zorgpad*	Informerend betrokken; nauwere betrokkenheid bij nieuw zorgpad op het platform
Projectteam	Verpleegkundigen	Input lokale monitorings-processen; ontwikkelen en trainen richting monitorings-werkwijze
Ondersteuning	Contactpersoon ICT	Werkzaamheden lokale systemen (EPD, ICT-rechten)
Ondersteuning	Contactpersoon M&C*	Patiëntcommunicatie en externe informatievoorziening
Ondersteuning	Contactpersoon HR*	Ondersteuning detachering medewerkers
Ondersteuning	Jurist*	Toetsing contracten, gegevensverwerking en privacy (AVG/WGBO)
Ondersteuning	DBC-adviseur*	Advies over registratie en declaratie binnen de DBC-systematiek
Ondersteuning	Inkoop*	Ondersteuning bij traject van aanschaf en mogelijke aanbestedingsplichtigheid

** Rol niet in elke implementatie nodig. Het projectteam bepaalt de exacte teambezetting in de evaluatie van de voorbereidingsfase (sprint 0).*

Medisch ambassadeur

Elke vakgroep wijst een medisch ambassadeur aan. Dit is geen formele projectrol maar een veranderkundige succesfactor. Specialisten krijgen vertrouwen door zelf ervaring op te doen. De ambassadeur heeft een actieve rol in het informeren en stimuleren van collega's om met thuismonitoring te werken en het zorgproces aan te passen.

Koploper en overige rollen

Afhankelijk van de gekozen implementatie reserveert u daarnaast capaciteit bij de koploper om het proces te begeleiden. Mogelijk geldt dit ook voor het monitoringscentrum, afhankelijk van hoe de monitoring wordt georganiseerd.

2.3.2 Governance

Beperk de overleggen tot het strikt noodzakelijke. Ervaring leert dat te veel overleglagen de snelheid uit het project kunnen halen. Liever één goed voorbereid kwartaaloverleg dan maandelijkse stuurgroepen die veel tijd kosten maar in de praktijk beperkt bijdragen aan besluitvaardigheid. De richtlijn is daarom:

- **Stuurgroep per organisatie:** elke deelnemende MSZ-instelling heeft een eigen stuurgroep die maximaal eens per kwartaal bijeenkomt en het behalen van de businesscase-doelen en de voortgang op KPI's bewaakt.
- **Afstemming tussen MSZ-instellingen:** hoe de MSZ-instellingen onderling afstemmen, hangt af van de samenwerkingsvorm. Vormen zij samen één projectteam, dan verloopt de afstemming binnen dat team. Werken zij met eigen projectteams, dan stemmen zij periodiek af in een gezamenlijk overleg. In beide gevallen delen zij voortgang, knelpunten en lessen en bewaken zij dat de zorgpaden tussen de MSZ-instellingen op één lijn blijven.
- **Projectcoördinatie:** wekelijks overleg tussen de implementatiemanager van de MSZ-instelling en de implementatie expert van de koploper. Rapporteert aan de stuurgroep.
- **Projectteam:** dagelijks overleg tijdens eerste fases.

[Beschrijf de governancestructuur]

3. Business case

3.1 Projectbegroting

U kunt doorbraakmiddelen aanvragen voor een bijdrage aan de incidentele kosten voor opschaling van de toepassing. Daaronder vallen onder meer projectleiding, training, juridische voorbereiding en initiële implementatiekosten. Financiering is niet beschikbaar voor dekking van structurele kosten, waaronder licentiekosten (ook niet in het eerste jaar). Het toekenningsbedrag is normatief berekend, het is niet mogelijk om een hoger bedrag aan te vragen.

Toekenningsbedrag: € *[berekend toekenningsbedrag]*

Het toekenningsbedrag is normatief opgebouwd uit twee componenten:

Component	Bedrag	Dekt
Vast bedrag per zorgpad per MSZ-instelling	€ 80.000	De kosten om telemonitoring op te starten binnen één zorgpad in één MSZ-instelling
Toeslag programmamanagement	15% bovenop totaal	De kosten van programmamanagement die horen bij een effectieve implementatie, waarbij partijen leren van elkaar

Het normbedrag per zorgpad per MSZ-instelling is € 80.000. Vermeerderd met een programmamanagement-toeslag van 15% komt het totale bedrag per zorgpad uit op € 92.000. Dat betekent dus € 552.000 voor een aanvraag van zes zorgpaden voor één MSZ-instelling. De MSZ-instelling bepaalt zelf hoe dit te verdelen met de koploper waarmee de MSZ-instelling samenwerkt.

De doorbraakmiddelen lopen over de periode 2027 tot 2029 (drie jaar). U kunt alleen vergoeding krijgen voor daadwerkelijk gemaakte incidentele kosten. Kosten boven het toekenningsbedrag worden niet vergoed. U moet de gemaakte kosten kunnen aantonen volgens het verantwoordingskader.

Het toekenningsbedrag volgt uit uw aantal zorgpaden en MSZ-instellingen zoals ingevuld in paragraaf 1.1 van de aanvraag.

Geen dubbele financiering

U mag de doorbraakmiddelen niet gebruiken voor zaken die al uit andere middelen worden gefinancierd (zoals IZA-transformatiemiddelen, STOZ-gelden of HLO-middelen). Geef aan of u aan deze eis voldoet.

Let op: mocht later blijken dat toch sprake is van dubbele financiering, dan retourneert de indiener de middelen geheel of gedeeltelijk.

[Ja / Nee met toelichting en handtekening van bestuur per deelnemende organisatie]

3.2 Impact op arbeidsinzet

De opschaling van tele- en thuismonitoring levert impact op arbeidsinzet op. Deze besparing is normatief vastgesteld op 15 fte per geïnvesteerde miljoen euro.

De structurele baten zijn berekend op basis van twee aannames: % geïnccludeerde patiënten per zorgpad en verwachte netto besparing per patiënt. Beide aannames zijn onderbouwd met gerealiseerde praktijkcijfers uit eerdere implementaties van tele- en thuismonitoring in vergelijkbare zorgpaden. Gemiddeld over de zes zorgpaden komt het neer op een inclusie van ongeveer 46% en een netto besparing per patiënt per jaar van ongeveer 280 euro.

% geïnccludeerde patiënten per zorgpad per MSZ-instelling:

- Astma: 40%
- COPD: 40%
- Hartfalen: 30%
- IBD: 45%
- Diabetes type 1 en zwangerschapsdiabetes: 50%
- Zwangerschapshypertensie: 40%

Structurele lasten vallen buiten de aangevraagde financiering en komen voor rekening van de aanvrager. U dient er rekening mee te houden dat u deze vaste kosten structureel moet kunnen dragen.

Bij goedkeuring van de aanvraag heeft de beoordelaar de intentie om de toepassing structureel te borgen na inzet van de doorbraakmiddelen

[Committeert u zich eraan dat u zich inzet om de bovenstaande impact op arbeidsinzet te behalen?]

Ja / Nee]

[Committeert u zich eraan dat u de intentie hebt om de toepassing duurzaam te implementeren?]

Ja / Nee]

[Beschrijf hoe u toewerkt naar structurele inbedding van de toepassing na inzet van de doorbraakmiddelen. Denk hierbij aan reguliere exploitatie of door in gesprek te gaan over afspraken tussen verzekeraar en aanbieder.]

3.3 Indirecte effecten

Telemonitoring heeft naast directe besparingen ook andere relevante effecten.

Positieve indirecte effecten. Eerder signaleren van verslechtingen in de gezondheid van de patiënt, meer eigen regie en minder vaak naar de MSZ-instelling. Dit levert patiënten een betere kwaliteit van leven op. Zorgpaden met een educatiecomponent in de app versterken het zelfmanagement. Deze effecten dragen bij aan hogere patiënttevredenheid en verlaging van de CO₂-uitstoot door minder reizen.

Negatieve indirecte effecten. De transformatie naar telemonitoring heeft ook een aantal mogelijke keerzijden. De belangrijkste:

- De werkdruk stijgt tijdelijk doordat het oude en nieuwe zorgproces parallel lopen. Een verplichte IST-SOLL-analyse met concreet afbouwpad voorkomt dat beide routes onnodig lang naast elkaar blijven bestaan.
- De caseload verschuift: stabiele patiënten gaan naar monitoring, waardoor de zorgzwaarte van de resterende groep patiënten op de polikliniek toeneemt. Bij MSZ-instellingen zonder wachtlijst kan telemonitoring leiden tot minder poliklinische bezoeken. Dat leidt tot omzetverlies zolang de vrijgekomen capaciteit niet meteen wordt benut.

