

Waardegedreven zorg in de ggz: een praktijkvoorbeeld

L. Vegter, N.G. Klaasen, L. Kreuger, K.S. van den Berg, P.B. van der Nat, J.M. Hegeman

- Achtergrond** Om de kwaliteitsverbetering in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) te bevorderen is het van belang om aan te sluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk. Waardegedreven zorg biedt een werkwijze voor kwaliteitsverbetering waarbij de gezamenlijke visie van medisch professionals en patiënten leidend is bij het vormgeven en uitvoeren van zorgverbeteringen.
- Doel** Demonstreren van de waarde van waardegedreven zorg.
- Methode** Beschrijving van een praktijkvoorbeeld waarbij we uiteen zetten hoe waardegedreven zorg in de ggz geïmplementeerd kan worden met ter illustratie een specifieke verbetering van de patiëntenzorg.
- Resultaten** Om de waarde van zorg voor patiënten met een depressie te verbeteren is er een multidisciplinair verbeterteam opgericht, een patiëntenpanel gevormd, een ondersteunend informatieplatform gebouwd en is er gestart met verschillende verbetercycli. Dit praktijkvoorbeeld laat zien hoe waardegedreven zorg de kwaliteit én de doelmatigheid van de zorg verbetert; op basis van uitkomsten is de waarde van zorg door het verbeterteam bottom-up beoordeeld, verder geanalyseerd en zijn verbeteringen geïnitieerd en gemonitord.
- Conclusie** De bottom-upbenadering van waardegedreven zorg sluit aan bij de dagelijkse zorgpraktijk en biedt mogelijkheden voor het effectief verbeteren van de zorg in de ggz.

In recente rapporten en onderzoeken wordt de wijze van kwaliteitsverbetering in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) beschreven als ‘niet doelmatig’.^{1,2} Professionals voelen zich onmachtig en raken toenevend ontmoedigd door de grote administratieve last, die meer gericht is op controle dan op kwaliteitsverbetering en vaak van bovenaf wordt opgelegd.^{1,3} Eerder onderzoek toont aan dat de kans dat kwaliteitsinstrumenten in de ggz gebruikt worden groter is als de professional deze als nuttig ervaart en kleiner als deze instrumenten worden opgelegd.¹ Het rapport ‘Blijk van vertrouwen’ van de raad voor Volksgezondheid & Samenleving uit 2019 stelt dan ook dat een fundamenteel andere wijze van kwaliteitsverbetering nodig is die meer aansluit bij de toenemende complexiteit van de dagelijks zorgpraktijk.² De raad adviseert om het initiatief tot verbeteren van de zorg primair neer te leggen op de werkvloer: verbetering van zorg wordt vormgegeven in dialoog met patiënten, naasten en andere betrokkenen en is onderdeel van een leerproces. Waardegedreven zorg biedt de mogelijkheid om deze bottom-upbenadering toe te passen bij het verbeteren van zorg.

Waardegedreven zorg (ook wel: *value-based healthcare*) is in 2006 door Porter en Teisberg geïntroduceerd om zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van zorg te ver-

hogen.^{4,5} Bij deze benadering staat de waarde van zorg voor de patiënt met een specifieke aandoening centraal. Deze waarde wordt bepaald door de uitkomsten van zorg die van belang zijn voor de patiënt, af te zetten tegen de kosten die nodig zijn om deze uitkomsten te behalen. Zorgprofessionals en patiënten bepalen samen wat de belangrijkste uitkomsten zijn en potentiële verbeterpunten worden gezamenlijk aangepakt. Waardegedreven zorg wordt, met name in de somatische zorg, steeds vaker toegepast en beschreven.^{6,7} Praktijkvoorbeelden van waardegedreven zorg in de ggz zijn echter nog schaars en het ontbreekt aan onderzoek naar de effectiviteit ervan in de ggz. In een recent verschenen *scoping review* over onderzoek naar waardegedreven zorg kwam slechts in 1% (n = 16) van de 1242 geïnccludeerde artikelen de ggz aan bod.⁶ In één studie onderzocht men de gezamenlijke visie van medische professionals en patiënten op relevante uitkomsten van depressiebehandeling, maar het gebruik van deze uitkomsten voor kwaliteitsverbetering werd hierin niet opgenomen.⁸ Uit nadere analyse van de overige 15 artikelen bleek dat waardegedreven zorg hierin slechts zijdelings ter sprake kwam.⁶ In een landelijke inventarisatie naar de methoden om de kwaliteit te verbeteren in de ggz kwam waardegedreven zorg niet voor.¹

