

De juiste zorg op de juiste plek

Wie durft?

Inhoud

01	Redenen voor echte verandering	04
02	Het functioneren van mensen als vertrekpunt	10
03	Het juiste commitment	15
04	Het juiste beeld van de gezamenlijke opgave	20
05	Informatie op de juiste plek op het juiste moment	26
06	De juiste professional op de juiste plek	32
07	Naar meerwaarde op de juiste plek	37
08	Naar brede triage op het juiste moment	43
09	Naar het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek	48
10	De transformatie moet lonen	53
11	Sturen op transformatie	61
Bijlage 1	Opdracht Taskforce Zorg op de Juiste Plek	100
Bijlage 2	Brede bijeenkomst De Juiste Zorg op de Juiste Plek	102
Bijlage 3	Samenstelling Taskforce Zorg op de Juiste Plek	103

01

Redenen voor echte verandering

Francis ter Horst - Lotterman aan het woord



'Ik heb een visuele handicap en onder andere diabetes. Voor mijn diabetes moet ik elke maand naar de internist en naar de diabetesverpleegkundige. Hiervoor moet ik mijn bloedwaarden in een boekje opschrijven.

Door mijn visuele beperking kan ik dat niet eens zelf! Ook kan ik niet fietsen naar het ziekenhuis en moet ik twee uur reizen met het OV om dit papieren boekje af te leveren. Terwijl ik een digitaal pompsysteem draag, dat ik kan koppelen aan mijn pc.

Alle verzamelde data worden omgezet in mooie grafieken en eventuele gebeurtenissen sla ik op in het bijbehorende dagboek. Ik zou dit gemakkelijk zelf naar mijn internist en verpleegkundig specialist kunnen mailen.

Helaas is het digitaal overdragen van gegevens tot op heden nog niet mogelijk.'

De essentie van de Juiste zorg op de juiste plek is: Het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health).

Dat betekent:

- > Uitgaan van het functioneren van mensen en hun omgeving
- > Aandacht voor gezondheid, gedrag, preventie en tijdige signalering van ziekte
- > Toegankelijke ondersteuning en zorg voor iedereen
- > Passende en effectieve zorg, aansluitend bij leerervaringen en context
- > Met goede uitkomsten in termen van ervaren kwaliteit van leven
- > Tegen betaalbare maatschappelijke kosten

De Taskforce heeft dankbaar gebruik gemaakt van het recente KPMG-rapport *Juiste zorg op de juiste plek – onderzoek naar condities en consequenties* (april 2018). De benadering en aanbevelingen sluiten grotendeels aan op deze rapportage. In het KPMG-rapport wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de patiëntreizen van een aantal groepen. Dat maakt het rapport extra lezenswaardig.

De Taskforce richt zich in dit rapport vooral op het sociaal domein en de medische zorg, maar het rapport biedt ook aanknopingspunten voor bijvoorbeeld de jeugdzorg en de langdurige zorg:

- > Als het functioneren van mensen centraal staat, dan gaat het om een inwoner, cliënt, patiënt, zorgvrager, een hij of een zij. Deze termen worden in dit rapport door elkaar gebruikt.
- > Daar waar patiënt staat, kan meestal ook cliënt worden gelezen en vice versa.
- > Zorgvrager staat voor beiden.

De Taskforce is een team experts uit de verschillende disciplines en domeinen van de zorg die onder leiding van en ondersteuning door VWS deze rapportage op persoonlijke titel hebben gemaakt.

1.1 Urgente redenen voor echte verandering

De gezondheid van Nederlanders kan zo veel beter. De manier waarop we zorg organiseren is in het algemeen goed, maar kan zo veel beter. We zien veel potentie om ons heen. Daarom verbeteren we het zorgstelsel stapsgewijs, experimenteren we met nieuwe vormen en leren we van goede voorbeelden. Dat is noodzakelijk, maar echt niet voldoende.

Dieper delvend in de zorg constateert de Taskforce: doorgaan op de huidige voet is vastlopen. Er is echt meer nodig. De Taskforce pleit voor meer ambitie. Om te beginnen met een ander perspectief op ziekte en gezondheid. Waarbij het niet draait om wat de zorg te bieden heeft of om de belangen van zorgaanbieders, maar om wat mensen nodig hebben om zo lang mogelijk zo goed en zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren. Om dat voor elkaar te krijgen moet het aanbod meer toegesneden worden op de vraag en zullen we de mogelijkheden van technologische vernieuwing optimaal moeten benutten.

Mensen zijn de sleutel, wij zijn de sleutel!

Echte verandering van ons gedrag begint met een gedeelde ambitie en visie. Dat we mogelijkheden zien en we in staat zijn die te benutten. Maar vooral ook: dat we de motivatie hebben dat te doen. Dat we gegrepen worden door het “waarom” van de verandering en ons aangesproken voelen in onze eigen wensen en professionele ambitie. Meedoen met de beweging voor de juiste zorg op de juiste plek mag niet vrijblijvend zijn, voor niemand. Willen, kunnen, durven! Ruimte voor initiatief en regie is belangrijk. Soms zijn goede randvoorwaarden nodig om het

oude los te laten en het nieuwe te omarmen. De juiste zorg op de juiste plek moet meer gewaardeerd en beter beloond worden.

De Nederlandse zorg is goed, maar moet zo veel beter.

Van ziekte naar gezondheid

We zeggen maar al te vaak dat de patiënt centraal staat, maar dat is in de praktijk nog te weinig het geval. De nadruk ligt nog te vaak op iemands beperkingen, op zijn specifieke aandoeningen, en de medische behandeling daarvan. We lijden collectief – dus ook de patiënt – aan een medicaliserings- en hospitaliseringssyndroom. Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord en de beste zorg wordt niet per definitie met medicijnen of in het ziekenhuis gegeven. We denken te veel in termen van behandeling en zorg. We mogen veel meer denken in termen van gezondheid en welzijn. Dat betekent ook investeren in preventie, leefstijladvies, vroegsignalering en een brede beoordeling van wat echt nodig is. Dat is voor mensen veel prettiger en kan veel dure zorg later in de keten voorkomen.

Beter is daarom het **functioneren van mensen** en hun omgeving centraal te stellen. Niet alleen medisch, maar ook sociaal. Heeft iemand genoeg contacten? Zijn er schulden? Hoe gaat het in het gezin? Met de mogelijkheden van mensen als vertrekpunt, hun eigen vitaliteit, veerkracht en wensen, kunnen professionals waarde toevoegen aan de kwaliteit van leven van mensen gedurende hun leven en voor de samenleving als geheel. Hierdoor komt sneller aan het licht welke mensen kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld door een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen. Deze mensen zijn vaak minder in staat om hun eigen leven op de rit te krijgen en regie te houden op de ondersteuning en zorg die ze ontvangen. Terwijl juist bij deze mensen vaak meer instanties en zorgverleners zijn betrokken en die regie en samenhang belangrijk is.

Naar anders, slimmer werken

Ook het toenemend aantal ouderen en chronische zieken vraagt om een andere organisatie van de zorg. Nu werkt één op zeven mensen in de zorg. Als we het blijven organiseren zoals we dat nu doen, dan werkt in 2040 één op de vier mensen in de zorg. Dat is niet haalbaar. Nu is het al moeilijk om genoeg mensen voor de zorg te vinden. Bovendien willen we dat er ook nog mensen beschikbaar zijn voor andere belangrijke sectoren in de samenleving. Denk maar aan het onderwijs, de politie en technische beroepen, waar ook tekorten bestaan. Ziekte voorkomen, de zelfredzaamheid van mensen en hun omgeving vergroten en nieuwe, slimme technieken in de zorg omarmen en gebruiken, zorgverleners anders opleiden en inzetten – het is niet alleen wenselijk, maar ook keihard nodig om de ouderen en chronisch zieken straks van zorg te kunnen bieden.

Van stijgende kosten naar duurzame betaalbaarheid

Doorgaan op dezelfde weg is bovendien financieel **onhoudbaar**. De zorguitgaven groeien de komende jaren twee keer zo hard als de groei van de economie. Dat betekent dat we als samenleving relatief steeds meer geld aan de zorg uitgeven. Dat gaat ten koste van andere belangrijke uitgaven, zoals onderwijs, veiligheid en ons wegennet. Mensen zullen de stijging van de zorguitgaven ook in hun portemonnee voelen. Nu betaalt een volwassene alles bij elkaar gemiddeld bijna 5700 euro per jaar aan zorg. Aan het einde van deze kabinetsperiode zal dat richting 7000 euro groeien. Dit kan de bereidheid van mensen om solidair met elkaar te zijn, onder druk zetten. Een kwart van het zorggeld gaat naar de 1% duurste patiënten. De kosten voor een oudere in een verpleeghuiszorg belopen ondertussen ongeveer een ton per jaar. Huishoudens waar

sociale en medische problemen stapelen doen – vaak te laat – een beroep op veel professionals en zetten druk op de gemeentelijke financiën. Er zijn kortweg maar twee mogelijkheden iets aan die groeiende kosten te doen: Of samen met mensen de schouders eronder om de zorg veel doelmatiger te organiseren, door de juiste zorg op de juiste plek te bieden, met de zelfredzaamheid en het functioneren van mensen voorop. Of een koude sanering, minder zorg in het basispakket en meer eigen betalingen.

Van eerste, tweede en derdelijn naar samenhangende zorg

Het huidige zorgsysteem, inclusief zijn onvolkomenheden, is te veel de cultuur geworden. Dat moet anders. Het huidige aanbod van ondersteuning en zorg sluit lang niet altijd aan op de behoefte van mensen. Mensen die zorg nodig hebben, dolen soms eindeloos door ‘het systeem’. Langs elkaar heen werkende professionals, losse afspraken moeten maken terwijl die ook op één dag gepland zouden kunnen worden, steeds opnieuw hetzelfde verhaal moeten vertellen, van het kastje naar de muur worden gestuurd. Het kost mensen ontzettend veel tijd en levert vaak niet de gewenste verbetering op in hun dagelijks leven. Ook zorgverleners leveren soms zorg tegen beter weten in: onnodige doorverwijzingen, behandelingen in de ziekenhuizen of dubbele diagnostiek. De zorg zou minder in hokjes moeten plaatsvinden, meer met en rond mensen, met ruimte voor de verschillen tussen mensen. Wordt zorg meer in samenhang geleverd, dan verschuift ook het huidige denken in kosten naar het denken in resultaat voor de patiënt. Over vijf tot tien jaar moeten we tegen elkaar kunnen zeggen: vroeger spraken we over de eerste, tweede en derde lijn, nu over zorgwaarde voor mensen. Wat zijn de uitkomsten van zorg tegen redelijke kosten?

Digitalisering: van off-line naar overal

De digitalisering van de samenleving voltrekt zich in steeds sneller tempo. Dit zal een ontwrichtende impact hebben op gezondheid en zorg. Doordat steeds meer bedrijven – ook van buiten de zorg – digitale diensten (zoals apps) aanbieden op het gebied van zelfmanagement of diagnostiek, zullen ze de organisatie van gezondheidszorg echt veranderen. Het is geen keuze of deze digitalisering gaat leiden tot verandering en tot een sterkere positie van patiënten; het is de vraag hoe we de kansen die dit biedt, optimaal kunnen benutten.

Data zullen een steeds belangrijkere rol spelen in de zorg. Zo zullen patiënten in de toekomst over hun eigen gezondheidsgegevens kunnen beschikken. Dat maakt het eenvoudiger om de zorg in samenhang te organiseren, omdat alle informatie immers samenkomt bij de patiënt. Dit vraagt wel iets van de zorgverlener en dus van de opleidingen. Zorgverleners zullen in staat moeten zijn om met goed geïnformeerde, mondige patiënten om te gaan en om koudwatervrees voor nieuwe technologie te overwinnen. Het vraagt ook betrokkenheid van ondernemende partijen buiten de zorg die op dit terrein al meer ervaring hebben opgedaan en die kunnen inzetten in de zorg.

Wie durft? - De juiste zorg op de juiste plek.

Met dit rapport wil de **Taskforce** de beweging die gaande is van brandstof voorzien en verbreden. Er zijn op lokaal en regionaal niveau veel voorbeelden van succesvolle verschuivingen en innovaties van zorg zichtbaar, maar een brede beweging tekent zich nog niet af. Het gaat om veel meer dan substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Het gaat om een betere organisatie van de maatschappelijke ondersteuning en de medische zorg omwille van het goed functioneren van mensen. Daar hoort ook een verschuiving naar mensen toe voor zelfmanagement en zelfregie, met hulp voor mensen die dat niet kunnen.

De bedoeling is dat dit - naast het actieprogramma Werken in de zorg, het programma Ontregel de Zorg en **andere initiatieven** - een belangrijk thema wordt in de besprekingen over een bestuurlijk commitment op nationaal niveau. Het moet bovenal een impuls geven om in het land de praktijk te verbeteren. Het is zaak de **beweging** verder op gang te brengen en te ondersteunen, leren met en van de praktijk, mogelijkheden beter te benutten en belemmeringen weg te nemen, met ruimte voor verscheidenheid. Niet meedoen moet een uitzondering worden, de transformatie de regel.

De Taskforce wil met dit rapport een bijdrage willen leveren aan de noodzakelijke transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek. Leden van de Taskforce willen het perspectief graag aan organisaties en professionals overbrengen en ook zelf ter hand nemen. Er zullen over dit thema ook sessies in het land worden georganiseerd. Er zal een vindplaats worden gemaakt voor het toenemend aantal goede initiatieven. En de bevindingen en aanbevelingen in deze rapportage vragen om opvolging en actie.



1.2 De kern van de beweging

Het thema *de juiste zorg op de juiste plek* wordt in de volgende hoofdstukken vanuit verschillende invalshoeken belicht, met steeds drie vragen:

- > Hoe ziet de beweging eruit? Wat is het perspectief?
- > Wat moeten we doen? Welke bijdrage verwachten we van een ieder?
- > Waar zien we in de praktijk een begin van een beweging?

De genoemde voorbeelden zijn slechts een selectie uit de vele initiatieven die reeds gaande zijn en laten zien hoe vernieuwend mensen aan de slag zijn, soms op kleinere, beperkte schaal, soms groter en breder. Die initiatieven en de resultaten doen volgen!