- De sturing op inclusievolume kan een ongewenste prikkel geven om patiënten in de MSZ-instelling te houden die eigenlijk terug kunnen naar de eerste lijn of zelfzorg. Zorgvuldige toepassing van de exclusiecriteria is daarom van groot belang.

4. KPI's en monitoring

4.1 KPI's

Als aanvrager committeert u zich aan een set KPI's. De uitbetaling gebeurt in delen: u ontvangt het volgende deel als u de afgesproken mijlpalen haalt, waarbij u rapporteert over drie soorten KPI's:

- **Inspannings-KPI's:** wat u doet om de doorbraak te realiseren. Deze KPI's bepalen of u het invoeringsbudget krijgt uitbetaald (70% van het totaalbudget).
- **Resultaat-KPI's:** wat de inzet oplevert. Deze KPI's bepalen of u het resultaatbudget krijgt uitbetaald (30% van het totaalbudget).
- **Overige KPI's:** welke bredere effecten de toepassing heeft. Deze KPI's zijn niet direct gekoppeld aan uitbetaling, maar wel verplicht voor de evaluaties.

MSZ-instellingen die al verder zijn dan de standaard implementatie (Fase 1 – Klaar voor gebruik), kunnen een aanvraag indienen voor de doorontwikkeling van zorgpaden. In deze stap ontwikkelen en evalueren MSZ-instellingen hun werkwijze van het includeren van patiënten bij bestaande zorgpaden en optimaliseren deze activiteiten, zodat zij sneller kunnen opschalen. Deze MSZ-instellingen hebben telemonitoring al klaar voor gebruik (A1 en A2); deze twee delen vervallen in de uitbetaling. U maakt dan wel aanspraak op de overige delen (A3 en A4) en het resultaatbudget (B1). Dit betekent maximaal 55% van de € 92.000 per zorgpad per MSZ-instelling. Dus maximaal € 50.600 per zorgpad per MSZ-instelling met uitbetaling bij KPI's A3, A4 en B1.

4.1.1 Inspannings-KPI's

Het invoeringsbudget (70% van het totaal) wordt in vier delen uitbetaald: 15% na een goedgekeurd implementatieplan, 30% na klaar-voor-gebruik en bevestiging van go-live, 15% na tussenevaluatie en kennisdeling en 10% na eindevaluatie en kennisdeling.

KPI	Indicator	% van budget
A1 – Goedgekeurd plan	Modelplan is goedgekeurd.	15%
A2 – Klaar voor gebruik	Toepassing is klaar voor gebruik (technisch, organisatorisch en veranderkundig) en startsignaal is gegeven aan de teams. Deze KPI wordt behaald aan het einde van projectfase 1. Hiervoor is in ieder geval nodig dat: 1. Neem het standaardprotocol en de drempelwaarden over van een ervaren instelling; bedenk deze niet zelf. 2. Maak het trainingsmateriaal en een trainingsplan voor de zorgverleners in de MSZ-instelling. 3. Richt de stuurinformatie en zorgevaluatie in: bepaal welke patiënten meedoen, kies de uitkomstmaten, regel toestemming voor datagebruik en zet een dashboard op om resultaten en appgebruik te volgen.	30%

	4. Stel de procesdoelen op (zie als voorbeeld Procesdoelen en transformatieplan (pptx) in de bijlage). 5. Regel de praktische zaken: richt de werkprocessen en het EPD in, schat de benodigde monitoringsuren in, dek lokale risico's af, geef meetapparatuur uit, pas de app aan op de lokale situatie, stem af met de eerste lijn en leg het zorgpadprotocol vast in het kwaliteitsportaal. 6. Train de zorgverleners en betrokkenen. 7. Voer een interne validatie uit en verricht de nulmetingen. 8. Doe een volledige proefdraai (dry run) voordat het zorgpad live gaat. 9. Programma- en projectstructuur staat klaar op aanvraagniveau	
A3 – Tussentijdse evaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage op aanvraagniveau opgeleverd aan zorgverzekeraar aan het einde van projectfase 2, met gemeten waarden op de resultaat-KPI's én alle overige KPI's, afgezet tegen de nulmeting. Evalueer en licht toe hoe u naar aanleiding van de evaluatie verbeteringen toepast (bijv. het inclusieproces, de werkwijze van de monitoringsmedewerkers en de offboarding van patiënten). Kennisdeling: Op aanvraagniveau deelname en ten minste één bijdrage geleverd aan een landelijk kennisnetwerk, gericht op implementatie.	15%
A4 – Eindevaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage op aanvraagniveau opgeleverd aan zorgverzekeraar aan het einde van projectfase 4, met gemeten waarden op de resultaat-KPI's én alle overige KPI's, afgezet tegen de nulmeting. Kennisdeling: Op aanvraagniveau deelname en ten minste één bijdrage geleverd aan een landelijk kennisnetwerk, gericht op borging van adoptie en impact.	10%

LET OP: De precieze invulling van de dataverzameling voor de KPI's werken partijen in de zomer verder uit. Uitgangspunt is dat dit geen extra administratieve last bij de zorgaanbieders veroorzaakt, waarbij een afweging nodig is tussen het belang van goede informatie over kwaliteit en kosten enerzijds en administratieve lasten anderzijds.

4.1.2 Resultaat-KPI's

Het resultaatbudget is 30% van het totaalbudget. Het resultaatbudget wordt uitbetaald aan het einde van het project. U ontvangt dit naar rato van de behaalde reductie op arbeidsinzet ten opzichte van de doelstelling van 15 fte per geïnvesteerde miljoen, volgens onderstaande staffel:

≥ 60% van de doelstelling reductie arbeidsinzet behaald: 50% van het resultaatbudget.

≥ 80% van de doelstelling reductie arbeidsinzet behaald: 75% van het resultaatbudget.

≥ 100% van de doelstelling reductie arbeidsinzet behaald: 100% van het resultaatbudget.

Bij minder dan 60% van de doelstelling reductie arbeidsinzet volgt geen uitbetaling van het resultaatbudget. Voorwaarde is dat u de meting aantoonbaar heeft uitgevoerd. Uitbetaling en verantwoording verlopen per organisatie; de aanvrager bundelt de individuele resultaten tot één overzicht voor indiening.

KPI	Indicator	% van budget
B1 – Uitkomsten op impactgebieden	De aanvrager committeert zich vooraf, via een bestuurlijke handtekening, zich in te zetten om de reductie op arbeidsinzet van minimaal 15 fte per geïnvesteerde miljoen euro te halen, via minder consulten, SEH-bezoeken, ligdagen, enzovoort. Achteraf verantwoordt de aanvrager per impactgebied en zorgpad de gerealiseerde afname ten opzichte van de start van het project en de daaruit volgende bespaarde activiteiten. Op basis van deze onderbouwing stelt de zorgverzekeraar vast welk aandeel van de doelstelling is behaald. Op basis van de realisatie ten opzichte van de doelstelling wordt het resultaatbudget uitbetaald volgens de staffel hierboven.	30%

Voorbeeld: De daling in uitgevoerde activiteiten (zie de impactgebieden in de onderstaande tabel) wordt naar arbeidsinzet vertaald op basis van de gemiddelde arbeidsinzet van de betreffende activiteit, dus bijvoorbeeld 100 minder polibezoeken, maal de gemiddelde arbeidsinzet per polibezoek. Daar wordt de extra arbeidsinzet in het monitoringscentrum voor het betreffende zorgpad afgetrokken, om het effect op de totale arbeidsinzet vast te stellen. De norm is een besparing van 15 fte arbeidsinzet per euro miljoen doorbraakmiddelen, oftewel ongeveer 1,4 fte per zorgpad met een normbedrag van EUR 92.000.

[Committeert u zich, met een bestuurlijke handtekening, dat u zich inzet om de besparing op arbeidsinzet, overeenkomend met een arbeidsbesparing van 15 fte per geïnvesteerde miljoen euro, te behalen?]

Ja/ Nee + Bestuurlijke handtekening.]

Uitkomsten per zorgpad

Verantwoord achteraf per impactgebied de gerealiseerde afname (in aantal) voor telemonitoring-patiënten ten opzichte van de start van het project en vertaal die afname naar bespaarde arbeidsinzet per zorgpad. Dit laat welke arbeidsbesparing (in fte per geïnvesteerde miljoen euro) is gerealiseerd ten opzichte van de doelstelling van 15 fte.