AUTEURS

Loes Vegter, arts in opleiding tot psychiater, Altrecht en St. Antonius Ziekenhuis (SAZ), Utrecht.

Nicky Klaasen, adviseur waardegedreven zorg, SAZ, Utrecht.

Linda Kreuger, afdelingshoofd Psychiatrie & Psychologie, SAZ, Utrecht.

Karen van den Berg, psychiater, Medisch Psychiatrische Unit (MPU), SAZ, Utrecht.

Paul van der Nat, programmamanager Waardegedreven zorg, SAZ, Utrecht, en hoogleraar Waardegedreven zorg, IQ Healthcare, Radboudumc, Nijmegen.

Annette Hegeman, psychiater, MPU en medisch hoofd, SAZ, Utrecht.

Correspondentie

Dr. J.M. Hegeman (a.hegeman@antoniuziekenhuis.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-9-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(1):36-41

Aanpak eigen afdeling

In navolging van verschillende initiatieven binnen de somatische zorg, startte de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het St. Antonius Ziekenhuis in 2020 met de implementatie van waardegedreven zorg gericht op depressie. Jaarlijks worden op deze afdeling ongeveer 500 (poli)klinische patiënten met een depressie behandeld. De afdeling beschikt over een breed behandelaanbod, waarbij onder andere psychotherapeutische groepsbehandeling, medicamenteuze behandeling, esketaminebehandeling, repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) en elektroconvulsie therapie (ECT) gegeven kan worden. Op de Medisch Psychiatrische Unit (MPU) en diverse multidisciplinaire poliklinieken (Pediatrie Obstetrie Psychiatrie (POP), en Neuropsychiatrie) wordt in een specialistische setting integrale somatisch-psychiatrische zorg gegeven aan patiënten met een depressie en een somatische aandoening.

In dit artikel beschrijven wij een praktijkvoorbeeld van implementatie van waardegedreven zorg op de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het St. Antonius Ziekenhuis. Daarnaast beschrijven wij hoe een verbeteractie de waarde van de patiëntenzorg heeft verbeterd.

PRAKTIJKVOORBEELD

Implementatie waardegedreven zorg

In de literatuur worden tien elementen beschreven die bijdragen aan het implementeren van waardegedreven zorg.^{4,7} In dit praktijkvoorbeeld implementeerden we initieel een aantal onderdelen hiervan: in deze eerste fase werd de focus gelegd op het meten van uitkomsten en kosten voor elke patiënt, sturen van kwaliteit op basis van waardegedreven principes en communiceren van uitkomsten van zorg aan patiënten. Ter ondersteuning hiervan investeerden we in een informatieplatform waarbij registratie door behandelaren werd vereenvoudigd en kwalitatieve data sneller beschikbaar kwamen.