Hoofdstuk 1 Redenen voor echte verandering

- > De manier waarop we de zorg samen organiseren kan en moet beter
- > Echte verandering begint bij mensen zelf, hun perspectief op gezondheid en ziekte
- > De arbeidsmarktopgave is groot en de zorguitgaven zijn niet houdbaar
- > Van denken in lijnen en hokjes naar denken in integrale zorg voor mensen
- > Heel inspirerend is dat de transformatie in de praktijk al vorm begint te krijgen
- > Die beweging vraagt verbreding en brandstof om tot transformatie te komen
- > Daarvoor is nodig een cultuur van praktijkleren en sturende kaders

Hoofdstuk 2 Het functioneren van mensen als vertrekpunt

- > Verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag
- > Investeren in gezondheidsvaardigheden en zelfmanagement
- > Leefstijl en functioneren worden vast onderdeel van een consult
- > Samen beslissen en keuzehulpen benutten
- > Niet te snel de stap nemen naar medische zorg
- > Het wijkverpleegkundig team en paramedici zijn belangrijk bij een getrapte benadering
- > Afstemmen sociale ondersteuning en medische zorg

Hoofdstuk 3 Het juiste commitment

- > Mismatch tussen zorgbehoefte en het aanbod van zorg
- > Gevraagd: commitment om zorg beter en goedkoper te organiseren
- > Dit vereist een cultuur- en gedragsverandering op alle niveaus
- > Daarop mogen professionals en organisaties elkaar aanspreken
- > Een gemeenschappelijk beeld van de opgave in de regio voedt het commitment
- > Een landelijk commitment geeft richting, het moet in de regio gebeuren

Hoofdstuk 4 Het juiste beeld van de gezamenlijke opgave

- > Samen een gedeeld beeld van gezondheid en zorg in de regio maken dat motiveert
- > Data uit de diverse bestaande bronnen en domeinen samenbrengen
- > Samen de opgave bepalen voor regio, gemeente of wijk
- > Nationaal bepalen dát dit gebeurt, niet wát er in de regio moet gebeuren
- > Elke partij pakt zijn eigen verantwoordelijkheid een bijdrage te leveren
- > Focus gewenst op chronisch zieken en kwetsbare groepen

Hoofdstuk 5 Informatie op de juiste plek op het juiste moment

- > E-health bevordert zelfmanagement, samen beslissen, samen werken en netwerkzorg
- > Informatie op het juiste moment op de juiste plek is integraal onderdeel van goede zorg
- > Geef mensen hun eigen data in hun persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo)
- > Zorg voor een kwaliteitskader voor de elektronische uitwisseling van gegevens
- > Stimuleer de evaluatie van de effectiviteit en doelmatigheid van nieuwe innovaties
- > Versterk de digitale vaardigheden van mensen en professionals
- > De overheid biedt helderheid over gebruik persoonsgegevens en privacy

Hoofdstuk 6 De juiste professional op de juiste plek

- > Met mensen in de regio, kan en mag de professional ook coach en adviseur zijn
- > Het gesprek echt anders voeren vraagt andere competenties van professionals
- > De functiegerichte benadering centraal in opleiding en permanent leren
- > Zorg bij mensen thuis verandert wezenlijk de zorgrelatie en bevordert integrale zorg
- > De andere professionals kennen, weten wat zij kunnen en doen, samen werken
- > Nodig: meer en andere professionals, anders organiseren, taken afsplitsen
- > Regionale actieplannen voor werken in de zorg in ontwikkeling

Hoofdstuk 7 Naar meerwaarde op de juiste plek

- > Bevorderen van meerwaarde door evaluatie van bestaande en nieuwe zorg
- > Meer tijd voor de cliënt en patiënt en meer samenwerking in het wijknetwerk
- > Meer consultatieve samenwerking tussen professionals
- > De inzet van paramedische zorg en wijkverpleging voorkomt onnodige zorg
- > Minder vergoeding voor zorg in het ziekenhuis als het ook (dichter bij) thuis kan
- > Belonen van de (ervaren) zorguitkomsten

Hoofdstuk 8 Naar brede triage op het juiste moment

- > Goede informatie en cliëntondersteuning ondersteunen mogelijkheden “zelftrage”
- > De triage moet breed zijn, dus het medische en sociaal domein samen (wijknetwerk)
- > Financiering is nodig voor de coördinatie en regievoering van brede triage
- > Beoordeling is een terugkerend proces om zorg en ondersteuning op- en af te schalen
- > Eerstelijnsverblijf is primair een schakelpunt en dit vraagt om begrenzing qua duur
- > Beter samenwerken bij de formele indicatiestelling (toegang en toewijzing van zorg)

Hoofdstuk 9 Naar het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek

- > Stop met denken in eerste, tweede en derde lijn, organiseren in ketens en netwerken
- > Behandeling psychische klachten in de eigen omgeving
- > Ziekenhuiszorg kan veel vaker thuis of dichtbij huis
- > Redeneer voor de organisatie van de zorg vanuit de mens en niet vanuit gebouwen
- > Contractering zorgt voor de afbouw van bedden capaciteit
- > Samenwerking is een randvoorwaarde voor het leveren van goede zorg
- > (Her)gebruik gegevens over iemand en weet van elkaar wat je doet voor die persoon

Hoofdstuk 10 De transformatie moet lonen

- > De juiste zorg op de juiste plek moet beter beloond worden
- > Contractinnovaties zijn vaak mogelijk zonder de bekostigingsregels aan te passen
- > Inkoop ondersteunt het organiserend vermogen en de samenwerking in de wijk
- > Meer gebruik van zorgbundels, integrale tarieven en vaste bedragen per cliënt
- > Zorgverzekeraars en gemeenten sturen via hun inkoop op een beter zorglandschap
- > Concentratie van complexe zorg en hoogwaardige zorgvoorzieningen is wenselijk

Hoofdstuk 11 Sturen op transformatie

- > Mensen moeten krachtig (kunnen) sturen op transformatie
- > Bestuurlijk commitment op nationaal niveau is nodig
- > Budgettaire kaders mogen knellen en moeten de beweging ondersteunen
- > Van afbouw van zorg “tussen de muren” naar opbouw van zorg dichtbij
- > Dit vraagt om tijdelijke transformatie-middelen en investeringen in samenwerking
- > Ook de premiebetaler moet baat hebben van de juiste zorg op de juiste plek
- > De juiste zorg op de juiste plek moet onderdeel zijn van de kwaliteitsstandaarden

Het waarmaken van deze ambities gaat inzet vragen van mensen, zorgprofessionals en bestuurders. Daar is lef voor nodig. Tegelijkertijd spreekt uit dit rapport dat die lef al op diverse plaatsen getoond wordt, met succes. De Taskforce roept alle partijen op de handen ineen te slaan en te helpen de transformatie een versnelling te geven en te doen slagen.

Wie doet er mee? Wie durft?

De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?

02

Het functioneren van mensen als vertrekpunt

De kern van het functioneren van mensen als vertrekpunt

Verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag

Investeren in gezondheidsvaardigheden en zelfmanagement

Leefstijl en functioneren wordt vast onderdeel van een consult

Samen beslissen en keuzehulp benutten

Niet te snel de stap nemen naar medische zorg

Het wijkverpleegkundig team en paramedici zijn belangrijk bij een getrapte benadering

Afstemmen sociale ondersteuning en medische zorg

Linda van Dam aan het woord

Linda zit in een 'sandwich': ze zorgt zowel voor haar moeder als voor haar volwassen zoon. Haar moeder is slecht ter been en dementerend. Haar zoon heeft een autisme spectrum stoornis.

Linda zou de zorg nooit aan iemand anders overlaten. Zij weet als geen ander wat haar moeder en zoon nodig hebben. En er zijn zoveel mooie, liefdevolle momenten. Maar het is ook vaak druk, vermoeiend en véél. Zo veel, dat Linda het soms niet ziet zitten. Wie zorgt er voor haar?

Patiënt: 'Ziekte beïnvloedt je dagelijks functioneren, hier is vaak geen aandacht voor; het gaat teveel over behandeling en medicijnen.'

Bron: ZonMw-signalement over Zingeving in zorg.

Hoe ziet de beweging eruit?

Functioneren van mensen

- > Het vertrekpunt voor de juiste zorg op de juiste plek is de mogelijkheid voor mensen om in de context van ziekte zo goed mogelijk te functioneren. Het gaat om **het bevorderen, het behoud of het herstel van functioneren** in de brede zin van het woord.
- > Dit impliceert een verschuiving van focus op ziekte en zorg naar **gezondheid en gedrag**¹. De zorg komt in dienst te staan van functioneren en stelt mensen in staat zo lang en zo goed mogelijk zelfstandig te functioneren in hun eigen leefomgeving.
- > Essentieel is goed functioneren te bevorderen (preventie) en in het geval van ziekte de gevolgen daarvan te beperken en zo mogelijk om te keren (behandeling).
- > De term 'functioneren' heeft betrekking op zowel **lichamelijk, psychisch als sociaal functioneren**. De WHO beschrijft functioneren in termen van functies (fysiologische en mentale eigenschappen), activiteiten (iemand's handelen in het dagelijks leven) en participatie (deelname aan het maatschappelijke leven, zoals wonen en werken)².
- > Behalve de ziekte bepalen externe factoren zoals de sociale- en woonomgeving het functioneren. De manier waarop iemand in gedrag, gevoel en gedachten op ziekte reageert is in sterke mate van invloed op het functioneren³. Begrippen als zingeving, mentaal welbevinden en kwaliteit van leven worden vaak betrokken bij het duiden van het functioneren van mensen.

Chronische aandoeningen

- > In 2015 hadden ongeveer 8,5 miljoen mensen in Nederland één of meer **chronische aandoeningen** . Naar verwachting groeit dit aantal naar bijna 10 miljoen in 2040 (54% van de bevolking⁴). Het gaat met name om artrose, diabetes, COPD, hartfalen en reuma.
- > De groep chronisch zieken is heterogeen qua aandoening en achtergrond. De kans op het krijgen van één of meer chronische aandoeningen neemt toe met de leeftijd, maar sommige chronische aandoeningen komen steeds vroeger in het leven voor.
- > Vaak hebben mensen **meer dan één chronische ziekte** (co- en multi-morbiditeit). De toegenomen mogelijkheden tot medische behandeling leiden er toe dat mensen lange tijd met deze ziekten kunnen blijven leven.
- > Chronische ziekten en andere aandoeningen kunnen grote gevolgen hebben voor het **functioneren van mensen**. Het leidt tot een **andere zorgvraag**  doet een groot beslag op mantelzorg en leidt tot een verlies van maatschappelijke productiviteit.
- > De **impact** van chronische aandoeningen is niet gelijk. De ene aandoening is ingrijpender voor het dagelijks functioneren dan de andere. Een substantieel deel van de bevolking ziet slecht zonder bril, maar ervaart dat niet als ziekte. De impact op het functioneren is dan in de meeste gevallen beperkt. De mate waarin een beperking ingrijpt in het dagelijks functioneren is mede bepalend voor de acceptatie van de beperking door mensen.

- > Mensen hebben de mogelijkheid om goed te functioneren, ondanks de aanwezigheid van ziekten. Dit wordt ook wel aangeduid met termen zoals veerkracht, leren omgaan met ziekte, zelfmanagement en positieve gezondheid⁵.

Betrokken partijen

- > De **persoon zelf**: voorbereiden van een gesprek, aanpassen en **zelfmanagement** (de actieve rol die mensen met een chronische aandoening moeten spelen om complicaties te voorkomen en een aandoening goed in te passen in het dagelijks leven).
- > Het **sociale systeem, de woonomgeving en de wijk**, die het functioneren van de persoon in belangrijke mate ondersteunen.
- > De **paramedische en verpleegkundige disciplines**, die gericht zijn op het bevorderen en behouden van het optimaal functioneren, thuis of in een instelling.
- > De **psychologische disciplines**, door mensen te ondersteunen in hun mentaal welbevinden en gedrag.
- > De **medische disciplines**, door zieken in afstemming met hen te behandelen. (inclusief leefstijlgeneeskunde)

- 1 RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening, 2010.
- 2 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
- 3 Dekker J, de Groot V. Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation - an exploration. Disability and Rehabilitation, 2018;40(1):116-120.
- 4 www.vtv2018.nl
- 5 <https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/> <http://www.allesisgezondheid.nl/content/positieve-gezondheid>.

Wat moeten we doen?

Het functioneren van mensen als vertrekpunt vraagt om een echt andere manier van kijken en doen. Het betekent meer investeren in de gezondheidsvaardigheden van mensen, niet *over*, maar *samen met* mensen beslissen wat te doen. En meten en weten wat de uitkomsten van zorg zijn door de ogen van mensen zelf. Verpleegkundigen staan vaak dichtbij mensen en kennen de sociale omgeving goed, evenals de sociale voorzieningen in de buurt. Zij kunnen helpen voorkomen dat behoeften van mensen te snel gemedicaliseerd worden.



Gezondheidsvaardigheden

- > Iedereen is primair **zorgverlener van zichzelf**: de mogelijkheid hebben om meer over ziekte en gezondheid te leren en (meer) de regie te nemen over zorg en welzijn. Bij het antwoord op menselijke beperkingen moet niet te snel medisch gedacht worden.
- > Om mensen in staat te stellen mee te denken en te **beslissen over hun zorg**, is het belangrijk hun **gezondheidsvaardigheden** te bevorderen, zowel preventief als curatief. Dit begint op school: kinderen moeten meer leren over hoe gezond te zijn en te blijven⁶.
- > Het **eigenaarschap** van het zo goed mogelijk functioneren en het beoordelen van de kwaliteit van leven ligt primair bij mensen zelf. Hun omgeving, en ook zorgverleners, kunnen helpen. Want niet iedereen is hierin altijd even bekwaam. Dit vereist een integrale aanpak van zorg en welzijn, op het niveau van individuele mensen en hun wijk en/of gemeente⁷.
- > Dit vraagt om voortdurende inspanning op verschillende niveaus, waarvoor al veel suggesties zijn gedaan⁸. Voorbeelden: op nationaal niveau wordt dit onderwerp geagendeerd, zorgaanbieders hebben organisatiebreed beleid op gezondheidsvaardigheden, zorgverleners maken bij bestaande communicatiestrategieën gebruik van visueel materiaal; de overheid en zorgverzekeraars houden in hun communicatie, bijvoorbeeld over de verzekeringspolis, rekening met mensen met lage gezondheidsvaardigheden door **heldere en toegankelijke communicatie**.
- > Stimulansen zijn nodig voor het aanleren van gezondheidsvaardigheden, voor training in zelfredzaamheid, mogelijkheden voor preventie en leefstijlinterventies. Goede voorbeelden van

een alternatieve wijze van zorgverlening en de inzet van ervaringsdeskundigen kunnen de patiënt helpen in het beslissen over vervolgstappen (juiste zorg, geen onnodige zorg). Apps en websites, zoals Thuisarts.nl en naarjehuisarts.nl, ondersteunen eveneens. Net als de Deal Stimulering gezondheid door eHealth⁹.

Samen Beslissen

- > **'Samen Beslissen'** moet de norm zijn: patiënt en hulp- en zorgverlener beslissen samen welke zorg het beste past. Vertegenwoordigers van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen **bewustwording** van Samen Beslissen bij hun achterbannen stimuleren. Voorbeelden zijn verdere implementatie van de campagnes 'Betere zorg begint met een goed gesprek' en '3 goede vragen': Wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden? Wat betekent dat in mijn situatie?
- > Hulp- en zorgverleners hebben betere vaardigheden nodig om patiënten begrijpelijk te kunnen informeren over hun aandoening en de persoonlijke context en voorkeur van patiënten mee te nemen in beslissingen over de hulp en zorg. Zorgverleners kunnen (verkorte) **keuzehulp** bespreken in het zorgproces. Patiënten kunnen zich voorbereiden op het gesprek met hun zorgverlener door van tevoren een keuzehulp door

⁶ http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_beperkte%20gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf

⁷ www.gezondin.nu/praktijkvoorbeelden

⁸ NIVEL Kennisvraag 2016: Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht: NIVEL, 2016.