Impactgebied	COPD	Hartfalen	Diabetes	IBD	Astma	Zwangerschaps-hypertensie
Polibezoeken (waar mogelijk onderscheid gepland/ ongepland)	x	x	x	x	x	x
Teleconsulten (telefonisch + digitaal, waar mogelijk onderscheid gepland/ ongepland)	x	x	x	x	x	x
SEH-opnames	x	x				x
Klinische (her)opname	x	x				x
Kortere klinische ligduur	x					x
Diagnostiek				x	x	
Neonatale uitkomsten						x

LET OP: De precieze invulling van de dataverzameling voor de KPI's werken partijen in de zomer verder uit. Uitgangspunt is dat dit geen extra administratieve last bij de zorgaanbieders veroorzaakt, waarbij een afweging nodig is tussen het belang van goede informatie over kwaliteit en kosten enerzijds en administratieve lasten anderzijds.

4.1.3 Overige KPI's

Overige KPI's meten het effect van de implementatie van de toepassing, maar zijn niet gekoppeld aan uitbetaling. Deze KPI's zijn wel verplicht voor de evaluatiepublicatie, wat het bijhouden van deze KPI's noodzakelijk maakt voor het behalen van KPI's A3 en A4. Voorwaarde is dat u de meting aantoonbaar heeft uitgevoerd; zonder uitgevoerde en onderbouwde meting volgt geen uitbetaling. U monitort de overige KPI's op organisatieniveau, maar levert de evaluatierapportages op aanvraagniveau op.

KPI	Indicator	% van budget
C1 - Veiligheid: Veiligheidsincidenten	Monitoring van veiligheidsincidenten.	Geen, wel essentieel om te monitoren voor behalen KPI's A3 en A4
C2 - Patiënttevredenheid	Ervaren tevredenheid van geïnccludeerde patiënten met het hybride zorgpad, gemeten met een gevalideerde vragenlijst (bijvoorbeeld een PREM of een rapportcijfer) bij aanvang en periodiek tijdens deelname. Minimaal gelijk aan of hoger dan de tevredenheid in de reguliere (IST-)zorg. Ter inspiratie: voor COPD kan CCQ, CAT, SGRQ en de ziektelastmeter mogelijk gebruikt worden. Voor astma ACQ en de ziektelastmeter.	Geen, wel essentieel om te monitoren voor behalen KPI's A3 en A4
C3 – Adoptie: Inclusiepercentage per zorgpad	De aanvrager rapporteert per zorgpad, voor elk jaar: (1) het totale aantal unieke patiënten, (2) het aantal daarvan dat binnen de inclusie- en exclusiecriteria valt, (3) het aantal patiënten dat in telemonitoring wordt geïnccludeerd, en (4) het inclusiepercentage: het aantal geïnccludeerde patiënten gedeeld door het totale aantal unieke patiënten. Zie de toelichting en streefpercentages hieronder.	Geen, wel essentieel om te monitoren voor behalen KPI's A3 en A4

Toelichting inclusiepercentage. Het inclusiepercentage is het aandeel patiënten dat in telemonitoring is opgenomen in het laatste jaar van het project: het aantal patiënten dat in dat jaar in telemonitoring is geïnccludeerd, gedeeld door het totale aantal unieke patiënten in dat jaar. Rapporteer daarbij expliciet het totale aantal unieke patiënten, het aantal dat binnen de inclusie- en exclusiecriteria valt en het aantal dat u gaat includeren, zodat het inclusievolume navolgbaar is. Doet u al aan telemonitoring, dan telt alleen de groei die u daar vanaf de inzet van de doorbraakmiddelen bovenop realiseert.

Zorgpad	Streef-% inclusiegroei in hybride zorgpad jaar 3
Astma	+40%
COPD	+40%
Hartfalen	+30%
IBD	+45%
Diabetes type 1 en zwangerschapsdiabetes	+50%
Zwangerschapshypertensie	+40%

Voorbeeld: Een MSZ-instelling die voor COPD al op 10% inclusie zit, moet met 40 procentpunt groeien naar 50% inclusie om het streefpercentage te behalen.

[Gaat u akkoord met de bovenstaande KPI's?

Ja/Nee]

4.2 Monitoring

ONTBREKENDE INFORMATIE: Landelijk wordt nog uitgewerkt via welk systeem en welk bijbehorend proces de aanvragers verantwoording afleggen over het behalen van de KPI's.

5. Risico's en mitigerende maatregelen

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste risico's bij de implementatie en per risico de mitigerende maatregelen die u kunt treffen. Het gestructureerd delen van leerervaringen is belangrijk voor het verder in kaart brengen en mitigeren van deze risico's.

Risico's	Mogelijke mitigerende maatregelen
Verandering werkprocessen	
Specialisten doen niet mee. Medisch specialisten dragen de monitoring van hun patiënten niet graag over aan een monitoringsmedewerker. Zonder steun van de vakgroep komt de inclusie niet op gang.	Elke vakgroep wijst een medisch ambassadeur aan. De scholing gaat over de techniek én over waarom telemonitoring helpt. We meten succes aan de inclusiecijfers: blijft het gebruik achter, dan werkt de aanpak niet.
Te weinig patiënten doen mee. Een brief of mail werkt nauwelijks. Een deel van de doelgroep is niet digitaal vaardig en haakt af.	Includeer patiënten persoonlijk via Samen Beslissen en doe persoonlijke onboarding. Zorg voor begrijpelijke, meertalige patiëntinformatie en instructievideo's, bied hulp bij de eerste aanmelding en verwijs patiënten met beperkte digitale vaardigheden naar de Helpdesk Digitale Zorg. Monitor de inclusie na de eerste weken en stuur bij waar nodig.
Oude en nieuwe werkwijze blijven naast elkaar bestaan. Als MSZ-instellingen het oude zorgproces niet afbouwen, doen zorgverleners dubbel werk en stijgt de werkdruk. De winst van telemonitoring blijft dan uit.	Bouw het oude zorgproces actief af voor geïnccludeerde patiënten, zoals beschreven in de projectplanning (Fase 2). Maak de afbouw onderdeel van de werkafspraken en bewaak via de tussenevaluatie dat routinecontroles daadwerkelijk uit de polikliniek verdwijnen in plaats van dubbel te lopen.
Patiënten blijven onnodig in de 2e lijn. Patiënten ervaren telemonitoring als prettig en veilig; bij terugverwijzing naar de huisarts vervalt de monitoring. Dat ontmoedigt zowel patiënt als specialist om af te schalen, waardoor patiënten langer dan nodig onder controle blijven in de 2e lijn.	Buiten dit traject het ontwikkelen van transmurale zorgpaden voor COPD, astma, CVRM (hartfalen) en diabetes, zodat telemonitoring bij terugverwijzing naar de huisarts gecontinueerd kan worden.
Financieel & structureel	
Structurele bekostiging zou de kosten niet dekken. Tegelijk leidt telemonitoring tot minder polibezoeken; MSZ-instellingen zonder wachtlijst kunnen de vrijgekomen ruimte niet meteen vullen. Beide effecten samen maken de business case op organisatieniveau na afloop van de doorbraakmiddelen mogelijk negatief en het bestuurlijk draagvlak valt weg.	Structurele lasten vallen buiten de aangevraagde financiering.
Lokaal monitoringscentrum stopt na afloop. Een lokaal monitoringscentrum dat na afloop van de doorbraakmiddelen financieel niet rondkomt, laat patiënten zonder monitoring achter.	De aanvragers onderschrijven het grote belang van harmonisatie en samenwerking om zo de schaalvoordelen in hybride zorg te verzilveren.