Metten van uitkomsten en kosten en hierop sturen

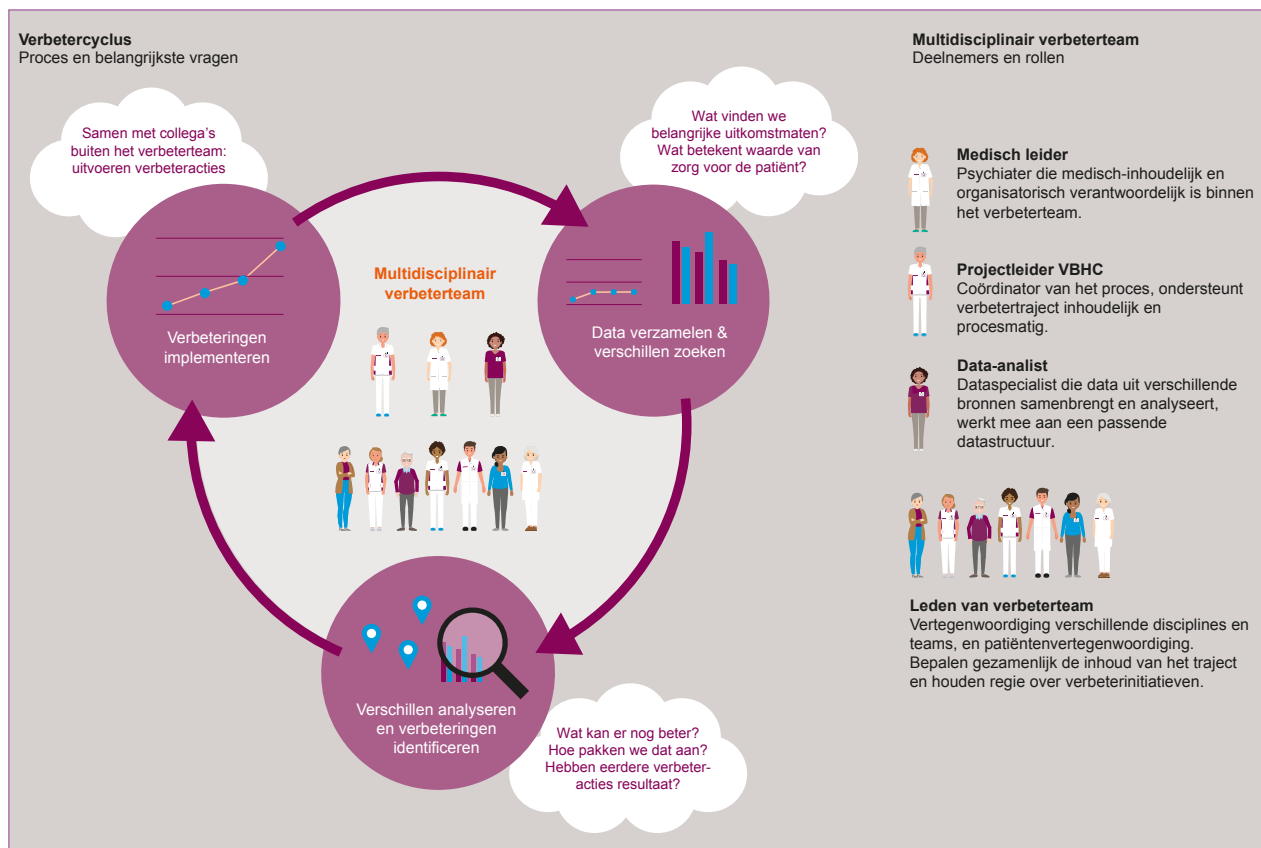
Om de uitkomsten en kosten van zorg voor patiënten met een depressie te meten en te verbeteren werd een multidisciplinair verbeterteam opgericht. Dit team bestaat uit behandelaren (onder wie verpleegkundigen, een verpleegkundig specialist, een arts in opleiding tot specialist, een psycholoog en psychiaters), patiënten (patiënten in behandeling bij het St. Antonius Ziekenhuis en een bestuurslid van de Depressie Vereniging), en andere medewerkers (een secretariael medewerker, afdelingshoofd, data-analist en projectleider). De werkwijze en de samenstelling van het verbeterteam zijn weergegeven in **figuur 1**.

Het verbeterteam bepaalde gezamenlijk welke uitkomsten van zorg, processen en kosten belangrijk zijn voor het creëren van waarde vanuit het perspectief van de patiënt. De scorekaart bestaande uit alle relevant geachte uitkomst-, kosten- en procesindicatoren is weergegeven in **tabel 1**.