⁹ <https://www.zorgvoorrinnoveren.nl/nieuws/detail/in-2020-heeft-10-van-nederland-ehealth-gebruikt-voor-persoonlijke-preventie>

te lopen. Dit leidt tot meer bewuste keuzes en vaak ook tot minder medische ingrepen en vervolgzorg.

- > Niet iedereen is in staat tot het **nemen van regie** over zijn situatie. De zorgverlener moet niet te snel de regie overnemen en tegelijkertijd niet te lang wachten. Dat is niet altijd eenvoudig in te schatten. Professionals kunnen elkaar daarbij helpen. Ook het nauw betrekken van de mantelzorger kan hierbij helpen.
- > Zorgverzekeraars kunnen Samen Beslissen faciliteren bij de inkoop door afspraken te maken over **voldoende tijd voor een goed gesprek** en, indien mogelijk, tijd om na te denken over behandel mogelijkheden en keuzes.

Uitkomsten van zorg

- > Het functioneren van mensen moet het vertrekpunt voor de juiste zorg zijn. Naast traditionele eindpunten zoals mortaliteit en morbiditeit, moeten de effecten op het functioneren van mensen ook de **toetssteen voor de kwaliteit van zorg** zijn.
- > Ongeacht of iemand regie kan voeren, zijn de meeste mensen wel in staat om aan te geven of ze **iets hebben aan de zorg** of hulp die zij ontvangen.
- > Om tot betrouwbare informatie te komen over de kwaliteit en uitkomsten van geleverde zorg, moet die gemeten worden. Het moet gaan om **uitkomsten die er voor de patiënt echt toe doen**. De kwaliteit van zorg kan bijvoorbeeld worden gemeten door patiënten met behulp van *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) te vragen wat het effect van de zorg is geweest op hun

ervaren gezondheid. PROMs leveren ook input voor patiënten en zorgverleners om samen te beslissen over de behandeling.

Preventie, paramedie en verpleegkunde

- > Voor het goed functioneren van mensen (met chronische aandoeningen of andere beperkingen) is het noodzakelijk dat er naast de medische disciplines aandacht is voor het mentaal welbevinden, de kwaliteit van leven, preventie, het sociale systeem, de woonomgeving en de wijk (www.gezondnl.nl).
- > Zorg moet daar waar mogelijk worden uitgevoerd door **Wmo-ondersteuners, welzijnswerkers, eerstelijnspsychologen, paramedici en verpleegkundigen**. De diagnostiek - het bepalen van aangrijpingspunten voor interventies - en behandeling is bij deze disciplines bij uitstek gericht op het verbeteren van het functioneren. De stap naar medische zorg wordt vaak te snel genomen waardoor geen zinnige en zuinige zorg wordt geleverd.
- > Dit kan verbeteren door het introduceren en benutten van een **getrapte benadering** bij specifieke ziektebeelden. Dit kan bijvoorbeeld bij artrose van de knie, waarbij eerst conservatieve interventies zoals oefentherapie en dieetadvies (afvallen) toegepast worden, voordat een operatie overwogen wordt.
- > Dit kan ook door bijvoorbeeld het landelijk introduceren en gebruiken van een ergotherapeutisch programma voor ouderen met dementie en hun mantelzorgers, om opname in een verpleeghuis te voorkomen of uit te stellen.

Waar zien we in de praktijk een begin van de beweging?

- > Er zijn steeds meer zorgaanbieders die **informatiemateriaal en keuzehulp** beschikbaar stellen. Ook zijn er steeds meer patiënten die zich via dit materiaal of bijvoorbeeld '3 goede vragen' voorbereiden op hun gesprek met de zorg- en hulpverlener. Een mooi voorbeeld om de implementatie van Samen Beslissen te versnellen, is het programma 'Beslist Samen!'. De kennis die wordt opgedaan wordt ook gedeeld met ziekenhuizen die niet met het project meedoen¹⁰.
- > Er zijn huisartsenpraktijken die werken met de visie van **positieve gezondheid** om het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn te verminderen. Door langere of meer consulten is er ruimte om te achterhalen wat mensen echt nodig hebben. In enkele gevallen hebben huisartsenpraktijken, gemeente en zorgverzekeraar samen een **sociaal team** opgezet. Alle teamleden zijn geschoold in positieve gezondheid waardoor iedereen met dezelfde insteek werkt. Samenwerking over organisaties met als focus het functioneren van mensen is hiervoor noodzakelijk. Voorbeelden zijn huisartsenpraktijken in Afferden en Gorinchem samen met zorgverzekeraar VGZ en de desbetreffende gemeenten.
- > Op de website **18takecontrol** staat belangrijke informatie voor jongeren die 18 worden, in voor de jongeren begrijpelijke taal. Voor professionals heeft het Expertisecentrum William Schrikker een praktische methodiek met visuele tools ontwikkeld, die zij

¹⁰ <http://www.begineengoedgesprek.nl/uitgelicht-post/vijf-vragen-over-het-programma-beslist-samen/>

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11

ook in kunnen zetten als jongeren een licht verstandelijke beperking hebben, al problemen hadden of gedwongen hulp kregen. Met de map van 18TakeControl kan de jongere zelf, geholpen door professionals of verzorgers, gericht toewerken naar een zelfstandig bestaan na de achttiende verjaardag. De map maakt onderdeel uit van Krachtplan 18+, een methodiek die jeugdhulpverleners concrete handvatten biedt om jongeren tijdig en in samenwerking voor te bereiden op het leven vanaf hun 18^e.¹¹

- > Er zijn regio's waar men het functioneren van mensen als vertrekpunt voor gezondheid neemt aan de hand van positieve gezondheid. Hierbij zijn verschillende partijen betrokken zoals scholen, winkeliers, sportverenigingen en zorgverleners. Gezondheid raakt meerdere aspecten van het leven en vice versa. Niet alleen medische zorg maar ook **zingeving en participatie** dragen bij aan het functioneren van mensen. Dit is voor iedereen anders, dus gaat het om de dialoog en de aansluiting bij wat mensen willen. Sturen van bovenaf zonder inbreng van de mensen die er mee aan de slag moeten en hier ideeën over hebben, werkt niet.
- > Sommige gemeenten geven dit vorm via **campagnes** waarbij de gemeente inwoners nieuwsgierig wil maken en laten zien hoe je gemakkelijk met je gezondheid bezig kunt zijn. Andere gemeenten doen dit via hun **subsidies** waarbij organisaties moeten aantonen dat ze een bijdrage leveren aan het maatschappelijk effect door bij te dragen aan de gezondheid van inwoners. Voorbeelden zijn Gezond Veluwe, gemeente Nieuwkoop, Hart voor Voerendaal, Leenden gezond dorp en Limburg positief gezond¹².

- > Ook zijn er voorbeelden van zorg- en welzijnsorganisaties die de krachten bundelen en **integraal en multidisciplinair** willen werken. De aanpak is gericht op de overgang van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid en mens en de samenleving. Uitgangspunt is de eigen kracht en het eigen netwerk van inwoners.

Dit zijn goede voorbeelden die inspiratie opleveren voor andere partijen. Het is van belang dat het niet bij voorbeelden blijft. Het moet brede praktijk en ervaring worden. Uiteindelijk moet voor ieder mens zijn of haar functioneren het vertrekpunt van zorg zijn.

¹¹ www.krachtplan18plus.nl

¹² <https://www.gezondveluwe.nl/nieuws/twee-jaar-gezondveluwe-evaluatie-van-de-opbrengsten.htm> , <http://www.hartvoorvoerendaal.nl/> , <https://limburgpositiefgezond.nl/inspiratie/> , <http://gezonddorp.nl/>

03 Het juiste commitment

De kern van het juiste commitment

Mismatch tussen zorgbehoefte en het aanbod van zorg

Gevraagd: commitment om zorg beter en goedkoper te organiseren

Dit vereist een cultuur- en gedragsverandering op alle niveaus

Daarop mogen professionals en organisaties elkaar aanspreken

Een gemeenschappelijk beeld van de opgave in de regio voedt het commitment

Een landelijk commitment geeft richting, het moet in de regio gebeuren

Joanne Simonsz aan het woord



'Osteogenesis Imperfecta (OI) is een aandoening waarbij sprake is van minder stevig bindweefsel. Hierdoor breek ik mijn botten bijvoorbeeld heel snel.'

OI is een complexe, zeldzame ziekte, waardoor ik niet zomaar in elk ziekenhuis terecht kan. Ik ben op dit moment onder behandeling van een expertise centrum voor OI, binnen het ziekenhuis. De zorgprofessionals van dit expertisecentrum zijn goed op de hoogte van mijn situatie en van mijn ziektebeeld in het bijzonder.

Daarnaast hebben, de internist de radioloog, de revalidatiearts, de klinisch geneticus, de verpleegkundig specialist, de ergotherapeut en de verpleegkundigen van het echo-, hart- en longfunctieonderzoek zeer frequent contact met elkaar. Ook met mijn huisarts hebben zij goed contact. Hierdoor kunnen behandelingen in het ziekenhuis en thuis vlot opgezet en doorlopen worden, met een optimaal resultaat als gevolg.'

Hoe ziet de beweging eruit?

Van probleem gebaseerd: het aanbod van zorg sluit steeds slechter aan bij de vraag

- > De (toenemende) **zorgvraag** komt niet zozeer van patiënten met een enkelvoudige aandoening, maar van patiënten met complexe behoeften. Denk aan kwetsbare mensen, zoals patiënten met verschillende chronische aandoeningen, mensen met behoeften op meerdere leefdomen, mensen die bredere ondersteuning en zorg nodig hebben.
- > Het **zorgaanbod** is (te veel) gespecialiseerd en gefragmenteerd. De fragmentatie is te herkennen in de opleidingen, beroepsgroepen, de manier van werken, het kwaliteitssysteem, de organisatie, de bekostiging, financiering en het beleid.
- > De **mismatch** tussen zorgbehoefte en zorgaanbod leidt tot vertraging, rompslomp en frustratie, minder (ervaren) kwaliteit, beperkte verbetering in het daadwerkelijke functioneren van mensen en tot meer kosten dan nodig en wenselijk is.
- > Er is een **maatschappelijke opdracht** om uit te gaan van enerzijds het functioneren van mensen en anderzijds de zorg toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden.

Deze maatschappelijke opdracht moet worden gevoeld en doorleefd door mensen, zorgverleners, organisaties, financiers en beleidsmakers. Doorgaan op dezelfde weg is vastlopen.

Naar visie gestuurd: integrale zorg gericht op het functioneren van mensen

- > De beweging richt zich op een **gedeelde visie** van wat er nodig is. Waarom willen we een echt andere manier waarop zorg wordt georganiseerd, geleverd en gefinancierd?
- > Omdat de zorg beter moet aansluiten bij wat de mensen nodig hebben voor hun functioneren. Dat motiveert patiënten en professionals.
- > Omdat een betere organisatie van de zorg leidt tot hogere (ervaren) kwaliteit en tot minder kostengroei. Dat motiveert bestuurders en managers.
- > Omdat het wegnemen van inefficiënties uit het huidige systeem bijdraagt aan een betere kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en een gezondere bevolking (*Triple Aim*).
- > In de kern gaat het om een **cultuur- en gedragsverandering**. Inhoudelijke motieven moeten prevaleren boven financiële

motieven. Dus: “Wat levert dit op voor mensen in hun functioneren?” en niet: “Wat doet dit voor mij en mijn organisatie?”. Samenhang, samenwerking en integratie van zorg en ondersteuning moeten als hoogste goed gelden in plaats van de best meetbare, controleerbare deeloplossingen.

- > Het gaat om een onherroepelijk **commitment** op een nieuwe norm: de juiste zorg op de juiste plek. Nieuwe initiatieven worden in de etalage gezet, frontlijnprofessionals en bestuurders op het podium gehesen, resultaten voor mensen inzichtelijk gemaakt. Om positieve energie te ontketenen en anderen aan te moedigen hun eigen perspectief, organisatie en praktijk tegen het licht te houden en te vernieuwen.
- > Sterker nog: niet in beweging komen is niet langer aanvaardbaar. We spreken elkaar aan op elkaars gedrag en rekenen elkaar daarop ook af, letterlijk en figuurlijk. Het duiken voor de verantwoordelijkheid om de zorg beter te maken wordt niet langer geaccepteerd en beloond.

“Van het vegen van de stoep naar het schoonhouden van de straat.

Niet het afpakken van zorg, maar het samen aanpakken.” – Taskforce



Wat moeten we doen?

Een dergelijke beweging vraagt veel van alle betrokken partijen:

- > **Mensen** die actief met hun gezondheid en welzijn bezig zijn, proberen zorg en ondersteuning te voorkomen, hun netwerk goed te benutten, professionals op tijd te vinden als dat nodig is en leren omgaan met hun beperkingen. Voor mensen met minder gezondheidsvaardigheden is passende ondersteuning nodig.

- > **Professionals** moeten de feitelijke zorgvraag en de onderliggende behoefte van mensen in samenspraak met hen helder krijgen. Advisering, ondersteuning en behandeling zijn gebaseerd op *evidence* én ervaring én de persoonlijke situatie. Met ruimte voor verscheidenheid. Het moet gaan om de lerende praktijk, om nieuwe *evidence* te genereren, mensen verder te helpen, niet om het toepassen van de gestandaardiseerde normen die suggereren dat alle mensen dezelfde vraag in dezelfde context hebben.

- > **Bestuurders** moeten zorgorganisaties besturen op een manier waarbij de bijdrage aan de gezondheid en het welzijn van de gehele populatie tegen het licht van een doelmatige inzet van middelen de principiële norm is en minder exclusief besturen op het financiële resultaat. Ze bevragen en belonen hun professionals op hun bijdrage aan de juiste zorg op de juiste plek.

- > **Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten** moeten bijdragen aan het in beeld brengen van de gezamenlijke opgave in een regio, gemeente en/of wijk. Ze moeten instellingen en professionals inhoudelijk “afrekenen” op samenwerking, integrale zorg en het nastreven en realiseren van (ervaren) uitkomsten (hoofdstuk 10). Ook financiers als banken en innovatieve ondernemers kunnen bijdragen aan de echte verandering.

- > **Externe toezichthouders** moeten het maatschappelijke jaarverslag net zo belangrijk vinden als het financiële jaarverslag.

- > **Beleidsmakers** moeten de neiging onderdrukken om deze beweging van bovenaf te sturen met nieuwe structuren, modellen of zelfs blauwdrukken. Dat leidt slechts tot nieuwe grenzen en meer benauwdheid, terwijl juist de ruimte en zuurstof voor eigenaarschap en creativiteit in de praktijk nodig is.

De oplossing ligt dan ook meer in het ondersteunen van mensen, professionals en bestuurders om met de huidige beperkingen om te leren gaan en knellende belemmeringen te verzachten of weg te nemen. Een onderschat instrument dat beleidsmakers hebben is de “*capacity to convene*” (mogelijkheid om partijen samen te brengen): partijen aanspreken, bij elkaar roepen, het gesprek organiseren, net zo lang totdat een probleem is opgelost.

- > De **landelijke politiek** heeft als taak een visie uit te dragen, de juiste randvoorwaarden te scheppen, de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg te bewaken en als het nodig is de regie op zich te nemen. Niet alles uniform regelen, maar wel partijen om uitleg vragen waarom de aanpak of de resultaten in bepaalde regio’s afwijken van andere.