Werkdruk per zorgverlener stijgt. Routinecontacten, die relatief snel afgehandeld zijn, verdwijnen uit de polikliniek. De resterende caseload bestaat daardoor uit complexere patiënten, waardoor het werk per consult zwaarder wordt en de ervaren werkdruk stijgt ondanks een lager totaal aantal contacten.	Verschuif de routinematige monitoring naar het monitoringscentrum en de monitoringsmedewerker, zodat de zorgprofessional vooral de geëscaleerde, complexere patiënten ziet. Monitor de ervaren werkbelasting en stel de taakverdeling, escalatiewaarden en bezetting bij op basis van de tussenevaluatie.
Techniek & juridisch	
EPD en telemonitoringsplatform sluiten niet goed op elkaar aan. Zorgverleners moeten gegevens dubbel invoeren of handmatig overzetten. Dat verhoogt de administratielast en verlaagt het gebruik.	De aanvrager houdt rekening met landelijke standaarden en de Europese EHDS-eisen die vanaf 2027 stapsgewijs gaan gelden. Maatwerkkoppelingen die later vervangen moeten worden, raden we af.
Onduidelijke aansprakelijkheid. Verantwoordelijkheidsverdeling tussen MSZ-instelling en monitoring is juridisch niet altijd helder. Meetapparatuur die de patiënt thuis gebruikt valt onder andere wet- en regelgeving.	De aanvrager houdt rekening met (inter)nationale wet- en regelgeving.
Vastzitten aan één leverancier. Bij de keuze voor een telemonitoringsplatform of monitoringscentrum kan de MSZ-instelling vast komen te zitten aan één leverancier: als de data bij de leverancier blijven of overstappen duur is, kan de MSZ-instelling later niet makkelijk wisselen.	Data blijven eigendom van de MSZ-instelling, overstappen naar een andere leverancier is zonder problemen mogelijk en het systeem voldoet aan landelijke standaarden.
Patiëntveiligheid & data	
Gemiste alarmen of vertraagde respons. Telemonitoring verschuift een deel van de bewaking naar afstand. Als signalen 's avonds, 's nachts of in het weekend niet tijdig worden opgepikt, of als escalatieafspraken onduidelijk zijn, ontstaan patiëntveiligheidsrisico's.	De aanvrager beschrijft per zorgpad de signaaldrempels en escalatieroute, inclusief 24/7-dekking en terugvalprocedure bij uitval van de monitoring. Veiligheidsincidenten worden gemonitord via VIM-meldingen en periodiek geëvalueerd.
Datalek of uitval van het platform. Telemonitoring verwerkt medische data van patiënten thuis. Een datalek, langdurige platformuitval of onbetrouwbare metingen door verkeerd gebruik thuis schaden patiënten en het vertrouwen in de aanpak.	Het platform voldoet aan NEN 7510 en de eisen uit AVG en EHDS. De aanvrager beschrijft de uitwijkprocedure bij uitval, de instructie aan patiënten over correct gebruik thuis, en hoe datakwaliteit periodiek wordt gecontroleerd.

[Geef aan of u bovenstaande risico's en mitigerende maatregelen onderschrijft en vul deze verder aan]

Bijlage

Standaard zorgpaden ter inspiratie

Toelichting op dit document

TER INSPIRATIE

- De zorgpaden per aandoening zijn ter inspiratie vanuit de werkgroep en geven een beeld van hoe de IST- en SOLL-situatie kunnen worden gevisualiseerd. Ze zijn niet verplicht om over te nemen.
- De uitgangspunten van bestaande zorgpaden kunnen verouderd zijn, verschillen per zorginstelling en zijn vereenvoudigd weergegeven.
- De thuismonitoringszorgpaden zijn voorafgaand aan de implementatie ingeschat; de realisatie kan (zowel in positieve als negatieve zin) afwijken van deze inschatting.
- Voor zwangerschapshypertensie is aanvullende informatie ter inspiratie bijgevoegd over de mogelijke doelgroep, de meetprotocollen en de alarmdrempelwaarden en opvolging.
- Let op: Deze bijlage is opgesteld op basis van best practices van koplopers en input van de betrokken wetenschappelijke vereniging(en) zonder volledige achterbanraadpleging. De beschrijving vormt een werkbare basis en dient ter inspiratie voor de aanvraag; het is geen door de achterban gevalideerde richtlijn.