Om het perspectief van de patiënt goed voor het voetlicht te brengen vroegen we daarnaast aan een patiëntenpanel om de volgens hen belangrijkste uitkomsten van de depressiebehandeling te bepalen. Opmerkelijk hierbij was het belang dat werd gehecht aan de mate van existentieel herstel. Om ook dit op te kunnen nemen als uitkomstmaat werd een aantal aanvullende herstellvragen geformuleerd (te beantwoorden op een 5-puntschaal): *'Ik ben in staat om met de tegenslagen van het leven om te gaan'*; *'Ik ben verbonden met de mensen om mij heen'* en *'Het leven heeft betekenis voor mij'*.

In halfjaarlijkse verbetercycli brachten we de uitkomsten en kosten van zorg, evenals procesindicatoren in kaart. Aan de hand van deze indicatoren, gecombineerd met ervaringen van patiënten en medewerkers, werden verschillende verbeteracties geïdentificeerd, geïnitieerd en gemonitord door het verbeterteam. Een voorbeeld van een dergelijke verbeteractie beschrijven we verderop in dit artikel.

Figuur 1. Werkwijze en samenstelling van het verbeterteam voor waardegedreven zorg in St. Antonius Ziekenhuis



Tabel 1. Scorekaart met indicatoren

Uitkomstindicatoren	1. Herstel van depressie
	a. Percentage patiënten met >50% symptoomreductie volgens vragenlijst (<i>Inventory of Depressive Symptomatology</i>)
	b. Percentage patiënten met volledige remissie volgens behandelaar
	c. Percentage patiënten met partiële remissie volgens behandelaar
	d. Percentage patiënten bij wie vermogen om met de moeilijkheden van het leven om te gaan is toegenomen
Kostenindicatoren	e. Percentage patiënten bij wie mate waarin leven betekenis heeft, is toegenomen
	2. Opnameduur
	a. Opnameduur zonder klinische ECT-behandeling (mediaan in dagen)
Procesindicatoren	b. Opnameduur met klinische ECT-behandeling (mediaan in dagen)
	3. Behandelduur
Procesindicatoren	a. Totale duur van indicatiestelling tot afronding behandeling (mediaan in dagen)
	4. MDO-frequentie
	a. Percentage poliklinisch behandelde patiënten met minimaal 1 MDO in het afgelopen jaar
	5. Betrekken van het systeem
Procesindicatoren	a. Percentage poliklinisch behandelde patiënten bij wie het systeem is betrokken bij de behandeling
	b. Percentage klinisch behandelde patiënten bij wie het systeem is betrokken bij de behandeling

MDO: multidisciplinair overleg.

Communicatie van uitkomsten aan patiënten

Het communiceren van uitkomsten van zorg naar patiënten sloot aan op de langer bestaande wens behandelbeslissingen in toenemende mate samen met de patiënt en naaste te nemen (samen beslissen of *shared decision making*). Hieraan werd uiting gegeven door een visualisatie (infographic) van enkele uitkomsten van zorg. Deze infographic was gebaseerd op behandeluitkomsten van patiënten van het St. Antonius Ziekenhuis op groepsniveau en werd gebruikt in de spreekkamer om verwachtingen wat betreft behandeluitkomsten te bespreken. Daarnaast werd een visualisatie van individuele symptoomscores en het verloop daarvan ingebouwd in het EPD, om in de spreekkamer de voortgang zichtbaar te maken en te bespreken met de individuele patiënt. Om samen beslissen verder vorm te geven voerden we daarnaast een kwalitatief onderzoek uit om in kaart te brengen hoe het beslisproces verliep, en wat vervolgstappen konden zijn in de verdere implementatie van samen beslissen.

Informatieplatform

Om de benodigde indicatoren in kaart te brengen zonder de registratielast te verhogen maakten we zo veel mogelijk gebruik van informatie die tijdens het zorgproces wordt vastgelegd in het EPD. Daarnaast werd een deel van de data verzameld via het patiëntportaal van het EPD, waar patiënten uitgenodigd werden om meetinstrumenten in te vullen.