- > **Op nationaal niveau** bevestigen partijen hun commitment aan de beweging van de juiste zorg op de juiste plek en nemen hun leden daarin mee. De overheid draagt het perspectief consequent uit, samen met de partijen.

- > Dit commitment zal in de regio vertaald moeten worden door een gedeeld beeld te maken. Wat is de gezondheidssituatie, hoe organiseren en verlenen we de zorg (“ist”), wat is onze **gezamenlijke opgave**, en wat moet er gebeuren omwille van een betere gezondheid en welzijn van de populatie (“soll”)? Op basis van dat beeld kunnen partijen – gegeven hun te onderscheiden rollen – aan de slag. “Duiken” en afschuiven moet niet mogelijk zijn.

- > Om het **lerend vermogen** breder in het land te bevorderen kan met steun van de verzekeraars en gemeenten een “leerpact” worden gevormd tussen regio’s die voorop lopen en regio’s die nog minder goed op weg zijn.

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 Waar zien we in de praktijk een begin van de beweging?

Commitment om zorg anders in te richten, om samen te werken over professionele en financiële domeinen heen, vraagt ander gedrag. Dit blijkt uit voorbeelden.

Krijtmolenalliantie in Amsterdam Noord

- > In Amsterdam Noord hebben eind 2010 negen zorg- en welzijnsaanbieders zich verenigd in de Krijtmolenalliantie (KMA) en een samenwerkingsovereenkomst ondertekend om de bewoners van het stadsdeel beter te helpen. Een initiatief van de KMA is **Beter Samen in Noord** met als doel in het stadsdeel een uniforme multidisciplinaire werkwijze – triage en casemanagement – te ontwikkelen voor professionals werkzaam binnen welzijn, zorg en werk en inkomen. De werkwijze kenmerkt zich door het snel en vakkundige vaststellen van de problematiek en bepalen wie en wat er nodig is voor een adequate, cliëntgerichte aanpak. Deze aanpak is gericht op de overgang van ZZ (zorg en ziekte) naar GG (gedrag en gezondheid) en MM (Mens en Maatschappij) voor bewoners met complexe en meervoudige problemen die niet of beperkt zelfredzaam zijn. Burgers worden zoveel mogelijk gestimuleerd om de eigen kracht te benutten en een appèl te doen op hun sociale netwerk. De aanpak is door de professionals en organisaties ingebed in het reguliere zorgaanbod en de vigerende financieringssystematiek.

<https://www.betersameninnord.nl/historie/krijt-molen-alliantie>

Proeftuinen populatiegerichte aanpak

- > In 2013 zijn experimenten gestart met **proeftuinen “populatiegerichte aanpak”**. Deze aanpak houdt in dat aanbieders van preventie, zorg en welzijn, zorgverzekeraars, gemeenten en burgers zich samen inzetten voor het verbeteren van de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van de zorg, en het beheersen van de kosten (“Triple aim”). Het ministerie van VWS heeft, op voordracht van de zorgverzekeraars, negen van dit soort regionale samenwerkingsverbanden aangewezen als proeftuin ‘betere zorg met minder kosten’. De ontwikkelingen en ervaringen van deze proeftuinen worden door het RIVM in kaart gebracht met de Landelijke Monitor Proeftuinen (LMP).
- > Eén van de proeftuinen is Blauwe Zorg (www.blauwezorg.nl), gericht op duurzaamheid van de gezondheidszorg. Blauwe Zorg is geen project, maar veel meer een beweging, een gedachtegoed. Er zijn twee pijlers: **aanpassingen in de organisatie van zorg en gedragsverandering bij partijen**. De eerste pijler bestaat uit een aantal interventies met als doel om de zorg te verbeteren conform *Triple Aim*. De interventies zijn gericht op farmacie, medisch specialistische inzet, verwijzen naar

“Bestuurders, dit is úw strijd: het echte gevecht is tegen onszelf, tegen onze bureaucratie en onze gecompliceerdheid.”

– Yves Morieux en Peter Tollman, *Six Simple Rules (How to Manage Complexity without Getting Complicated)*, 2014

vervolgzaam, GGZ, ketenzorg en de gemeentelijke decentralisaties. Deze thema's zijn een logisch gevolg van de analyse waar de grootste zorgkosten zich bevinden. Per thema zijn interventies gestart. Het uitgangspunt is het zorgproces anders in te richten en onnodige zorg op de verkeerde plek te voorkomen, niet om minder zorg te leveren.

- > De tweede pijler van Blauwe Zorg richt zich op de cultuurverandering in de regio die moet plaatsvinden op drie niveaus: bij de bestuurder/manager, professionals en de zorgvragers. Het brede besef dat het traditionele afwachterbeleid met uitsluitend verantwoordelijkheid voor het eigen stukje zorg moet omslaan in een actief opvolgbeleid met een even grote verantwoordelijkheid bij alle zorgverleners voor de hele populatie. Hoe deze mentaliteits- en uiteindelijke gedragsverandering te bewerkstelligen zien we bij het milieu. We zijn er in geslaagd om producenten en consumenten anders te laten omgaan met duurzame omgang met het milieu (zoals “groene stroom”). Daar kunnen we van leren. Zorgverleners moeten samen verantwoordelijk zijn voor een zorgorganisatie die efficiënt is ingericht. Ook de patiënt als zorgvrager zal in de beweging moeten worden meegenomen en meer begrip en inzicht moeten krijgen in zijn eigen rol en verantwoordelijkheid. Het project Blauwe Zorg in de Wijk richt zich in het bijzonder op het in gang zetten van deze gedragsverandering op alle niveaus.

Prinses Maxima Centrum: patiëntenbelang boven alles

- > Jaarlijks krijgen zo'n 600 kinderen de diagnose kanker. Kanker is nog steeds de meest voorkomende doodsoorzaak onder kinderen: om de twee dagen sterft in Nederland een kind aan deze ziekte. De behandeling voor de meeste vormen van

01 (zeldzame) kanker bij kinderen was verspreid over meerdere
02 ziekenhuizen in Nederland. Betrokken oncologen stelden
03 destijds de vraag: stel, je eigen kind heeft kanker, waar zou je
04 willen dat het wordt geholpen? In het beste ziekenhuis. Partijen
05 hebben krachten gebundeld en zijn over hun eigen belangen
06 heen gestapt om samenwerking op topniveau te organiseren.

- 07 > In het Prinses Máxima Centrum komt de expertise, nationaal
08 en internationaal, op het gebied van zorg en research samen.
09 Samen met 20 ziekenhuizen in het land wordt de complete
10 oncologische zorg aan kinderen aangeboden. Samen met
11 ouders van kinderen met kanker wordt de zorg zo georgani-
seerd om de ontwikkeling van kind en gezin zoveel mogelijk
door te laten gaan. Juist hier blijkt de meerwaarde: het centrum
doet er alles aan om de opvang, begeleiding en ontwikkeling te
optimaliseren, naast een eminente behandeling. Zo zijn er
85 ouder-kindkamers: opnamekamers voorzien van een eigen
ouderverblijf. Ouders kunnen daardoor dag en nacht bij hun
kind zijn. De zorg is daadwerkelijk georganiseerd rondom het
kind, waardoor men zich welkom en meer 'thuis' voelt. Het
maakt kinderen, ouders, broers en zussen weerbaarder en
draagt bij aan het teruggeven van de regie aan hen.

<https://www.youtube.com/watch?v=o4apM1Q87dc>

04

Het juiste beeld van de gezamenlijke opgave

De kern van het juiste beeld van de gezamenlijke opgave:

Samen een gedeeld beeld van gezondheid en zorg in de regio maken dat motiveert

Data uit de diverse bestaande bronnen en domeinen samenbrengen

Samen de opgave bepalen voor regio, gemeente of wijk

Nationaal bepalen dát dit gebeurt, niet wát er in de regio moet gebeuren

Elke partij pakt zijn eigen verantwoordelijkheid om een bijdrage te leveren

Focus gewenst op chronisch zieken en kwetsbare groepen

Charles Wijnands aan het woord



“Ik werk als huisarts in een achterstands-wijk in Maastricht. Ik merk dagelijks dat mijn patiënten veel problemen op allerlei fronten hebben: financieel, psychisch, opvoeding, lichamelijke gezondheid, enz. Met name op het gebied van het sociale functioneren.

Ik werk samen met het sociaal team en andere hulpverleners in de wijk, maar merk vaak dat het aanbod niet helemaal aansluit bij de vraag. Sinds kort hebben we via de gemeente, verzekeraar en GGD veel cijfers over onze patiënten gekregen. Relevante cijfers die bevestigden, dat er inderdaad veel psychosociale problematiek is. Maar ook dat mijn gevoel correct is, dat het aanbod niet altijd op de juiste problemen is gericht. Daar kan ik nu het gesprek over aangaan, onderbouwd met cijfers.”

Hoe ziet de beweging eruit?

- > **De fragmentatie samen aanpakken.** De vele vormen van formele en informele zorg en ondersteuning worden veelal apart van elkaar georganiseerd en verleend. Er zijn mensen die met hun zorgbehoefte niet op de juiste plek terecht komen; er zijn mensen die door veel verschillende mantelzorgers en professionals worden bijgestaan, maar daarmee niet geholpen zijn. Er zijn veel goede intenties om goede zorg en ondersteuning te leveren, maar te vaak met suboptimale gevolgen. Dit geldt binnen het sociaal en medische domein, maar zeker ook tussen deze domeinen. Het blijkt nog vaak te gaan om “gescheiden werelden” met elk een eigen taal, werkwijzen, mores en expertise¹³. Mensen die te maken hebben met verschillende zorg- en hulpverleners ervaren de afzonderlijke perspectieven vaak als onduidelijk, belastend en tegenstrijdig. Dit vraagt om uitwisseling, samenwerking en regie.
- > **Samenwerking op het niveau van de inkoop** . Wat geldt op het microniveau van zorg- en hulpverleners en hun organisaties, geldt ook op het niveau van de financiers van zorg en ondersteuning. De decentralisatie van delen van de AWBZ naar verzekeraars (wijkverpleging) en gemeenten (huishoudelijke hulp, begeleiding en dagbesteding, en daarbij ook nog de jeugdzorg) is van betrekkelijk recente datum en heeft veel tijd en

energie gekost. Van zorgkantoren als inkopers van goede gehandicapten- en ouderenzorg wordt nu meer verwacht dan in het verleden. Het proces van transitie wordt wel getypeerd als het repareren van een schip, niet in het droge dok, maar op volle zee. Het schip moet immers blijven varen. Die fase is nu grotendeels achter de rug. De volgende fase is transformatie: meer samen op het schip, samen de koers bepalen, vervolgens de taken verdelen en aanpakken, de bestemming bereiken.

- > **Samen de opgave in de regio bepalen.** Tussen het onherroepelijke commitment (hoofdstuk 3) en het in praktijk waarmaken van de juiste zorg op de juiste plek (hoofdstukken 5-9) is het instrumenteel om een “gedeeld beeld” te maken van de regio, gemeente of wijk. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zorgen dat dit samen met zorgaanbieders, professionals, patiënten en hun omgeving gebeurt. Voor welke domeinoverstijgende opgave staan we in deze regio: wat moet er gebeuren om in deze regio de juiste zorg op de juiste plek te organiseren en te leveren? Gegeven dit beeld maakt elke partij - gegeven zijn eigen verantwoordelijkheid - afspraken over zorgorganisatie en zorginkoop. De opgave geeft daarmee richting aan de inkoop door gemeenten, verzekeraars, en zorgkantoren en aan de manier waarop aanbieders zorg organiseren en professionals zorg verlenen. Professionals in het sociaal en medische domein moeten voldoende toegerust zijn om met deze opgave aan de slag te gaan.¹⁴

- > **Van papier naar praktijk.** Het maken van het gedeelde beeld is geen doel op zich, maar middel tot actie. De meerwaarde is dat de opgave wordt opgepakt én problemen worden aangepakt. Dat partijen elkaar ook aanspreken. Het kan niet zo zijn dat de ene partij tegen de andere zegt: “jouw kant van het schip is lek”. Dat geldt voor inkopers bij het maken van beleid en de feitelijke inkoop. Dat geldt voor de organisaties en professionals op microniveau om hun zorg en ondersteuning samen beter aan te sluiten op de actuele en veranderende zorgbehoeften. Het is logisch te beginnen bij groepen die het meeste voordeel kunnen hebben van een betere organisatie en verlening van de juiste zorg op de juiste plek.
- > **Het primaat ligt in de praktijk.** Op nationaal niveau is het belangrijk dat er tussen partijen wordt afgesproken dat deze aanpak wordt gevolgd in de regio. Daarmee kunnen partijen op nationaal niveau ook een stuwende kracht hebben naar hun eigen achterban. Op nationaal niveau wordt niet afgesproken wat er precies in de regio wordt afgesproken. Daarvoor verschillen de regio's te veel van elkaar en zijn er ook belangrijke voordelen om ruimte te geven aan onderscheidend vermogen, verscheidenheid, creativiteit en innovatie. Als daar aanleiding voor is, kan de voortgang op landelijk niveau worden besproken.

“Een integrale database biedt mogelijk relevante input voor nieuw gezondheidsbeleid en voor strategische keuzes over nieuwe zorgvormen, zorgarrangementen, zorginkoop en substitutie van zorg.” – (Annet Joustra, kennismanager Monitoring van Robuust)

¹³ Rob (2017). *Zorg voor samenhangende zorg. Over zorgwetten die door gemeenten worden uitgevoerd*. Den Haag: Raad voor het openbaar bestuur.

¹⁴ Artikel 14a van de Zorgverzekeringswet stelt dat de zorgverzekeraar zorgt dat de inhoud van de ingekochte zorg aansluit bij de gemaakte afspraken met gemeenten zoals omschreven in artikel 5.4.1. van de Wet maatschappelijke ondersteuning, waarbij gemeenten hun taken afstemmen met zorgverzekeraars.



Wat moeten we doen?