Agenda

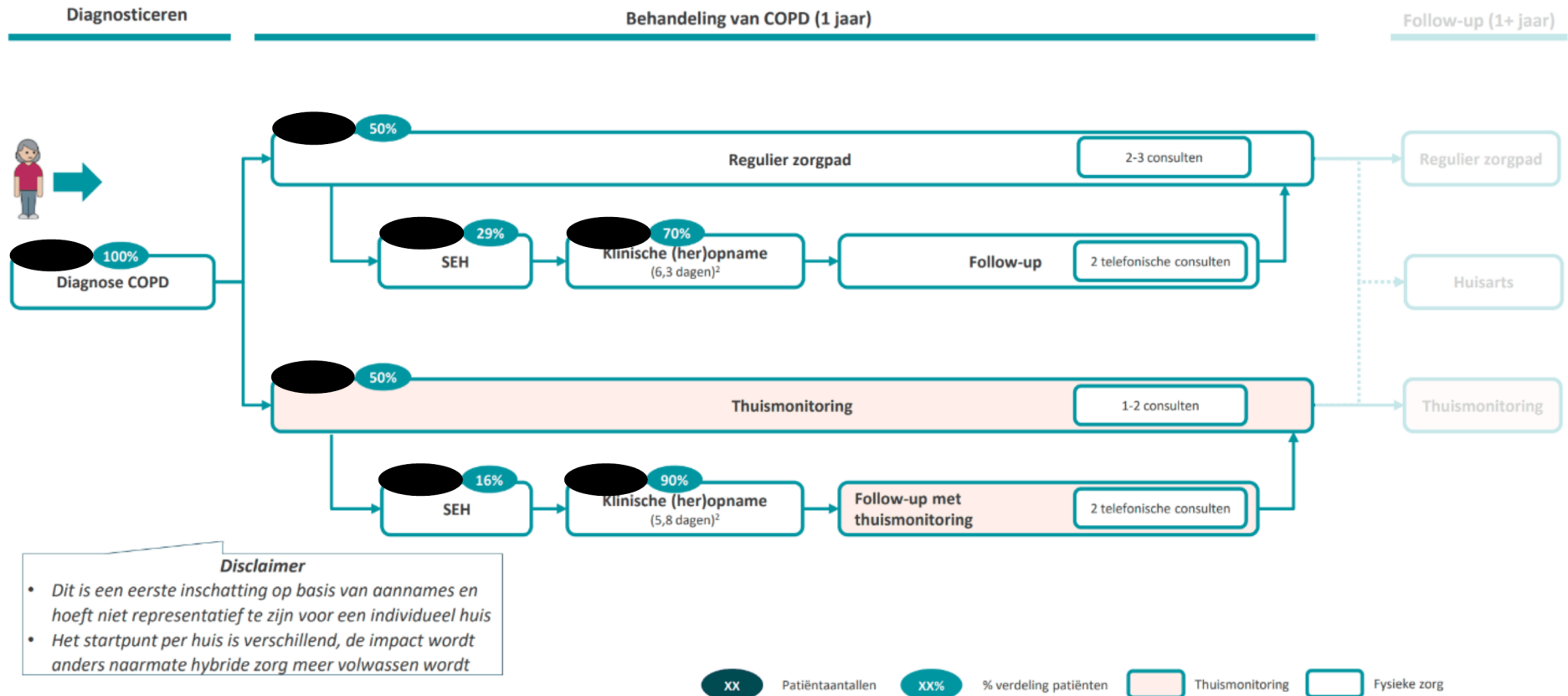
TER INSPIRATIE

Zorgpaden

Bijlage: extra inspiratie zwangerschapshypertensie

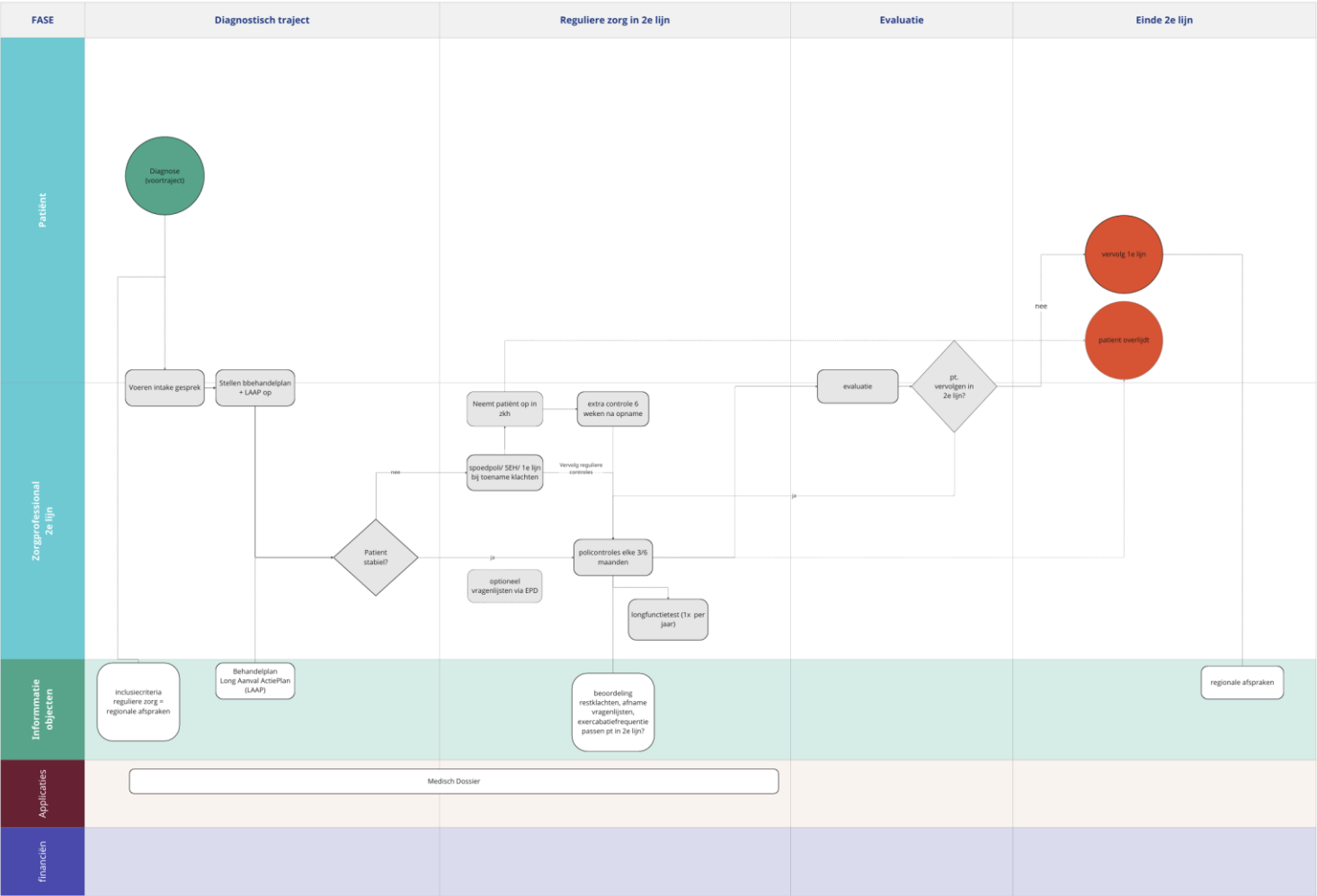
COPD | Eerste voorbeeld

TER INSPIRATIE



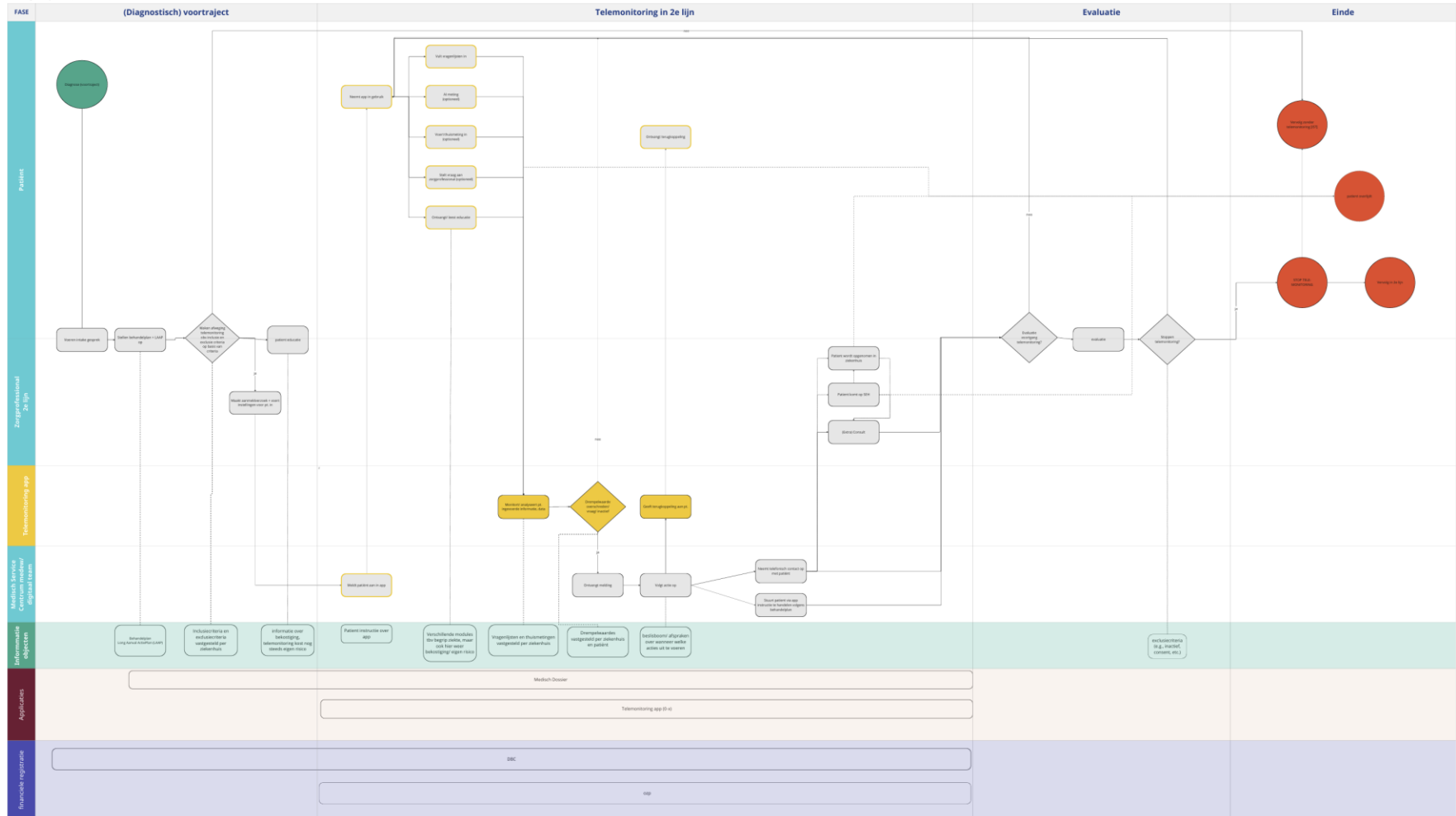
COPD | Tweede voorbeeld - IST

TER INSPIRATIE



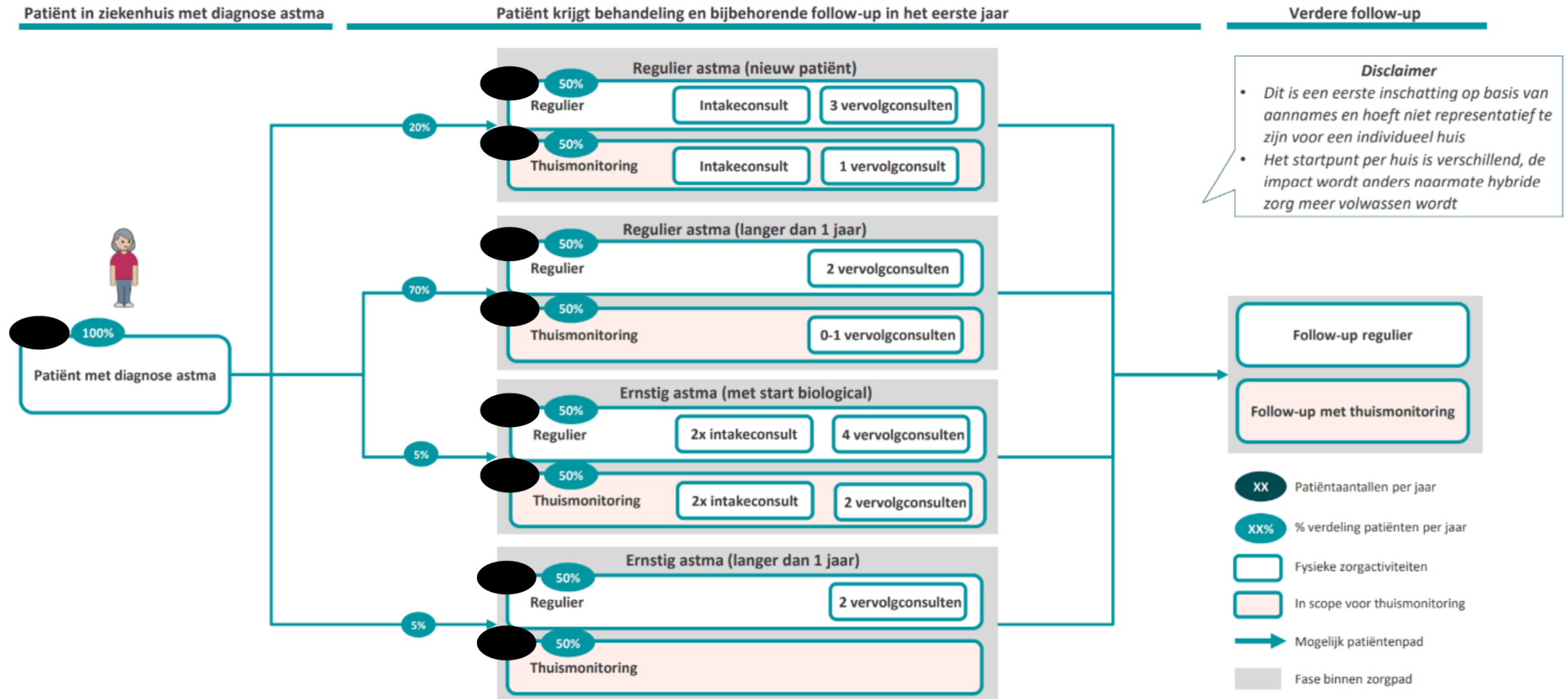
COPD | Tweede voorbeeld - SOLL

TER INSPIRATIE



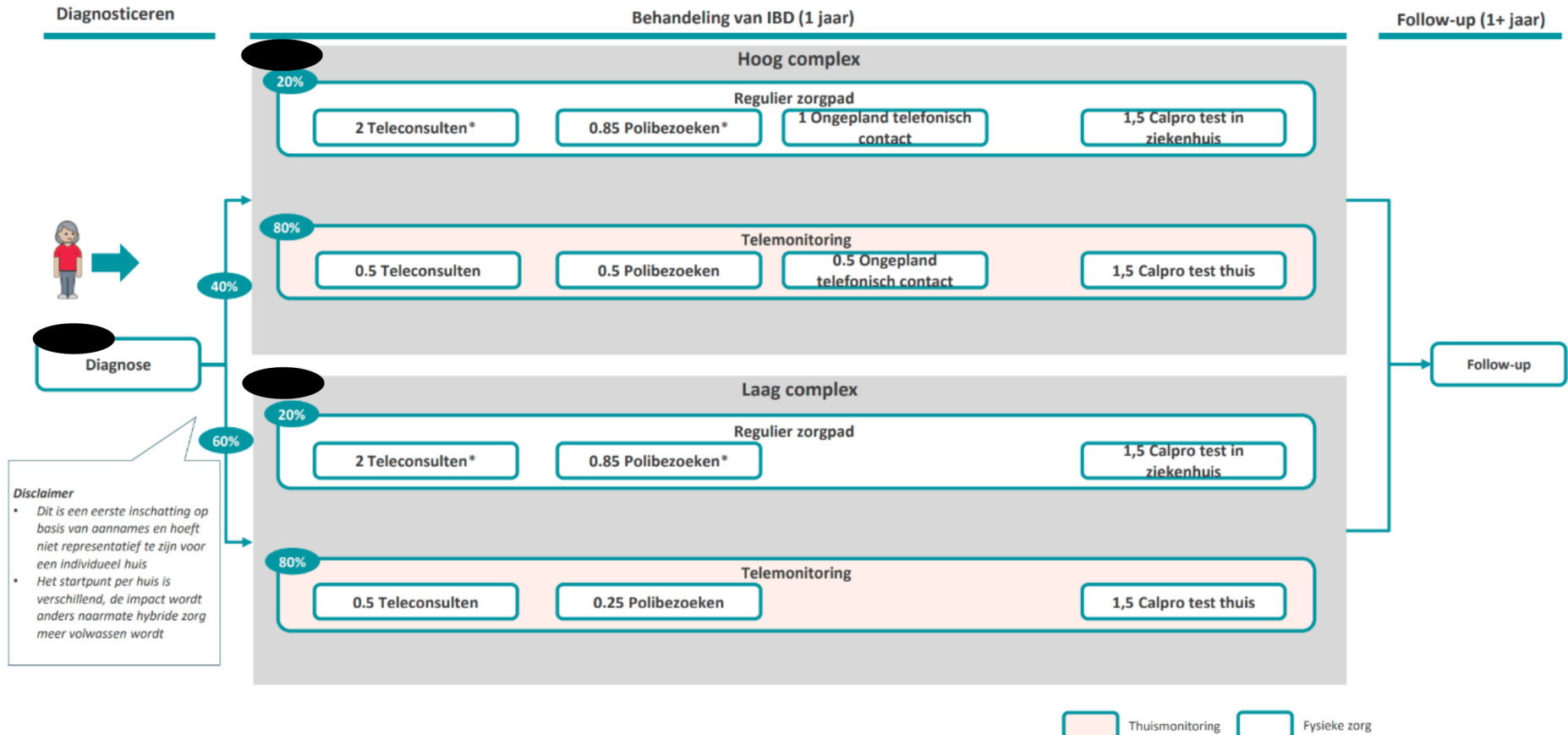
Astma

TER INSPIRATIE



IBD | Eerste voorbeeld

TER INSPIRATIE



IBD | Tweede voorbeeld (1)

TER INSPIRATIE

Binnen de IBD-zorg is door samenwerking van zorgprofessionals en Crohn-colitis.nl de laatste 10 jaar een voorbeeld ontwikkeld van een gevalideerd hybride zorgpad. Het betreft geen digitale applicatie, maar een herontwerp van het zorgproces waarbij routinematige controles deels worden vervangen door periodieke digitale monitoring en zorg op indicatie.

Het zorgpad bestaat uit:

- Periodieke gezondheidscontroles iedere vier maanden;
- Monitoring van ziekteactiviteit en psychosociale en leefstijl factoren vanuit patiënt en zorgprofessioneel perspectief;
 - UZ generieke PROMs (fysiek functioneren, sociaal functioneren, kwaliteit van leven, algemeen welzijn, slaap, vermoeidheid en pijn) en ziektespecifieke ziektelast (IBDcontrol);
 - Klinische ziekteactiviteit (MIAH + fecaal calprotectine);
 - Therapietrouw;
 - Medicatiebijwerkingen;
 - Complicaties (PRIQ-vragenlijst);
 - Leefstijl- en psychosociale factoren;
- Objectieve inflammatiemonitoring: fecaal calprotectine (waar mogelijk point-of-care thuistesten);
- Automatische triage op basis van vooraf vastgestelde alarmwaarden;
- Terugkoppeling naar patiënt en IBD-team;
- Een communicatiefunctie;
- Informatie voor patiënten en keuzehulp.