Om de beschikbaarheid en kwaliteit van data te verbeteren werd de inrichting van het EPD grondig herzien. Zorgprofessionals bepaalden zelf de vorm en inhoud van het zorgpad depressie in het EPD. Relevante informatie werd op een logische plek in het EPD ingebouwd, en gegevens werden zo veel mogelijk gestructureerd vastgelegd, waardoor hergebruik van EPD-gegevens mogelijk werd. Data-extracties en een dashboard gaven inzicht in de datakwaliteit en inhoudelijke indicatoren.

De door deze herziening toegenomen gebruiksvriendelijkheid en vereenvoudigde registratie verbeterden sterk de hoeveelheid en kwaliteit van de direct beschikbare data. De gewenste indicatoren werden daardoor eenvoudig te berekenen en de zorgprofessional kreeg meer grip op het zorgproces, door middel van realtime-inzichten op een depressiespecifiek dashboard. Data werden hiermee een hulpmiddel om verbeterpunten te identificeren en verbeteringen te monitoren.

Betrekken van de organisatie

Het betrekken van alle medewerkers is essentieel om een afdelingsbrede bottom-upcultuur van kwaliteitsverbetering te realiseren. Het verbeterteam fungeerde in dit proces als katalysator en zelfstandige aanjager van verbetering en werkte samen en stemde af met de rest van de afdeling voor het verzamelen van input en het doorvoeren van verbeteringen. Er werden periodiek lunchbijeenkomsten georganiseerd om de medewerkers laagdrempelig te informeren over de voortgang van

verbeterinitiatieven, te enthousiasmeren en nieuwe verbeterideeën in te brengen en te bespreken. Daarnaast vond communicatie plaats via nieuwsbrieven en een eigen webpagina op het intranet. Ook was er periodieke afstemming over de voortgang met bestuurders en management van de afdeling Psychiatrie en Psychologie, en het ziekenhuis.

Voorbeeld van een verbeteractie

Eén van de eerste verbeteracties was gericht op het zorgproces rondom ECT. In deze verbetercyclus (zie **figuur 1**) werd gestart met het verzamelen van procesdata. De data lieten zien dat de opnameduur van patiënten met een depressie ongeveer 3 weken langer was wanneer er ECT werd gegeven dan wanneer behandeld werd met antidepressiva, ongeacht de ernst van de depressie of aanwezigheid van somatische comorbiditeit.

Op basis van deze constatering werden de data rondom de opnameduur verder geanalyseerd door het verbeterteam. Deze analyse liet zien dat patiënten vaak al enkele weken opgenomen waren voordat de eerste ECT-behandeling plaatsvond (gemiddeld 18,2 dagen). Voor een belangrijk deel werd dit verklaard door de wachttijd tot de eerstvolgende ECT-plek. Deze lange wachttijd (en daarmee langere opnameduur) werd door het verbeterteam als onwenselijk ervaren, gezien de hoge lijdensdruk bij een ernstige depressie en de potentiële snelle verlichting die ECT kan bieden. Daarnaast werd in gesprek met patiënten duidelijk dat er behoefte bestond aan een ECT-behandeling die geheel poliklinisch kon plaatsvinden.

Op grond van deze inzichten werden meerdere verbeteracties geïnitieerd: in overleg met de anesthesiologen en medewerkers van het ok-complex werd er een flexibele opschaling van de ECT-capaciteit mogelijk gemaakt voor bepaalde indicaties, er werd een ECT-dagbehandeling opgezet door een verpleegkundig specialist, en een arts in opleiding tot psychiater ontwikkelde een beslisboom met criteria voor de keuze voor klinische of poliklinische ECT. Deze maatregelen resulteerden voor de patiënt in een kortere opnameduur tot de start van de ECT (gemiddeld 10,7 dagen). Tevens werd ECT vaker volledig poliklinisch uitgevoerd, waardoor het aandeel opgenomen ECT-patiënten afnam.