- > Het maken van een gedeeld beeld van de sociale en gezondheids-situatie betekent niet nieuwe informatie verzamelen, maar het **bijeenbrengen van data uit verschillende bronnen** over domeinen heen. Er is een weelde aan openbare informatie beschikbaar (Zie tabel in bijlage bij dit hoofdstuk) voor analyse op regionaal of lokaal niveau zonder dat dit de bescherming van persoonsgegevens hoeft aan te tasten. Organisaties als RIVM, CBS, Vektis, Stichting Inlichtingenbureau, de Autoriteit Persoonsgegevens en adviesbureaus kunnen hierbij ondersteuning bieden.
- > Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren zorgen ervoor dat dit proces op gang komt en dat een vertaling plaatsvindt naar de opgave in de regio. Dit gebeurt in samenspraak met de aanbieders van zorg en ondersteuning in de regio, ervaren professionals en juist ook mensen zelf. Door het samen te doen, ontstaat een **gemeenschappelijke basis**, gedeelde verantwoordelijkheid en eigenaarschap. De praktijk leert dat het delen en combineren van informatie andere, vaak onverwachte, inzichten oplevert. Dat leidt tot een ander gesprek tussen betrokkenen over inhoud, maar ook over het bepalen van prioriteiten, acceptatie van onbedoelde effecten, over wat regionaal en lokaal kan of nationaal moet worden opgepakt.
- > Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren financieren de ontwikkeling van het gedeelde beeld en gebruiken deze voor hun **contractering** in de regio. Ze maken hun eigen inkoopbeleid ondersteunend aan de opgave in de regio. Dit komt ook het organiserend vermogen van het zorgaanbod binnen de regio ten goede. Bestuurders en professionals gebruiken het gedeelde beeld als voeding voor de organisatie en verlening van zorg en ondersteuning. Aan goede voorbeelden wordt een podium geboden, lerende netwerken (regio-partnerschap) worden opgezet en vliegende brigade van experts wordt ingezet. Een separate kwestie is het verzamelen en benutten van data op het niveau van individuele zorgbehoefte en zorgverlening en de (on)mogelijkheden daarvan.
- > In een regio ligt het voor de hand dat de grootste verzekeraar, het desbetreffende zorgkantoor en een representatie van de relevante gemeenten het voortouw nemen. Andere partijen proberen hen daarin te volgen, gegeven hun eigen verantwoordelijkheid richting hun inwoners en verzekerden. De beweging zal extra capaciteit en middelen vergen van de betrokken partijen, maar moet ook veel opleveren.
- > Er kunnen zich situaties voordoen dat het niet lukt om tot een juist beeld van de gezamenlijke opgave te komen; de oorzaak van het ontbreken mag echter nooit liggen op het wilsniveau. Het is goed de voortgang van de initiatieven over alle regio's heen met enige regelmaat op nationaal niveau te bespreken. De RIVM heeft onlangs een monitor uitgebracht over de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars. https://rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Preventie_Ziekte_Zorg/VPZ/Evaluatie_Preventie_in_het_Zorgstelsel.

Waar zien we in de praktijk een begin van de beweging?

- > **Wijkscan Gemeente Enschede**. Niet alleen het zorggebruik (en voorspelling hiervan) is belangrijk, ook de populatiekenmerken en aanwezige zorginfrastructuur zijn essentiële gegevens om beleid vorm te geven en uit te voeren. Deze data worden in eerste instantie vaak niet met elkaar gecombineerd. Een mooi voorbeeld waar dit wel gebeurt is de gemeente Enschede. Informatie van zorgverzekeraars is op wijkniveau gecombineerd met Wmo-data. Deze informatie is aangevuld met aanwezige infrastructuur in de wijk, populatiekenmerken (via data van het CBS en de GGD). Behulpzaam hierbij is de **wijkscan** , waardoor voor alle gebruikers duidelijk is welke combinaties van gegevens nodig zijn.
- > **Regionaal kenniscentrum Zwolle** . Zorgalliantie Zwolle wilde ook informatie uit verschillende bronnen samenbrengen. Zij heeft hiervoor een regionaal kenniscentrum opgezet. Het heeft als taak het bijeenbrengen en beschikbaar stellen van relevante zorg-informatie uit verschillende bronnen die stakeholders in de regio nodig hebben en inzetten in hun primaire opdracht en proces.

- > Het Programma Gedeelde zorg in Gouda heeft opgeschreven welke processtappen moeten worden doorlopen bij het opzetten van hun dataverzameling: (a) het opstarten van een datawerkgroep; (b) het opzetten van een infrastructuur voor een continu proces van analyses van data; (c) inzet van een extern expertisebureau dat ondersteunt; (d) Het starten met de opzet van de eerste dashboards.

Vanuit de stuurgroep is in eerste instantie de focus gelegd op de acute ouderenzorg. Een tweede dashboard zal zich gaan richten op de dementiezorg. [http://www.transmuraalnetwerk.nl/Portals/1/Def%20Visiedocument%20GZMH%20anoniem%20\[Compatibiliteitsmodus\].pdf](http://www.transmuraalnetwerk.nl/Portals/1/Def%20Visiedocument%20GZMH%20anoniem%20[Compatibiliteitsmodus].pdf)

- > www.versterkensamenwerking.nl. De directeurs van een aantal grote gemeenten en de directeurs van de grootste verzekeraars zijn met steun van VWS in 2014 het Jongeriusoverleg gestart onder het motto: inspireren, van elkaar leren en verder ontwikkelen. Met als gezamenlijke doel: betere gezondheid voor zoveel mogelijk inwoners en verzekerden, met een effectieve inzet van middelen. Het informeel avondoverleg (genoemd naar de eerste vergaderlocatie: het Jongeriusgebouw in Utrecht) is later aangevuld met een aantal leerconferenties in de regio over specifieke inhoudelijke thema's zoals preventie, samenwerking in de wijk, ggz, 18-/+-problematiek. Het overleg is nog steeds actief.
- > Over de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars in de regio zijn voor heel Nederland ook "samenwerkingskaarten" gemaakt: in welke regio is al sprake van min of meer intensieve samenwerking op bepaalde thema's, welke regio's blijven nog achter? Deze kaarten zijn ook onderdeel van de agenda van het bestuurlijk overleg tussen verzekeraars, gemeenten en VWS,

"Big data kan een vliegwiel zijn voor persoonsgerichte, doelmatige zorg. Data worden waardevol als je er met verstand naar kijkt" – (Eric Hiddink en Ron Herings van de proeftuin Gezonde zorg)

naast de uitwisseling van goede voorbeelden en de bespreking van knelpunten. https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2017/samenwerkingskaarten_zorgverzekeraars_en_gemeenten_de_huidige_samenwerk.pdf

- > Recent is het concept van het landelijk model 'ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' opgeleverd. Samen met de gemeenten Almere, Amsterdam, Arnhem, Den Bosch, Maastricht, Oss, Smallerland en Zaanstad beschrijft CqO een structuur van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Het concept landelijk model 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' beschrijft een structuur om een lokale ketenaanpak voor kinderen met overgewicht of obesitas in te richten. Het is gebaseerd op praktijkervaringen van de acht proeftuinen. Het concept landelijk model is ontstaan vanuit de wens dat: 'Elk kind dat te zwaar is, in beeld blijft (met de ouders) en de zorg en ondersteuning krijgt die nodig is. En waarbij de betrokken professionals behalve naar leefstijl ook nadrukkelijk kijken naar de omstandigheden waarin kind en gezin verkeren.' <https://www.cqo-proeftuinen.nl/over-proeftuinen/model-ketenaanpak>
- > Uit de inventarisatie blijkt dat er al veel gebeurt, maar sterk geconcentreerd in de grotere gemeenten. Ook blijft het vaak kleinschalig en is er dus nog te weinig sprake van doorontwikkeling in de regio en/of structurele inbedding van werkende interventies. Daarnaast kan het lerend vermogen over regio's heen worden verbeterd. Daarom biedt de VNG tien regio's in

2018 de mogelijkheid onder deskundige **procesbegeleiding** de samenwerking met hun grootste zorgverzekeraar(s) op één specifiek thema een stap verder te brengen.

Gebruik openbare data (zie bijlage bij dit hoofdstuk) en neem mee wat er op dit gebied al gebeurt; mogelijk gebruikt de gemeente al de arrangementenmonitor <https://arrangementenmonitor.nl/>. En mogelijk helpen de tips om gezondheid in beeld te brengen <http://www.atlasleefomgeving.nl/web/gezondeleefomgeving/gezondheid-in-beeld>. Of de tips voor het opstellen van wijkprofielen en voorbeelden van wijkprofielen. <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/lokaal-gezondheidsbeleid/wijkgezondheidsprofiel/voorbeelden-wijkgezondheidsprofiel>. Of de toolkit van het RIVM voor preventie in de wijk <https://www.rivm.nl/dsresource?objectid=c2ab49d8-d001-4e57-99ac-5fa991a639d7&type=pdf&disposition=inline>

Databronnen met gegevens op regionaal/lokaal niveau

Omgeving - inwoners en hun kenmerken, wonen etc

Bron	Wat is er te vinden?	Op welk detailniveau	Welke jaren?
www.waarstaatjegemeente.nl zie voor vergelijkbare info ook: http://mlzstatline.cbs.nl/Statweb/search/?SPT=True&SP-V=True&SPD=True&USESEARCHPARAMETERS=True&RC=G-Mo358&LA=NL en http://www.buurtintegratie.nl/ en www.woonzorgwijzer.info	Gezondheidsverschillen, sociaal economische status, percentage 5 chronische aandoeningen, gedrag en vaardigheden (o.a. bewegen/sport), armoede, mantelzorg, eenzaamheid, participatie, leefomgeving. Burgerpeiling. Zorggebruik (aantal en kosten) in Zvw en Awbz/Wlz, per sector (huisarts, apotheek, GGZ, medisch specialistisch). Aantal zorgverleners binnen Zvw en Awbz/Wlz. Monitor sociaal domein (voorzieningen, type ondersteuning, jeugd, , cliëntintervaring, gebruik 1 ^e lijn), schulden. Zie ook http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83262NED Woon en leefklimaat, openbare orde en veiligheid, werk en inkomen, onderwijs, jeugd, gemeentelijke financiën, burgerpeiling, lokale monitor wonen, Bedrijvigheid en economie, energie en klimaat.	Gemeente (onderling vergelijkbaar) Met wijkprofielen op enkele gegevens	2016 en op onderdelen ook het verleden vanaf 2009
https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/nederland-regionaal/wegwijzer/cbs-in-uw-buurt	Aantal inwoners, man/vrouw, leeftijd, huwelijkse staat, geboortes & sterfte, herkomst, huishouden, inkomen/opleiding/werk, sociale zekerheid. Aantal woningen, type woning, huur/koop, bewoond/niet bewoond, bouwjaar, WOZ-waarde. Huisarts, apotheek, ziekenhuis. Voorziening detailhandel, horeca, onderwijs & kinderopvang, overig. Energie/bodemgebruik, bedrijven, motorvoertuigen.	Gemeente, wijk en straat (onderling vergelijkbaar)	2000 - 2016
https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen/regionaal	Chronische ziekten en multimorbiditeit, Ervaren gezondheid, Psychische gezondheid, Sporten- en bewegen, Rookgedrag & alcoholgebruik, Overgewicht, Mantelzorg, Functioneringsproblemen, Gehoor/gezichtsstoornissen, Eenzaamheid	Per GGD-regio en soms ook per wijk, voor volwassenen en ouderen.	2016
https://www.rivm.nl/media/profielen/gemeentelijst.html	Gezondheidsprofielen: demografie, gezondheid & determinanten, vaccinaties, bereikbaarheid zorgvoorzieningen, sociaal economische status, leefbaarheid.	Gemeente	1990 t/m 2013 en prognoses vanaf 2014 t/m 2040.
http://www.atlasleefomgeving.nl/web/gezondeleefomgeving/gezondheid-in-beeld	Tips om gezondheid in beeld te brengen	wijk	
https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/lokaal-gezondheidsbeleid/wijkgezondheidsprofiel/voorbeelden-wijkgezondheidsprofiel	Tips voor het opstellen van wijkprofielen en voorbeelden van wijkprofielen	wijk	
https://www.rivm.nl/dsresource?objectid=c2ab49d8-d001-4e57-99ac-5fa991a639d7&type=pdf&disposition=inline	Toolkit preventie in de wijk	wijk	

Zorg - zorggebruik, kosten, geldstromen

Bron	Wat is er te vinden?	Op welk detailniveau	Welke jaren?
https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/zorg-in-gemeenten/ en www.woonzorgwijzer.info	Zorggebruik, kosten en verschil tussen leeftijdscategorieën. Zorg uit Zvw: zoals medisch specialistische zorg, farmacie, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg (inschrijftarief, consult, overig, multidisciplinair), hulpmiddelen, mondzorg (voor kinderen), paramedische zorg, ziekenvervoer en kraamzorg. Ook grensoverschrijdende kosten. De zorgkosten zijn uitgesplitst naar geslacht en leeftijd.	Gemeente. Q1 2018 ook wijkinformatie (besloten portaal voor gemeenten) Postcode en gemeente	2014 – 2016 2011 – 2015
https://www.vektis.nl/intelligence/	Demografie, zorggebruik in aantal en kosten, aantal betrokken zorgverleners voor: geboortezorg, COPD/astma, zorg voor kinderen, ouderenzorg, diabetes. Info over huisartsenzorg Info ziekenhuiszorg Info GGZ Zorg dichtbij Zorgkosten NIET OPENBAAR Voor zorgverzekeraars: database met alle landelijke zorgdeclaraties. En informatie over de kwaliteit van de zorg, onder meer voor de geestelijke gezondheidszorg, medisch specialistische zorg en de eerstelijnszorg. En informatie aan zorgkantoren waarmee zijn de uitputting van de beschikbare WLZ-middelen kunnen volgen. Voor huisartsen, ziekenhuizen, GGZ: spiegelinfo.	Gemeente Landelijk/provincie Per gemeente /ziekenhuis Gemeente Gemeente Gemeente	Historie en voorspelling lopend jaar
City Deals - Agenda Stad – arrangementenmonitor / waaier https://arrangementenmonitor.nl	NIET OPENBAAR 24 gemeenten en zorgverzekeraar VGZ hebben hiermee inzage in de financiële geldstromen per wijk (en postcode, soms ook per huishouden), voorzieningen etc.	Wijk, postcode, huishouden	
http://www.doktersrekening.nl/zoek/top_behandelingen.php	Data van ziekenhuisbehandeling waar het meeste geld wordt uitgegeven (tarief x aantal), uitgesplitst per specialisme, met een omschrijving van wat de behandeling inhoudt . (NB: geen SEH)	Per ziekenhuis	2014

Arbeidsmarkt

Bron	Wat is er te vinden?	Op welk detailniveau	Welke jaren?
http://arbeidsmarktinformatie.regioplus.nl/	Regionale arbeidsmarkt van zorg en WJK (welzijn en maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg en kinderopvang. Info over Verplegend, verzorgend en sociaal agogisch personeel: aantal werkenden per opleidingsniveau, aantal opleidingen, tekort/overschot, arbeidsomstandigheden, mobiliteit & pensioen. Project 'Regionale zorgvraag en personeel' van RegioPls en Prismant: samen met zorginstellingen, opleidingen en gemeenten toekomstige behoefte aan personeel beter in beeld brengen. https://www.skpr.nl/actueel/id33610-regioplus-en-prismant-gaan-personeelstekort-in-zorg-aanpakken.html	Per werkgeversregio	Actueel en prognose tot 2020
www.capaciteitsorgaan.nl	Raming van geneeskundig specialisten en ondersteunende beroepen.	Voornamelijk landelijk niveau, soms per provincie	Actueel en prognose tot 2034

05

Informatie op de juiste plek op het juiste moment

De kern van de informatie op de juiste plek op het juiste moment

E-health bevordert zelfmanagement, samen beslissen, samen werken en netwerkzorg

Informatie op het juiste moment op de juiste plek is integraal onderdeel van goede zorg

Geef mensen hun eigen data in hun persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo)

Zorg voor een kwaliteitskader voor de elektronische uitwisseling van gegevens

Stimuleer de evaluatie van de effectiviteit en doelmatigheid van nieuwe innovaties

Versterk de digitale vaardigheden van mensen en professionals

De overheid biedt helderheid over gebruik persoonsgegevens en privacy

Igor Dirkx aan het woord



'Vanwege aanhoudende zwarte ontlasting en een veel te laag hemoglobinegehalte ben ik recentelijk door de huisarts verwezen naar de spoedeisende hulp (SEH). Van daaruit werd ik met spoed opgenomen in het plaatselijke ziekenhuis.'