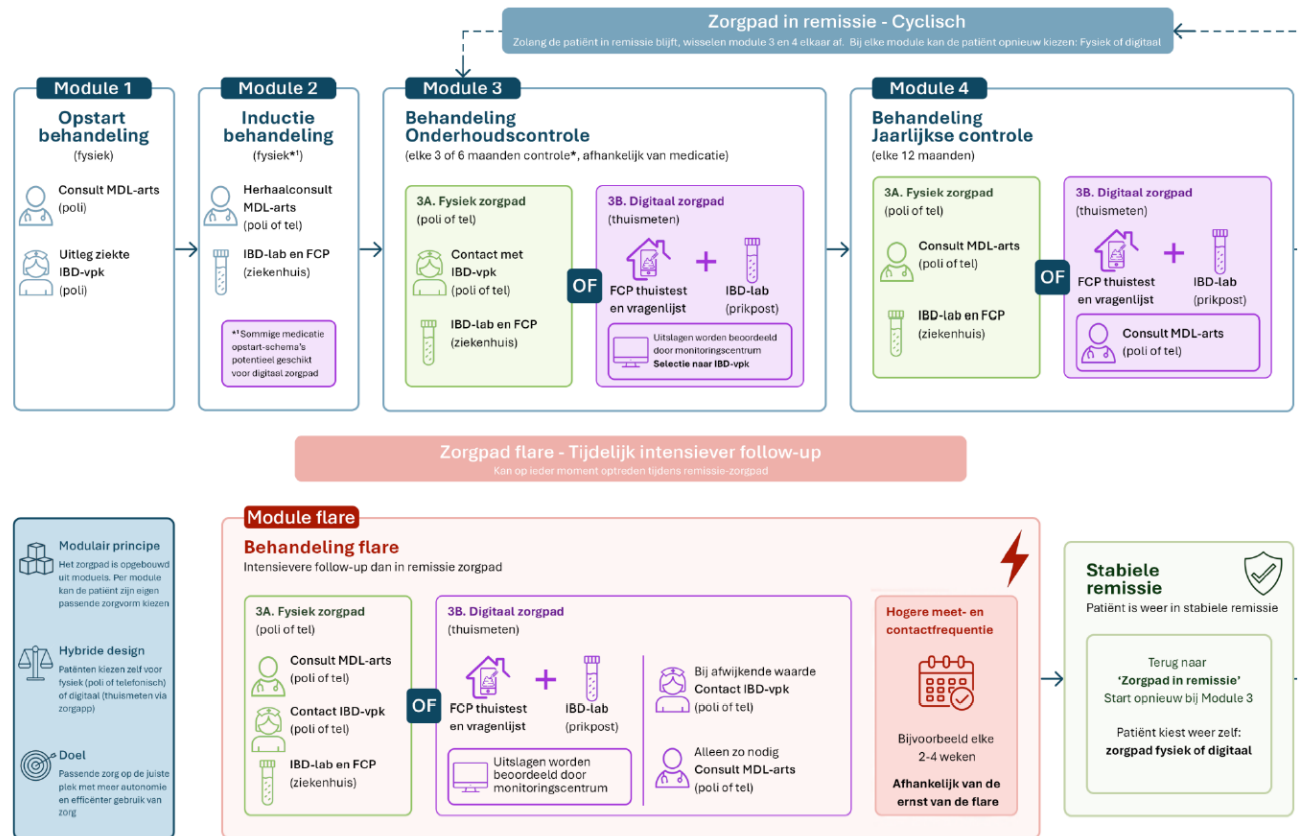
Hierdoor verandert het zorgmodel van geplande routinecontrole naar continue monitoring en interventie wanneer dit nodig is.

IBD | Tweede voorbeeld (2)

TER INSPIRATIE

Modulair Hybride Zorgpad voor IBD-Patiënten

Patiënt kiest per module: Fysiek (poli of telefonisch) of digitaal (thuismeten via zorgapp)

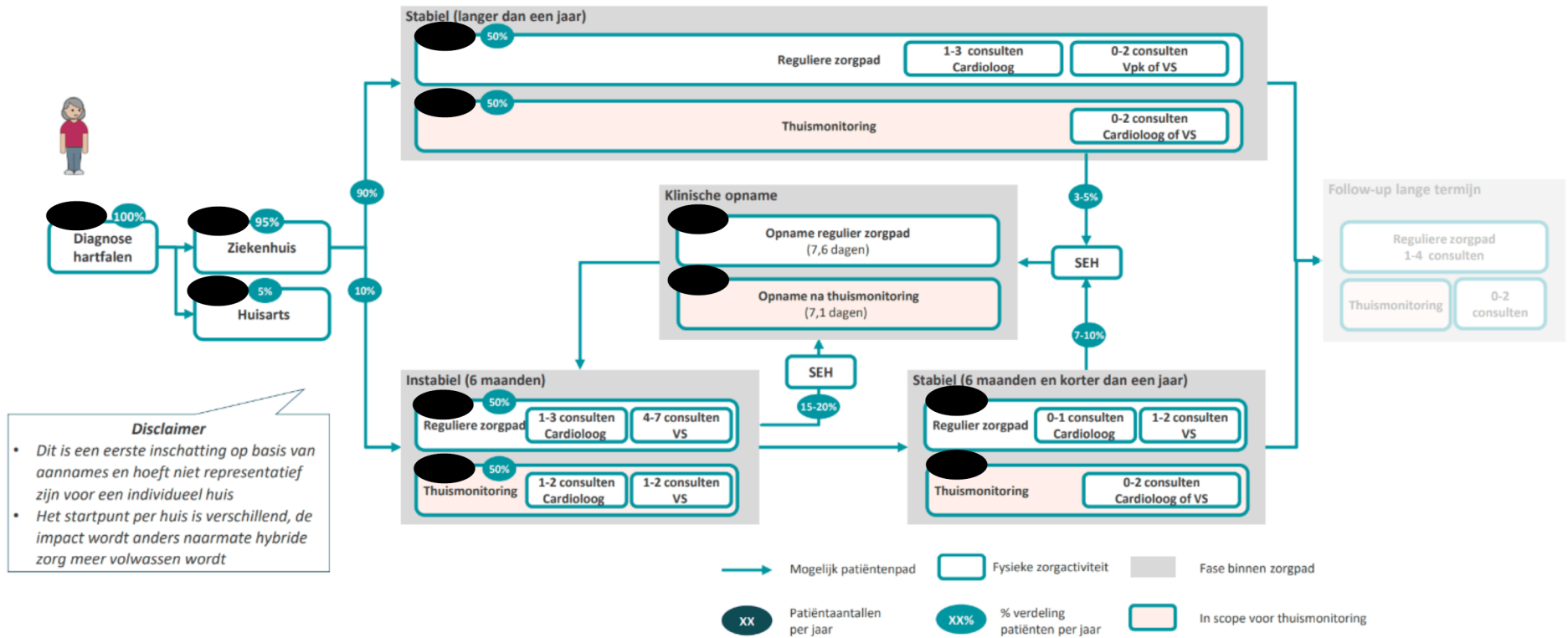


Hartfalen

TER INSPIRATIE

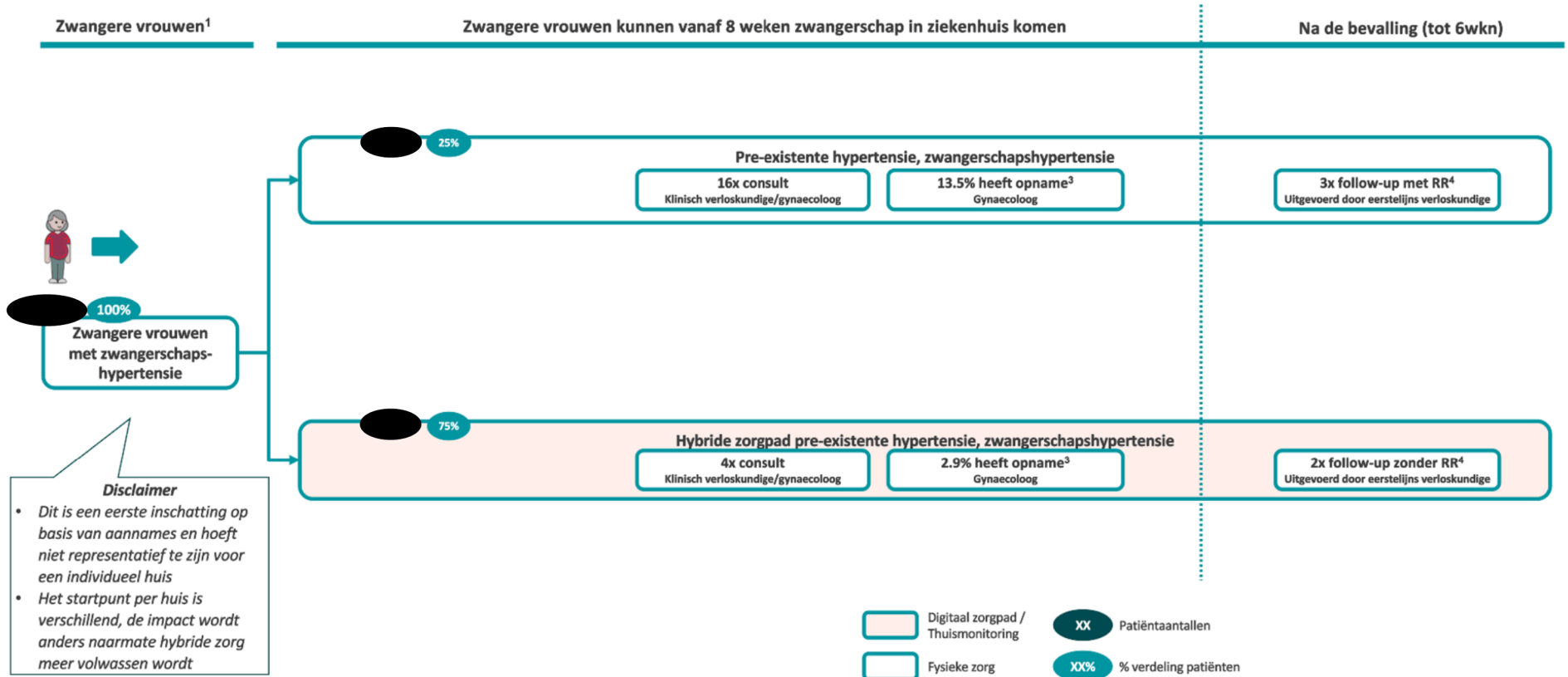
Na diagnose 2 follow-up mogelijkheden

Patiënt wordt behandeld voor stabiel of instabiel hartfalen en bij verslechtering is soms een klinische speedopname geïndiceerd