Leren en doorontwikkelen

Dit praktijkvoorbeeld illustreert het succesvol implementeren van verschillende elementen van waardegedreven zorg.⁷ De verbetercyclus van het praktijkvoorbeeld toonde dat waardegedreven zorg bottom-up kwaliteitsverbetering ondersteunt en stimuleert; data geven aanleiding tot een dialoog tussen patiënten, naasten en zorgverleners met als gevolg kwaliteitsverbetering vanuit het perspectief van de patiënt en zorgverleners. De nadruk lag in deze verbetercyclus op het meten van uitkomsten en kosten voor elke patiënt, ondersteund door een informatieplatform. Ook werd duidelijk dat het verbeteren van de zorg volgens de principes van waarde-

gedreven zorg een continu proces is. In de praktijk bleek bijvoorbeeld de ontwikkelde beslisboom onvoldoende bij te dragen aan het keuzep proces rondom ontslag, zodat uiteindelijk besloten werd de beslisboom niet meer toe te passen.

BESCHOUWING

In dit artikel beschrijven wij de implementatie en toepassing van waardegedreven zorg in de ggz waarbij de gezamenlijke visie van medisch professionals en patiënten leidend is bij het verbeteren van zorg.

Meerwaarde waardegedreven zorg in ggz

Is waardegedreven zorg van toegevoegde waarde ten opzichte van reeds bestaande methoden voor kwaliteitsverbetering binnen de ggz en het St. Antonius Ziekenhuis?

Voor de implementatie van waardegedreven zorg binnen de afdeling Psychiatrie en Psychologie bestond kwaliteitsmeting en verbetering vooral uit extern opgelegde en afdelingsbrede initiatieven. Al meer dan 20 jaar ondersteunt Qualicor Europe (voorheen NIAZ) het St. Antonius Ziekenhuis om de kwaliteit van zorg te meten en te verbeteren. De Qualicor-accreditatie geeft aan dat het ziekenhuis de zorg op een veilige manier, volgens gestelde eisen, biedt en dat er een cultuur is van continu verbeteren. Deze kwaliteitsmethode is met name gericht op organisatiebrede procesindicatoren en richt zich minder op aandoeningspecifieke verbetering van uitkomsten van zorg.

De afdeling Psychiatrie & Psychologie maakte daarnaast gebruik van twee verbeterinstrumenten: de *Outcome Questionnaire* (OQ-45) waarmee de patiënt het eigen functioneren rapporteert (*patient reported outcome measure*; PROM) en de *Consumer Quality Index* (CQi) om patiëntervaringen te meten. Beide instrumenten zijn of waren verplichte, extern opgelegde, vragenlijsten in het kader van de *routine outcome monitoring* (ROM). De respons op beide vragenlijsten is dusdanig laag (ondanks verschillende acties om deze respons te verbeteren) dat de resultaten niet bruikbaar zijn om verbeteringen op door te voeren.

In de ggz wordt al een veelvoud aan kwaliteitssystemen ingezet, desondanks is de impact ervan laag.¹ Uit onderzoek werd duidelijk dat meerdere factoren hierop van invloed zijn.¹ Waardegedreven zorg onderscheidt zich in positieve zin op een aantal van deze factoren. Eén van de factoren is dat de meeste kwaliteitssystemen in de ggz gericht zijn op het afleggen van verantwoording en het voldoen aan externe eisen en niet op het niveau van de zorg in de dagelijkse praktijk, waardoor zorgprofessionals deze systemen beperkt gebruiken. Ook kwam naar voren dat een organisatie met een sterke interne visie op kwaliteit de borging van kwaliteitssystemen bevorderde, zoals dat het geval is in het St. Antonius Ziekenhuis. Daarnaast bleek de aanwezigheid van een manager met

een BIG-registratie een positief effect te hebben op het gebruik van kwaliteitssystemen door professionals: bij waardegedreven zorg is er een medisch leider die sturing geeft. Daarmee is waardegedreven zorg op verschillende punten een toevoeging op bestaande kwaliteitssystemen in de ggz en het St. Antonius Ziekenhuis.