Dit is een ander ziekenhuis dan waar ik voor mijn darmziekte, de ziekte van Crohn, onder behandeling ben. Al gauw bleek dat een kijkoperatie van de maag, gastroscopie, nodig was. Ik verzocht mijn behandelend arts dringend om contact op te nemen met de arts die mij al jaren behandelt voor Crohn. Aan dit verzoek en aan het verzoek om de gastroscopie met verdoving uit te voeren, werd geen gehoor gegeven.

De gastroscopie mislukte, waardoor ik een traumatische ervaring opliep. Vervolgens werd wél contact gezocht met mijn vaste arts, waarna onderzoek met een cameralap is uitgevoerd. Dit onderzoek is een stuk minder belastend voor mij. Toen ik enkele maanden later voor mijn Crohn op controle kwam, bleek dat de resultaten van het onderzoek met cameralap niet bij mijn vaste arts waren aangekomen. Deze resultaten konden niet aan mijn Elektronisch Patiëntendossier (EPD) gekoppeld worden en konden daardoor niet ziekenhuisoverstijgend inzichtelijk gemaakt worden.

Hoe ziet de beweging eruit?

- > Preventie is het medicijn van de toekomst en informatie maakt het mogelijk om daarop regie te voeren. De transformatie naar regie op gezondheid, samen beslissen, integrale zorg slaagt alleen als informatie tussen hulpvragers en hulpverleners en tussen hulpverleners onderling naadloos digitaal kan stromen en beschikbaar is wanneer nodig. Dit moet integraal onderdeel worden van wat we als goede zorg vaststellen en financieren.
- > Chronisch zieken en mensen met een zeldzame ziekte maken voor hun gezondheid, zorg en maatschappelijk functioneren veel gebruik van (medische) zorg en sociale voorzieningen. Mensen met een zeldzame ziekte hebben als extra nadeel dat kennis van hun ziektebeeld, de gevolgen en behandelmogelijkheden schaars is en moeilijk bereikbaar/inzetbaar. Voor kwetsbare mensen is het van belang dat hun zorg en ondersteuning kan worden op- en afgeschaald. Professionals hebben daarvoor een **actueel inzicht** in de beschikbaarheid van (vervolg)zorg nodig. De juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek is voor deze groepen dus extra van belang.

Informatie voor grenzeloze zorg

- > **Goede en actuele informatie** is cruciaal voor mensen om regie op hun eigen gezondheid te kunnen voeren en voor hun sociale omgeving en professionals om hen goed te ondersteunen. Zo voorkomt een samen met de patiënt geverifieerd actueel medicatieoverzicht vermijdbare ziekenhuisopnames door **medicatiefouten** .
- > De effectiviteit van **zelfmanagement**  bij mensen met diabetes is aangetoond. Ook zelfmanagement door astmapati-

enten leidt tot minder vervolgzorg. Informatie uitwisselen deden we in het verleden met de fax, de brief en de telefoon. Dat gaan we snel ouderwets vinden. Online een afspraak maken, beeldbellen met een dokter, online onze labuitslagen inzien, via internet praten met lotgenoten: het zijn allemaal voorbeelden die we steeds meer normaal zullen vinden.

- > Wat we ook normaal zullen vinden is dat we zelf in onze **persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo)** onze medische en leefstijlgegevens verzamelen die nu nog versnipperd bij verschillende zorgprofessionals liggen: van vaccinaties tot uitslagen, van behandelingen tot recepten. Daar voegen we eigen gezondheidsinformatie aan toe zoals data die we met e-health toepassingen verzamelen. Waar professionals onze gegevens in de regel na 15 jaar moeten vernietigen mogen we ze zelf ons leven lang bewaren. We hebben altijd toegang tot deze gegevens en bepalen zelf welke informatie met welke hulp- en zorgverlener gedeeld wordt. 'Patiëntvolgende informatie' scheelt mensen en professionals enorm veel werk en tijd, voorkomt onnodig herhaalde vragen en onderzoek en zorgt voor meer integrale zorg. Kortom: geef mensen hun eigen data!
- > Informatie volgt mensen ook over traditionele grenzen heen. Alle informatie uit verschillende domeinen wordt samengebracht in een pgo. Als informatiestromen gedigitaliseerd worden moeten professionals elkaar ondanks verschillen in taal begrijpen. Dit zal gevolgen hebben voor de elektronische overdracht, die klip en klaar moet zijn in wat wordt bedoeld. Maar vraagt ook om **harmonisatie** van de grote variatie in talen die nu nog in de verschillende domeinen wordt gebruikt. "Patiënt kan zich wassen" betekent in een ziekenhuis met een wasgelegenheid op de kamer iets heel anders dan thuis waar de douche een trap omhoog is.

Van wachtkamer naar woonkamer

- > De zorg verschuift steeds meer van de wachtkamer naar de woonkamer. Zorgdiensten komen beschikbaar via computer en smartphone. Thuisarts.nl voorkomt bijvoorbeeld zo al veel huisartscontacten. Mensen meten hun slaappatroon, beweging, bloeddruk, glucose en veel meer en delen de gegevens via internet en apps met hun zorgverleners, mantelzorgers en anderen. Samen met hen voeren ze zo **verbeterde regie** op hun eigen gezondheid en leefstijl. Zo kunnen de nieuwe methoden een plek krijgen in zorgpaden.
- > Zorgprofessionals wisselen steeds vaker **informatie digitaal** uit. Digitalisering is niet meer te stoppen. Niet alleen in technische zin; ze verandert ook de organisatie van de zorg. E-health gaat over digitaal ondersteunde procesinnovaties en zorgt voor veranderingen in rollen en werkwijzen van mensen en professionals. Hoe ingrijpend dat is, zien we bij procesinnovaties bij banken (tebankieren), de hotelmarkt (Airbnb) en taxi's (Uber).
- > Talkspace, bijvoorbeeld, biedt een 'all-you-can-text therapy' aan voor 25 dollar per week. Deze dienst koppelt je aan een professionele psycholoog waarmee je onbeperkt contact kunt hebben. Volgens onderzoek even effectief als traditionele therapie, tegen een derde van de kosten en met een hogere tevredenheid qua gemak en reactiesnelheid.
- > Supercomputer Watson heeft de juiste diagnose gesteld voor een 60-jarige Japanse vrouw die aan een zeldzame vorm van leukemie lijdt. Dat gebeurde in tien minuten, terwijl de onderzoekers aan de universiteit van Tokio er niet uitkwamen.

Koude technologie voor warme zorg

- > Digitaal ondersteunde zorg helpt mensen en hun sociale netwerk zelf regie te voeren op hun gezondheid en maakt **Samen Beslissen** met een team van professionals een stuk makkelijker. Het maakt het ook mogelijk om van gezondheidsgegevens automatisch te leren en beslissingen door digitale algoritmen te laten ondersteunen.
- > Alle betrokkenen zijn op de hoogte en kunnen daardoor optimaal begeleiden. Mensen krijgen zorg uit zorgnetwerken op maat, contextgericht en integraal, kleinschalig, thuis of dicht bij huis, aangehaakt bij specifieke expertise vanuit centra zoals de universitair medische centra's (UMC's). De zorg is niet langer tijd- en plaatsgebonden of domein- en lijn-afhankelijk. Met inzet van **e-health toepassingen en domotica** kunnen kwetsbare mensen langer thuis blijven wonen.
- > De zorg wordt steeds persoonlijker, want zorg op maat wordt mogelijk met gebruik van (big) data en kunstmatige intelligentie. Eenmalige vastlegging van gegevens door registratie aan de bron en maximaal geautomatiseerd, maakt het mogelijk data te gebruiken voor op de persoon toegesneden advies en behandeling. De informatie kan ook worden gebruikt voor het maken van keuzehulp, om beter inzicht te krijgen in de uitkomsten van zorg en om van te leren in onderzoek. Administratieve lasten voor patiënt en professional kunnen omlaag en de druk op de arbeidsmarkt wordt minder.
- > **Gezondheidsvaardigheden** gaan ook over digitale vaardigheden. De mogelijkheden van e-health vragen erom dat iedereen in de zorg over voldoende digitale vaardigheden beschikt. Patiënt, mantelzorger, zorgprofessional, manager

en bestuurder, dienen voldoende toegerust te zijn om de mogelijkheden goed te benutten. Ook toegerust om te kiezen in de schier onbegrensde mogelijkheden. Voor mensen die dat niet kunnen of willen blijven altijd de zorgprofessional en de spreekkamer beschikbaar.

- > De transformatie naar samen beslissen, regie op gezondheid en zorg op de juiste plek en het juiste moment vergt ook niet te onderschatten **veranderkundige vaardigheden** en brengt disruptieve veranderingen met zich mee. Die transitie naar digitaal ondersteunde zorg moet in goede banen worden geleid.



Wat moeten we doen?

Het is nodig dat een versnelling plaatsvindt in de opschaling van e-health toepassingen, (proces)innovaties en digitaal ondersteunde zorg. Die versnelling vergt een positief innovatieklimaat en vruchtbare grond van standaarden voor elektronische data-uitwisseling.

Een positief innovatieklimaat

- > E-health toepassingen moeten standaard worden als deze een veilige meerwaarde bieden. Waar digitale ondersteuning op doelmatige wijze bijdraagt aan de kwaliteit en (ervaren) uitkomsten van zorg moet dit onderdeel zijn van de **kwaliteitsnormen**.
- > Daarmee wordt de inzet van e-health steeds meer de norm en regulier onderdeel van zorgverlening, contractering en toezicht. Waar digitaal ondersteunde zorg de norm wordt, wordt deze dan wel bekostigd in plaats van, of in combinatie met, traditionele zorgvormen. Inkopers van zorg en ondersteuning en zorgaanbieders hebben in de **contractering** standaard aandacht voor innovatieve mogelijkheden.
- > Er zijn al prestatiebeschrijvingen voor e-consulten en meekijkconsulten. Eventuele nog bestaande belemmeringen in de bekostiging moeten waar mogelijk worden weggenomen en kennis over (experimenter)mogelijkheden om digitaal ondersteunde zorg te declareren moet worden vergroot.
- > Professionals informeren mensen (en hun sociale netwerk) actief over de mogelijkheden van effectieve toepassingen en de

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11

mogelijkheden van een persoonlijke gezondheidsomgeving. Ook vanuit VWS zal hierover informatie worden verspreid met relevante partijen uit het veld.

- > De overheid stimuleert het floreren van het ecosysteem van veelbelovende innovaties en spant zich in, ook door financiële impulsen (zoals voor pgo's), om e-health toepassingen en het gebruik van digitaal ondersteunde zorg te bevorderen en belemmeringen weg te nemen.
- > Dit gebeurt onder andere door digitale en innovatievaardigheden van burgers en professionals te helpen ontwikkelen, te investeren in de opschaling van veelbelovende initiatieven en belemmeringen in de toeleiding van innovatieve behandelingen en toepassingen naar het verzekerde pakket te verminderen.

Inzicht in meerwaarde ondersteunt innovatie

- > Uit het onderzoek blijkt dat inzetten op meer en betere **evaluatie** van de effectiviteit en doelmatigheid van veelbelovende interventies veel kansen biedt om de innovatiepraktijk te verbeteren. Een belangrijke belemmering voor opschaling vormt het ontbreken van de evidentie of een innovatie effectief is en of die doelmatig is. Digitale innovatie zal sneller worden geadopteerd door professionals als de meerwaarde van de innovatie inzichtelijk is.
- > De keerzijde van het ontbreken van inzicht in de meerwaarde is dat via de app-store van Apple circa 250.000 op zorg gerichte applicaties beschikbaar zijn, waarvan de werking of doelmatigheid niet is aangetoond en die zelfs schadelijk kunnen zijn. Verkeerde inzet van e-health kan tot onnodige medicalisering leiden of juist het te laat signaleren van serieuze gezondheidsrisico's.

> Ook is samenwerking tussen e-health ontwikkelaars en zorgprofessionals cruciaal voor het kunnen bieden van verantwoorde digitale zorg. Het is belangrijk dat partijen steeds tot een gedragen oordeel komen over hoe de digitale zorg in zorgpaden en in samenwerkingsafspraken tussen betrokken beroepsgroepen kan worden ingebed.

- > Een goed voorbeeld van hoe de overheid dit kan stimuleren is het opzetten van een Nederlandse versie van **Orcha.co.uk**. Deze website is een (internationale) wegwijzer voor medische apps, inclusief beoordelingen vanuit de wetenschap/beroepsgroep en gebruikers.¹⁵

Vruchtbare grond voor elektronische uitwisseling van gegevens

- > Belemmeringen in ontsluiting en uitwisselbaarheid van (patiënt) gegevens moeten zo snel mogelijk worden weggenomen. Bindende afspraken zijn nodig over veilige en efficiënte uitwisseling en standaardisatie van gegevens. Het gaat om de eenheid van taal en de wijze van uitwisselen (zowel over de "envelop" als de "brievenbussen").
- > Alle zorgverleners dienen de afgesproken standaarden, waaronder de MedMij standaarden voor pgo's, te implementeren. Pas dan kan alle relevante informatie over zorg en ondersteuning ook echt door mensen worden verzameld en naadloos stromen tussen zorgverleners.
- > Dit vraagt ook om een kwaliteitskader voor veilige elektronische gegevensuitwisseling waar het reguliere instrumentarium van toezicht van toepassing kan worden: het Zorginstituut legt de kaders vast, de Nederlandse Zorgautoriteit stemt daar haar

beleidsregels op af, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op de naleving van standaarden en verzekeraars kopen op basis hiervan zorg in.

- > De fax en het papieren printje verdwijnen. De hele informatieketen, tussen professionals en met patiënten, mantelzorgers, etc. moet digitaal en op basis van gestructureerde informatie vorm krijgen. Waarbij de aandacht uitgaat naar zoveel mogelijk ondersteunde registratie en automatische vastlegging waar dat kan.
- > Vertrouwen in digitaal ondersteunde zorg gaat hand in hand met vertrouwen in gegevensbescherming en handelingsperspectief als het gaat om **privacy** en gegevensdeling. Professionals willen gegevens over meerdere domeinen benutten om de best mogelijke zorg en ondersteuning te leveren. Mensen willen erop vertrouwen dat ze niet worden verleid gegevens af te staan zonder goede reden, dat ze weten wie welke gegevens waarvoor gebruikt en dat hun gegevens in veilige handen zijn en niet misbruikt worden.
- > Nederland loopt voorop met innovatie op dit terrein, met bijvoorbeeld MedMij en de Personal Health Train. Tegelijkertijd heeft de praktijk behoefte aan duidelijkheid en werkbare kaders. Het is een typische verantwoordelijkheid van de overheid om hieraan samen met alle betrokkenen, inclusief patiënten en mantelzorgers, te werken.
- > Samen met veldpartijen in de zorg en ondersteuning moet de overheid een helpdesk voor de implicaties van de nieuwe **Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)** inrichten. Er bestaat momenteel te veel onduidelijkheid over de implicaties van de AVG en dit frustriert de nodige vernieuwing.