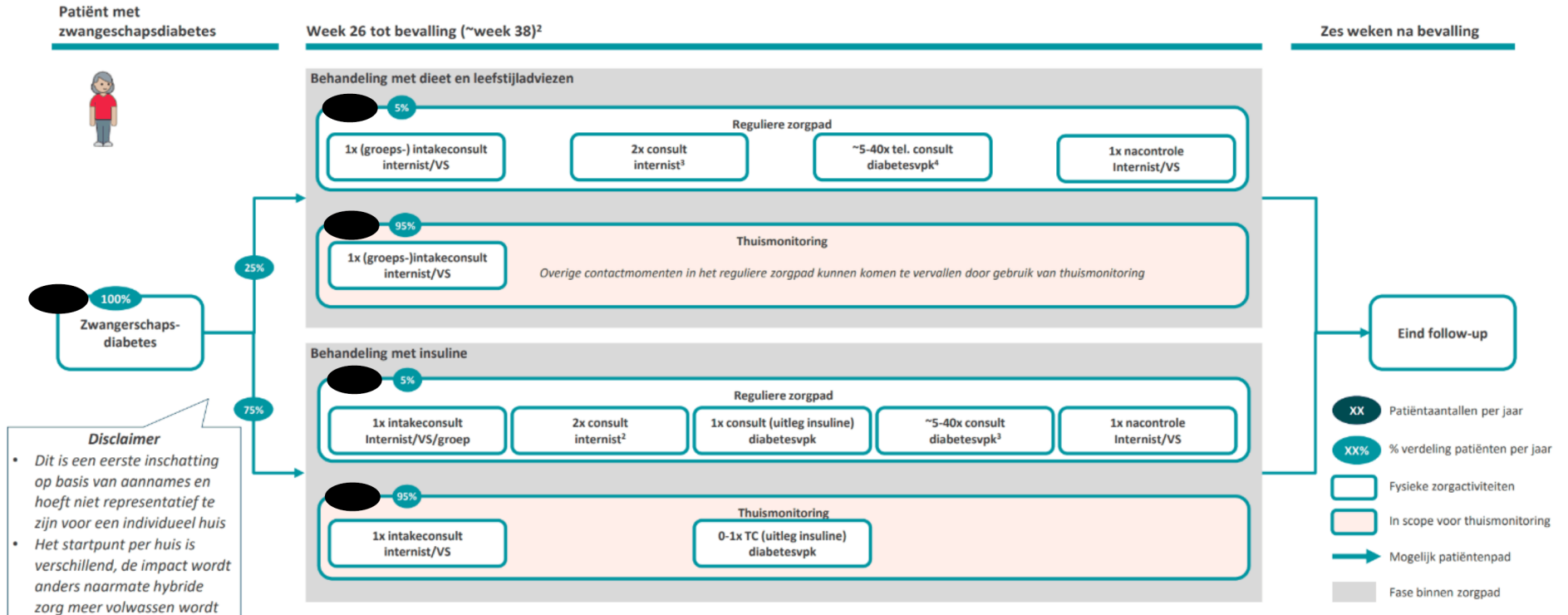
Zwangerschapshypertensie

TER INSPIRATIE



Zwangerschapsdiabetes

TER INSPIRATIE



Agenda

TER INSPIRATIE

Zorgpaden

Bijlage: extra inspiratie zwangerschapshypertensie

Er zijn vier indicatiegroepen

TER INSPIRATIE

1. Verhoogd risico

Hypertensie in eerder zwangerschap; chronische nierziekte; auto-immuunziekte (SLE/APS); diabetes type 1 of 2; of combinatie van ≥ 2 matige risicofactoren (nullipariteit, leeftijd ≥ 40 j, BMI > 35 , interval > 10 j, familieanamnese PE, meerling, placentaire insufficiëntie in VG, eiceldonatie).

2. Pre-existente hypertensie

Hypertensie gediagnosticeerd vóór zwangerschap of bij AD < 20 weken (RR sys ≥ 140 en/of dia ≥ 90 mmHg).

3. Hypertensieve aandoening huidig

Zwangerschaps-hypertensie (PIH, AD > 20 wkn), pre-eclampsie (ZH + proteïnurie ≥ 30 mg/mmol en/of orgaandysfunctie), gesuperponeerde pre-eclampsie.

4. Overig

Onderliggende aandoening of andere indicatie voor intensieve bloeddrukmonitoring

Randvoorwaarden, inclusie- en exclusiecriteria

TER INSPIRATIE

Randvoorwaarden inclusiecriteria

- Digitaal vaardig en bereid vragenlijsten in te vullen
- In bezit van smartphone (Android of iOS)
- Functionerend e-mailadres
- Beheersing Nederlandse taal
- In staat bloeddrukmeter correct toe te passen (verantwoordelijkheid verwijzer)

Inclusiecriteria

- Een- of meerlingzwangerschap
- Armomtrek 22–42 cm
- Leeftijd >18 jaar
- Voldoet aan randvoorwaarden inclusie

Exclusiecriteria

- Geen bloeddrukmeter beschikbaar
- Dagelijkse foetale monitoring via CTG vereist
- Indicatie voor klinische opname (PE/HELLP): laboratoriumafwijkingen, klachten, instabiele bloeddruk
- Armomtrek <22 of >42 cm

Meetprotocollen: laag risico, hoog risico en toewijzing risicoprofiel

TER INSPIRATIE

Meetprotocol laag risico

- Inclusie mogelijk vanaf elke zwangerschapsduur
- Meetschema start doorgaans vanaf zwangerschapsduur 20 weken; eerder of later indien klinisch geïndiceerd
- Meetfrequentie: 3× per week (maandag – woensdag – vrijdag)
- Postpartum: geen metingen
- Wisselen naar protocol 2 mogelijk op elk moment, ook postpartum indien metingen in kraambed geïndiceerd zijn

Meetprotocol hoog risico

- Inclusie en start meetschema vanaf elke zwangerschapsduur
- Meetfrequentie: 7× per week (inclusief weekend, conform lokale afspraken)
- Postpartum: meting loopt 2 weken door met dezelfde frequentie
- Na 2 weken: overdracht naar huisarts

Toewijzing risicoprofiel

- Indicatiegroepen 1 en 2 (verhoogd risico en pre-existente hypertensie) vallen onder meetprotocol laag risico
- Indicatiegroep 3 (hypertensieve aandoening huidig) valt onder meetprotocol hoog risico
- Bij indicatiegroep 4 (overig) is het meetprotocol o.b.v. klinisch oordeel

Alarmdrempelwaarden en opvolging

TER INSPIRATIE

Drempelwaarden bloeddruk

Rood	Wanneer: Sys ≥ 150 mmHg en/of dia ≥ 100 mmHg Actie: Klachtenvragenlijst naar patiënt. Altijd overleg met supervisor. Beleid: expectatief / medicatieaanpassing / spoedpoli.
Oranje	Wanneer: Sys ≥ 140 mmHg en/of dia ≥ 90 mmHg Actie: Klachtenvragenlijst naar patiënt. MSC beoordeelt of supervisie nodig is. Beleid: expectatief / medicatieaanpassing / poli.
Geen	Wanneer: Sys < 140 mmHg én dia < 90 mmHg Actie: Geen actie, geen EPD-notitie, geen patiëntencontact.
Oranje (missen)	Wanneer: > 2 gemiste meetmomenten Actie: Na 2e gemiste meting: automatisch bericht + MSC belt patiënt. Na > 7 dagen: supervisor neemt contact op.

Klachtenvragenlijst

Automatisch aangeboden bij BD $\geq 140/90$. Relevant bij:

- Hoofdpijn, visusklachten / sterretjes zien
- Bandgevoel of epigastrische pijn
- Neurologische klachten (verwardheid, convulsies)
- Misselijkheid, zwelling extremiteiten of gezicht, tintelingen
- Kindsbewegingen (verminderd)
- Escape: harde buiken, vochtverlies, vaginaal bloedverlies, minder leven