Mogelijke risico's, voorwaarden en beperking

Er zijn ook argumenten op te voeren voor mogelijke risico's bij het toepassen van waardegedreven zorg. Een grote uitdaging ligt de komende jaren in het opvangen van een toenemende zorgvraag door een ouder wordende populatie met vaker voorkomende multimorbiditeit, bij een structureel personeelstekort.¹⁰ Dit vraagt om innovatieve oplossingen die één zorgdomein, zoals de sociaal-maatschappelijke zorg, medisch-specialistische zorg, ggz, huisartsenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, overstijgen.¹⁰ Het risico bestaat dat verbeteracties met een brede reikwijdte over de diverse domeinen en eigen organisatie heen onvoldoende van de grond komen. Een ander risico is dat waardegedreven zorg wordt gezien of wordt ingezet als managementinstrument om kosten te beheersen, waarmee de motivatie van de professional en de kracht van waardegedreven zorg teniet worden gedaan.¹¹ Essentieel is dat de *governance* van een zorgorganisatie zo is ingericht dat deze een ondersteunende rol kan bieden in de toepassing van waardegedreven zorg over de domeinen heen.

Daarnaast zijn er andere voorwaarden van belang om tot een effectieve zorgverbetering te komen. Denk hierbij aan samenwerking vanuit onderling vertrouwen met alle betrokken partijen, een cultuur gericht op leren en verbeteren en aandacht voor kwaliteitsverbetering in de opleiding tot medisch professional.^{1,7}

Een beperking van dit praktijkvoorbeeld is dat de opzet descriptief van aard is. Daarmee is het geen wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van waardegedreven zorg in de ggz en kan het geen uitsluitend bieden of dit een effectieve methode is. Op basis van kenmerken uit eerder onderzoek naar doelmatige kwaliteitsverbetering in de ggz wordt wel verondersteld dat waardegedreven zorg doelmatig kán zijn. Er is echter onderzoek nodig om de werkelijke effectiviteit ervan te kunnen beoordelen.

CONCLUSIE

Bij waardegedreven zorg is de gezamenlijke visie van medisch professionals en de patiënt leidend bij het verbeteren van de zorg. Deze onderscheidt zich daarmee van de meeste bestaande kwaliteitssystemen in de ggz. Het praktijkvoorbeeld in dit artikel laat zien dat waardegedreven zorg een relevante toevoeging kan zijn voor een doelmatige kwaliteitsverbetering in de ggz. Er is echter verder onderzoek nodig om de werkelijke effectiviteit ervan te kunnen beoordelen.

LITERATUUR

- 1 Van Geffen M. Kwaliteitssystemen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg, een analyse van de impact van kwaliteitssystemen op de praktijk van de zorg. [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2019.
- 2 Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Blijk van vertrouwen, anders verantwoord voor goede zorg. Den Haag: RVS; 2019. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2019/05/14/advies-blijk-van-vertrouwen---anders-verantwoorden-voor-goede-zorg>
- 3 Walshe K, Wallace L, Freeman T, e.a. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 367-74.
- 4 Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010; 363: 2477-81.
- 5 Porter ME, Larsson SMD, Lee TH. Standardizing patient outcomes measurement. *N Engl J Med* 2006; 374: 504-6.
- 6 Vijverberg JRG, Daniels K, Steinmann G, e.a. Mapping the extent, range and nature of research activity on value-based healthcare in the 15 years following its introduction (2006-2021): a scoping review. *BMJ Open* 2022; 12: 1-11.
- 7 Van der Nat PB. The new strategic agenda for value transformation. *Health Serv Manag Res* 2022; 35: 189-93.
- 8 Kan K, Jörg F, Buskens E, e.a. Patients' and clinicians' perspectives on relevant treatment outcomes in depression: qualitative study. *BJPsych Open* 2020; 6: 1-6.
- 9 Daniels K, Rouppe van der Voort MBV, Biesma DH, e.a. Five years' experience with value-based quality improvement teams: the key factors to a successful implementation in hospital care. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 1271-85.
- 10 ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, e.a. Integraal zorgakkoord. Werken aan gezonde zorg. 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- 11 Federatie Medisch Specialisten. Standpunt value based health care. Utrecht: FMS; 2018. <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Standpunt%20Federatie%20Value%20Based%20Healthcare.pdf>.