¹⁵ <https://www.orchaco.uk/>

- > Het **Informatieberaad Zorg**  waarin een groot aantal koepel-organisaties is verenigd, maakt onder voorzitterschap van VWS afspraken, standaarden en voorzieningen voor een duurzaam informatiestelsel. Vier outcome-doelen (rond medicatieveiligheid, persoonlijke gezondheidsomgeving, gestandaardiseerde informatie-uitwisseling en eenmalige vastlegging) geven richting aan implementatie in programma's en projecten.
- > Er zijn veel voorbeelden van e-health toepassingen en digitaal ondersteunde zorg die de juiste informatie op de juiste plek op het juiste moment ondersteunen. Het komt vaak pas tot een succes als **patiënten en professionals** vroegtijdig en serieus worden betrokken, bestuurders en financiers het lef hebben door te zetten en middelen vrij te maken en er grondig over het brede doel en inpassing in de zorg wordt nagedacht. Het goed uittesten van mogelijkheden door gebruikers is cruciaal; er is vaak maar één kans om hen te overtuigen van de voordelen.
- > Initiatieven op het terrein van gegevensuitwisseling zijn vaak ingewikkelder omdat gegevens ook macht zijn. Dit vraagt om een nieuwsgierige en **kwetsbare opstelling** op het niveau van de professionals en de bestuurders van zorgorganisaties en van een gezamenlijke overtuiging dat het mensen echt gaat helpen. Er is ook vaak sprake van “vendor lock in”-problematiek¹⁶ en bij veranderingen moeten de rol en de belangen van ICT-bedrijven niet onderschat worden. Die eventuele weerstand kan veranderen in partnerschap als partijen in de zorg samen één lijn trekken. Als het hier niet van komt, is het de taak van de overheid om de regierol om zich te nemen.

Waar zien we in de praktijk een begin van de beweging?

- > Het concept “**patiënt als informatiedrager**” is voor spierziekten en een 50-tal zeldzame aandoeningen ontwikkeld en wordt al enkele jaren gebruikt en getest. Er wordt specifieke informatie voor een beroepsgroep (bijv. huisartsen of bedrijfsartsen) ontwikkeld over de zorgtaak voor een specifieke aandoening in nauwe samenwerking met de betreffende beroepsorganisatie. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor de distributie. Met andere woorden, de patiënt neemt deze informatie(brochure) mee als hij de betreffende zorgverlener in de spreekkamer ontmoet. Zo komt de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek. Deze brochures zijn ook digitaal beschikbaar. <https://www.spierziekten.nl/nieuws/artikel/patient-als-informatiedrager/>, <https://www.nhg.org/thema/zeldzame-ziekten>
- > Via COPD in beeld kunnen mensen thuis hun longwaarden meten en doorsturen naar zorgverleners. Dit vervangt ziekenhuisbezoeken voor controles en voorkomt (her)opnames. Het initiatief, begonnen als samenwerking tussen Sensire, Slingeland ziekenhuis en Menzis, krijgt inmiddels op veel meer plaatsen in Nederland navolging. <https://www.youtube.com/watch?v=zHWOgKkURGo>, <https://www.skipr.nl/actueel/id33341-e-health-toepassing-voor-copd-patient-wordt-breed-beschikbaar.html>
- > Via **OZOverbindzorg** worden alle partijen (mantelzorgers, familie en zorgverleners) die betrokken zijn bij de zorg en het welzijn van een cliënt samengebracht. Er vormt zich een netwerk rondom de cliënt, waarbij de cliënt bepaalt wie er mee doet. OZOverbindzorg wordt inmiddels op vele plaatsen in het land toegepast. <https://www.ozoverbindzorg.nl/>

- > Slimme technologie wordt ingezet door mensen zelf (bijvoorbeeld bij zelfmeting van gewicht, glucose, etc.) en in de zorgpraktijk. “**Smart medical devices**”, groot en klein, bewijzen hun toegevoegde waarde voor de (digitale) zorg, bijvoorbeeld de “smart pill box app” die alarmeert als medicatie niet wordt ingenomen, wat de therapietrouw bevordert. Of een “smart bed” dat biometrische signalen van de slaper opvangt en bijvoorbeeld de voeten extra kan verwarmen of slaappapne kan constateren en de slaper een prikkel kan geven om zich te draaien of (andere) slaapproblemen kan verminderen. Deze gegevens kunnen worden opgeslagen in een pgo en gedeeld met een zorgverlener.
- > Alle GGD'en en GGD-GHOR Nederland werken samen met kennisinstellingen en patiënten- en consumentenorganisaties aan de **GGD appstore**. Het doel van de GGD AppStore is het bieden van een begrijpelijk en transparant overzicht van relevante en betrouwbare gezondheidsapps en websites (zogenaamde E-Public Health toepassingen). <https://www.ggdappstore.nl/Appstore/Homepage/Sessie,Medewerker,Button>
- > Bij Philadelphia, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, krijgen alle cliënten standaard beeldzorg aangeboden. Dat geldt ook voor steeds meer andere instellingen voor langdurige zorg. <https://www.denieuwepraktijk.nl/praktijk/philadelphia-digicontact-clienten-verstandelijke-beperking/>

¹⁶ Vendor lock-in maakt een klant afhankelijk van een leverancier voor producten en diensten, omdat hij niet in staat is om van leverancier te veranderen zonder substantiële omschakelingskosten of ongemak.

- 01 > Maagdarmliever-artsen in de regio Groningen roepen chronische patiënten alleen op als dat nodig is. Dat zelfde geldt voor **ALS-patiënten** door het UMC-Utrecht. De neonatologen in het UMC-Utrecht voorspellen bloedvergiftiging zes uur eerder dan voorheen op basis van realtime data. In het noorden van Nederland krijgen alle deelnemers aan de cohort-studie Lifelines binnenkort beschikking over alle onderzoeksdata die over hen gaan. <https://www.als-centrum.nl/zorg/>
- 02 > Er ontstaan **communicatieplatforms** (portals) bij de expertise-centra waardoor patiënten en hun zorgverleners/netwerken snel kunnen beschikken over de specifieke informatie die nodig is voor doelmatige en veilige zorg. Voor enkele expertisecentra voor spierziekten in vier UMC's is hiervoor heel recent een eerste platform gebouwd.
- 03 > In het **Homerun project** van de 4 Centra voor thuisbeademing wordt geëxperimenteerd met het instellen van beademing in de thuissituatie waarbij de patiënt op afstand via telemonitoring in de gaten wordt gehouden. Tot nu toe worden patiënten op een intensive care in een academisch ziekenhuis ingesteld op beademing. Dat is erg kostbaar en een vervelende omgeving voor de patiënt die ingesteld moet worden. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/programmas/project-detail/doelmatigheidsonderzoek/homeruninitiatie-on-of-home-mechanical-ventilation-at-home-in-a-selective-group-of-patients-with-chro/>
- 04 > Er zijn al veel patiëntenportalen die gekoppeld zijn aan specifieke zorgverleningssystemen. Persoonlijke gezondheids-omgevingen gaan een stap verder door meer zorgverleners te koppelen. Voorbeelden: www.digitalezorggids.nl.
- 05 > De eerste pgo's zijn in gebruik. "IkduS" in het noorden van het land, bijvoorbeeld. Maar ook meerdere instellingen in de gehandicaptensector maken al gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving zoals Quli. Met het afsprakenstelsel MedMij, dat in 2018 beschikbaar komt, moet dit een grote vaart krijgen. <http://ikdus.nl/>, <https://www.quli.nl/>, <https://www.medmij.nl/>, www.psynet.nl
- 06
- 07
- 08
- 09
- 10
- 11

06

De juiste professional op de juiste plek

De kern van de juiste professional op de juiste plek

Met mensen in de regie, kan en mag de professional ook coach en adviseur zijn

Het gesprek echt anders voeren vraagt andere competenties van professionals

De functiegerichte benadering centraal in opleiding én permanent leren

Zorg bij mensen thuis verandert wezenlijk de zorgrelatie en bevordert integrale zorg

De andere professionals kennen, weten wat zij kunnen en doen; samen werken

Nodig: meer en andere professionals, anders organiseren, taken afsplitsen

Regionale actieplannen voor werken in de zorg in ontwikkeling

Maud van Vlerken aan het woord



Verpleegkundig specialist Maud van Vlerken werkt sinds 10 jaar in Huisartsenpraktijk Schultz & Van de Kerkhof in Deurne. ‘Het leukste van mijn baan is de afwisseling. Afwisseling in mijn werk en in het patiëntencontact. Maar ook het leveren van kwaliteit. En daar hebben wij ruimte en tijd voor’.

‘De meerwaarde van een verpleegkundig specialist is het ondersteunen van de huisarts om ook de gewone klachten en patiënten snel te kunnen zien op het spreekuur – en de spreekuren niet overvol te laten worden. Daarnaast kijk ik ook welke processen er zijn in de praktijk – en wat we kunnen verbeteren om het voor de patiënt beter te laten verlopen.’

Huisarts Ulrich Schultz: “Het voordeel is met name dat ze me veel werk uit handen neemt. Met name patiëntenzorg, maar ook organisatorische dingen. Ik weet ook dat ze haar grenzen kent. Dus op het moment dat ze zich niet veilig voelt bij een diagnose of een klacht dan is het heel laagdrempelig om even met mij te overleggen. Ze is mijn sparringpartner. En door haar ben ik op tijd klaar.”

Hoe ziet de beweging eruit?

- > *The patient will see you now.* Als het **functioneren van mensen** echt als vertrekpunt voor zorg en ondersteuning wordt gehanteerd, betekent dit veel voor de competenties van professionals en de manier waarop zij zorg en ondersteuning bieden. In hoofdstuk 2 is gesteld dat mensen om te beginnen “zorgverlener van zichzelf” zijn in de zin dat ze de mogelijkheid hebben om meer over ziekte en gezondheid te leren en (meer) de regie te nemen over zorg en welzijn. Daaruit vloeit de meerwaarde van de professionals voort. Die verschilt uiteraard naar de mate waarin mensen gezondheidsvaardigheden hebben.
- > Zorgverleners zullen vaker samen met de patiënt moeten nadenken over de vraag hoe de aandoening het beste in het leven van mensen kan worden ingepast, en wat daarvoor nodig is. De ondersteuning van patiënten en hun omgeving bij het maken van keuzes of het formuleren van hun wensen en behoeftes, hoort daarom bij de nieuwe taken van zorgverleners.
- > Het betekent: **anders hulp en zorg verlenen!** Omdat de hulpverlener en -ontvanger dat beiden willen. Als slechts één van beiden verandert, slaagt de verandering niet. Iemand met een chronische aandoening leidt steeds vaker en langer een relatief normaal leven. Dat vergt een andere benadering, omdat de toenemende krapte op de arbeidsmarkt erom vraagt. Dat vergt optimale inzet van de zorgverlener, passend bij zijn kennis en ervaring, het verschuiven of afsplitsen van taken, het benutten van innovatieve technologie, in aansluiting op de situatie en het vermogen van de mens en zijn omgeving. We gaan van mensen die zich dienen aan te passen aan het zorgaanbod naar een zorgaanbod dat zich aanpast aan de mensen en hun omgeving.

Dit hoofdstuk richt zich specifiek op de **individuele zorgverlener**.¹⁷ Als zorgverlener word je aangesproken op andere vaardigheden en een andere rolinvulling:

- > Neem de mogelijkheden en het **functioneren** van mensen als het vertrekpunt: een verschuiving van focus op ziekte en zorg naar focus op gezondheid en gedrag.
- > Beschouw een zorgvrager als **partner** met mogelijkheden: van focus op besluitvorming vanuit medische expertise naar focus op gedeelde besluitvorming.
- > Neem naast de rol van behandelaar met eigen expertise, steeds meer de rol van **coach of adviseur** met oog voor de bredere context van de zorgvrager. Neem meer tijd voor een goed gesprek over de onderliggende behoefte: wat is de vraag achter de vraag?
- > Ga als expert meer uit van de **informatie** die mensen zelf vergaard hebben en stel je op als intermediair tussen de zorgvrager en het kennisveld.
- > **Organiseer** de zorg. Blijf zoeken naar optimale verdeling van taken binnen je eigen domein en zoek de samenwerking met professionals uit andere disciplines.
- > Bied **optimale zorg** voor de patiënt. Niet alles wat kan, is altijd nodig. Niet-behandelen kan ook een optie zijn, oplossingen liggen soms in een aanpalend domein.
- > Omarm **e-health** en digitaal ondersteunde zorg en andere technologische mogelijkheden en ben tevreden als de patiënt daardoor thuis kan blijven.

- > Beschouw **preventie en vroegsignalering** als een vast onderdeel van je zorgverlening. Het bevorderen van gezonde leefstijl en het verbeteren van de sociale situatie is vaak een beter medicijn dan het voorschrijven van geneesmiddelen of doorverwijzen.



¹⁷ Zie ook: Medisch Specialist 2025, ambitie, vertrouwen, samenwerking, FMS, 2017.

Wat moeten we doen?

Lef, leiderschap en inlevingsvermogen

- > “Het is belangrijk dat zorgverleners **zelf eerst ervaren** hoe moeilijk het is om je voor te nemen iets bij of voor jezelf te veranderen en dat voornemen vol te houden.”, aldus Machteld Huber (voormalig huisarts en oprichter van Institute for Positive Health (IPH)). En hoe het is om zorg te ontvangen (via inleefsessies).
- > **Durf het gesprek aan te gaan.** Want het is nogal wat om je te bemoeien met iemands leven en leefstijl. Mensen vinden het niet makkelijk om zo’n gesprek te beginnen – hoewel vaak aangegeven wordt dat ze dat juist wel graag willen.
- > Gebruik de kansen die er liggen om het **anders te organiseren**: paramedici kunnen verlichting bieden in de drukke huisartsenpraktijk en ook voor medisch specialisten. Net als verpleegkundigen – zij zijn ‘thuis’ bij de mensen thuis. Dometica, robotica en andere nieuwe ontwikkelingen kunnen veel ondersteuning bieden in het zorgproces.
- > De ervaring leert dat de plek waar de zorg wordt verleend, veel uitmaakt: **bij mensen thuis** over de vloer is het gesprek anders dan op de polikliniek. De hulpverlener krijgt ook een beter beeld van de sociale setting. Bovendien worden weinig patiënten beter van op- en neer reizen naar het ziekenhuis. De ambulante setting heeft ook tot gevolg dat:

- > er een meer gelijkwaardige relatie tussen professionals en zorgvragers ontstaat;
- > sociale en omgevingsfactoren die de oorzaak kunnen zijn van disfunctioneren, beter zichtbaar zijn voor een hulpverlener;
- > het betrekken en mobiliseren van sociale netwerken beter lukt;
- > het aanleren van duurzame adequate coping strategieën beter lukt op de plaats waar men ze gebruikt, dus in de thuissituatie.
- > Behandelen in de eigen omgeving leidt eerder tot **resultaten**. Dat is niet alleen voor de persoon die het betreft prettig, maar ook voor de hulpverlener. Het geeft meer voldoening.
- > Hoewel zelfmanagement in de zorg een grote mate van autonomie aan de patiënt geeft, zorgt het ook voor **spanningen** in hun relatie met zorgverleners. Wat voor de zorgverlener belangrijk is, is dat namelijk lang niet altijd voor de patiënt. Autonomie betekent ook dat patiënten de vrijheid hebben om af te wijken van bewezen effectieve behandelingen. Zo vinden veel mensen met diabetes het bijvoorbeeld belangrijk dat ze zelf kunnen kiezen hoe zij omgaan met hun aandoening, zonder dat dit tot het verwijt leidt dat ze ongedisciplineerd zijn of niet hard genoeg proberen zich aan het diabetesregime te houden. Ook dit type gesprek vergt andere vaardigheden.
- > Omgekeerd kan het steeds meer voorkomen dat mensen meer zorg en ondersteuning wensen dan professionals verstandig vinden. Naast spanningen in de relatie kan dit ook **onzekerheid** teweegbrengen bij mensen. Het is belangrijk dat zorgverleners daarvoor oog hebben en mensen proberen mee te nemen in de beweging naar een andere organisatie van de zorg. Niet altijd is medische behandeling het beste antwoord, niet altijd is zorg in het ziekenhuis de best mogelijke zorg.

Samenwerking en spiegelen

- > **Weten wat de ander kan.** Pas op het moment dat een zorgprofessional weet dat een andere zorgprofessional – of een patiënt of naaste – ook is opgeleid voor een handeling, kan de taak met vertrouwen worden overgelaten. **Leren van elkaar** door podia te bieden aan goede voorbeelden en het bezoeken van living labs.
- > Samenwerken is geen garantie; daar waar veel partijen samenwerken rondom één casus is er ook regelmatig een gebrek aan regie, waardoor zorg slechter kan worden. Het is dus relevant om te bepalen wie de **regie** heeft bij een bepaalde zorgvraag. Voor de zorgvrager geldt immers: het netwerk is zo sterk als de zwakste schakel.
- > Het is goed om aan het begin van een traject te werken met de daarvoor **goed opgeleide hulpverlener**. Bijvoorbeeld een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of mogelijk de Praktijk-ondersteunerhuisarts (POH)-GGZ, die kan bepalen of sprake is van een psychische stoornis of een sociaal probleem. Zodat de patiënt van meet af aan adequate vervolghulp kan krijgen.
- > **Spiegelinformatie voor professionals** geeft inzicht in het handelen van anderen en plaatst het eigen handelen in een perspectief. De **‘Beter niet doen’ en ‘Beter laten’**  initiatieven ondersteunen dit. Dit betreffen lijsten met medische handelingen die niet bewezen effectief zijn. Verzekeraars kunnen ook inzicht geven in praktijkvariatie.
- > Binnen het programma ‘Verstandig Kiezen’ wordt onderzocht wanneer het verstandig is terughoudend te zijn met bepaalde ingrepen. Zo loopt er een evaluatieonderzoek naar ouderen met

een polsfractuur en de keuze tussen gips en een operatie.
<https://www.demedischspecialist.nl/nieuws/meer-aan-dacht-voor-niet-effectieve-medische-handelingen> en
https://issuu.com/radboudumc/docs/beter_laten_aanbevelinge_n_21-06-201?e=28355229/50617182

Voldoende zorgverleners

- > Gaan we door op de ingeslagen weg, dan dreigt in 2022 een tekort van 100 tot 125 duizend werknemers in de zorg. Dit vraagt veel van verschillende partijen.
- > Het opleiden van **meer professionals** is een verantwoordelijkheid van iedereen. Maar alleen meer mensen opleiden is niet voldoende. We moeten het werk en de opleiding van zorgverleners ook beter en **anders gaan organiseren**.
- > In de opleidingen is meer aandacht nodig voor zaken als een **functiegerichte benadering** , preventie, inter-professioneel leren, samen beslissen en samenwerken met patiënt en naasten. En ook het omgaan met digitale/technologische mogelijkheden. Randvoorwaardelijk is het leren om adaptief te zijn en om te gaan met veranderingen.
- > Het gesprek voeren **als expert of als coach** vergt andere gespreksvaardigheden. Zorgverleners moeten meer vaardigheden krijgen om zich als coach op te stellen, naast de ontwikkeling van hun specifieke expertise, die ook nodig blijft.
- > Dat professionals **permanent leren**. Dat meer mensen kunnen blijven werken in de zorg door gezonder werken, minder werkdruk, minder ziekteverzuim, minder agressie en meer

werkzekerheid. En meer inzet van innovatie, technologie, digitalisering en e-health ter ondersteuning van zowel zorgvragers als zorgverleners.

- > Meer sturing op de **optimale verhouding** in het opleiden: niet meer opleiden dan nodig (medisch specialisten) en niet meer super/subspecialiseren dan nodig.
- > Het zwaartepunt van de aanpak ligt in de regio. Daar wonen, werken en leren mensen. Via het [actieprogramma Werken in de zorg](#) worden **regionale actieplannen** gemaakt.

Waar zien we in de praktijk een begin van de beweging?

- > In toenemende mate is er aandacht voor het anders organiseren van de zorg. Bijvoorbeeld via taakherschikking. Uit onderzoek blijkt dat patiënten hierdoor meer tijd hebben voor hun zorgvraag, behoud van kwaliteit en snellere hulp ervaren op de huisartsenpost en in ziekenhuizen. Essentieel is dat iedereen bekend is met de mogelijkheden. Zie bijvoorbeeld de voorlichtingsfilmpjes over het werk van een verpleegkundig specialist en een physician assistant: <https://www.stichtingkoh.nl/taakherschikking/publicaties/filmpjes/> en op <http://www.platformzorg-masters.nl/implementatie-3/filmpjes/>
- > De kans op succes voor initiatieven over de juiste zorgverlener op de juiste plek is als er een gezamenlijke motivatie is, bijvoorbeeld als er een **hoge werkdruk** is. Zo is er op diverse plekken in Nederland een tekort aan jeugdartsen en oogartsen. De GGD **Gelderland-Midden** heeft flink wat taken verschoven

in de jeugdgezondheidszorg. Kinderen krijgen bij het consultatiebureau en op school minder controles door een arts, maar worden meer gezien door een verpleegkundige of dokters-assistent. Het geldt dat dit bespaart, wordt ingezet voor kinderen die juist meer zorg nodig hebben. Vergelijkbare ontwikkelingen zien we elders. Bijvoorbeeld bij het Oogziekenhuis Rotterdam, waar mensen met eenvoudige zaken rondom staar dichter bij huis door de opticiens geholpen worden in plaats van door de oogarts.

- > Naast werkdruk is **financiële krapte** of minder voorzieningen (wmo-voorzieningen, verzorgingshuizen) een motivatie om het anders te gaan doen. In drie wijken in **Zoetermeer** loopt sinds vorig jaar een proef met de inzet van een eerstelijns verpleegkundige voor kwetsbare ouderen vanaf 75 jaar. De functie bestaat uit een mix van activiteiten die eerder apart door een wijkverpleegkundige, een POH en een casemanager werden uitgevoerd. <https://zorgenz.nl/nieuws/combi-eerstelijns-verpleegkundige-en-wijkverpleegkundige/>
- > De **kindcheck** is speciaal bedoeld voor mensen die werken met volwassen cliënten, zoals (huis)artsen, verpleegkundigen, maatschappelijke werkers, psychiaters en psychologen. De kindcheck is onderdeel van de Wet Verplichte Meldcode. De kindcheck houdt in dat professionals bij contacten met volwassen cliënten nagaan of er kinderen in het gezin zijn en inschatten of zij veilig zijn. Dit kan leiden tot een melding bij Veilig Thuis. De kindcheck helpt om oudersignalen in kaart te brengen en vergroot de mogelijkheden om kindermishandeling te signaleren. Het is een mooi instrument voor professionals om naar het gehele cliëntstelsel te kijken.
<https://kindcheck-ggz.nl/>

- 01 > Argos Zorggroep gebruikt **Google Glass** als instructiemogelijkheid voor mantelzorgers, zodat die zelf zorghandelingen (steunkousen aantrekken, medicatiepleisters plakken) kunnen verrichten en niet hoeven te wachten op de zorgverleners.
- 02 > Met het project 'weg met de klok' van het Zuiderhart in Hengelo is een andere manier van werken gevonden, die ook beter aansluit bij de wensen van de bewoners. Hier heeft de leidinggevende het team verzorgenden geïnspireerd en gestimuleerd om het anders te doen, en niet direct te grijpen naar het middel van meer personeel aantrekken.
03 <https://www.innovatiekringdementie.nl/a-1683/weg-met-de-klok>
- 04 > Ook de omgeving of de context van cliënten kan worden beïnvloed. In de aanpak voor **stigmabestrijding**
05 (www.samensterkzonderstigma.nl) worden medewerkers van corporaties, welzijnsorganisaties, vrijwilligers, familieleden, buurtgenoten, politieagenten, BOA's, balie- en supermarktmedewerkers etc. bewust gemaakt van wat stigmatisering met mensen met een psychiatrische aandoening doet. Door dit te combineren met het aanbieden van de cursus Mental Health First Aid (www.Mhfa.nl), eerste hulp bij psychische problemen, krijgen zij handvatten aangereikt over hoe contact te maken met mensen met psychiatrische problemen, hoe te luisteren, in te schatten of er direct hulp nodig is en betrokkene te motiveren om hulp te zoeken. De gemeenten rondom Utrecht passen dit toe.

07 Meerwaarde op de juiste plek

De kern van meerwaarde op de juiste plek

Bevorderen van meerwaarde door evaluatie van bestaande en nieuwe zorg

Meer tijd voor de cliënt en patiënt en meer samenwerking in het wijknetwerk

Meer consultatieve samenwerking tussen professionals

De inzet van paramedische zorg en wijkverpleging voorkomt onnodige zorg

Minder vergoeding voor zorg in het ziekenhuis als het ook dichterbij thuis kan

Belonen van de (ervaren) zorguitkomsten

Truus Cornelissen aan het woord



Ik vind dat er in de zorg nog te weinig aandacht is voor hoe je als mens in elkaar zit. Het is belangrijk dat iemand de tijd neemt om naar mijn situatie te luisteren en goed uit te leggen wat de voor- en nadelen van een ingreep zijn.

Ik kreeg de diagnose ‘vernaauwing van het ruggenmerg’. In mijn regionale ziekenhuis werd gezegd dat ik geopereerd moest worden, omdat ik anders een verlamd been zou krijgen. Het ziekenhuis had een lange wachttijd voor de operatie. Daarom ben ik gaan rondbellen voor een second opinion. Uiteindelijk ben ik bij een ander ziekenhuis terecht gekomen. Hier heb ik met de arts een uitgebreid gesprek gehad. We hebben alle voor- en nadelen van opereren besproken. Ook hebben we de mogelijkheid van niet-opereren besproken. Ik heb op basis van dit gesprek besloten om geen operatie te ondergaan, vanwege het risico dat tijdens de operatie het ruggenmerg geraakt kan worden met als gevolg een verlamming aan mijn beide benen. Ik heb nu nog wel last van tintelingen. Maar een operatie is nog steeds een mogelijkheid als ik acute problemen krijg. Ik ben blij dat ik samen heb kunnen beslissen met mijn arts. Met de kennis van nu zou ik eerder zijn weggegaan bij mijn eerste zorgverlener.

“Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens... Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen... Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden.” Deze elementen van de eed van Hippocrates zijn bij uitstek van belang in het bevorderen van de zorg op de juiste plek, niet alleen voor de dokter, maar ook voor andere professionals in het sociaal en medische domein.

Hoe ziet de beweging eruit?

- > Het **eigenaarschap** van het zo goed mogelijk functioneren en de beoordeling van de kwaliteit van leven ligt bij mensen zelf. Het gaat om mensen en niet primair om ziektes. Gelijkaardig partnership en Samen Beslissen vormen de kern. “Big data” en “self-diagnostics” maken de relatie tussen patiënt en zorgverlener losser, al blijven persoonlijke aandacht en ervaringswijsheid voor veel mensen van groot belang.
- > Zoals aangegeven in hoofdstuk 6 stelt de zorgprofessional zich, naast zijn rol als behandelaar, steeds meer op als **coach of adviseur** met oog voor de bredere context van de zorgvrager. Dat betekent meer tijd voor een gesprek over de onderliggende behoefte van mensen. Het vraagt ook om meer investeren in het sociaal domein, aan de poort van het medische domein en in de samenwerking over de domeinen en disciplines heen.
- > Ook om **vroegsignalering** van kwetsbaarheden bij thuiswonen – de ouderen goed neer te kunnen zetten is samenwerking over de domeinen en disciplines heen – tussen gemeenten, huisartsen en wijkverpleging, zo mogelijk ook met inzet van de specialist ouderengeneeskunde – noodzakelijk.
- > In het contact tussen zorgvrager en professional neemt **preventie en vroegsignalering** een belangrijkere rol in. Het bevorderen van gezonde leefstijl en het verbeteren van de sociale situatie zijn vaak een beter medicijn dan het voorschrijven van geneesmiddelen of doorverwijzen. Als financiers werken gemeenten en verzekeraars hierop samen.

Meerwaarde van zorg door betere evaluatie

- > Een professional is in staat meerwaarde te leveren als hij inzicht heeft in de beste behandeling voor de patiënt. Door het evalueren van zorg door **onderzoek** naar de effectiviteit en doelmatigheid van zorg dragen professionals bij aan het verbeteren van de zorg, de gepaste inzet van zorg en aan het verlagen van de zorgkosten.
- > Voordat nieuwe zorg verantwoord kan worden ingezet is de kernvraag of een nieuwe behandeling, medische technologie of geneesmiddel meerwaarde heeft ten opzichte van de reeds bestaande behandeling. Dit vraagt om de verzameling van gegevens over de kosteneffectiviteit van de nieuwe zorg. Het is van belang om een brede versnelling te bereiken van de evaluatie van **veelbelovende innovaties**, zodat deze sneller bij de patiënt terecht komen. Dit vergt een cultuurverandering die het vanzelfsprekend maakt dat nieuwe zorg goed wordt geëvalueerd.
- > Het is ook gewenst dat deze zorg bij bewezen meerwaarde zo snel mogelijk breed wordt geadopteerd. De omvorming van de huidige regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating naar een goed toegankelijke, laagdrempelige en eenvoudige subsidieregeling ondersteunt deze beweging. De **nieuwe regeling** voorziet in financiële en onderzoeksmatige ondersteuning bij onderzoek naar de meerwaarde van veelbelovende zorg en draagt bij aan een cultuur van evaluatie van (kosten)effectiviteit.
- > Inzichten in met welke behandeling welke patiënt het beste kan worden geholpen zijn voortdurend aan verandering onderhevig. Het is daarom van belang dat ook bestaande zorg blijvend wordt geëvalueerd. **Zorgevaluatie** is hierbij méér dan

onderzoek: het is een verbetercyclus voor goede zorg die bestaat uit tenminste drie aandachtsgebieden: (1) meten en evalueren, (2) beschrijven in richtlijnen en (3) toepassen in de praktijk van goede zorg, eventueel met behulp van pakketbeheer. Doel van de verbetercyclus is de evaluatie van medisch handelen, wat essentieel is voor zinnige en zuinige zorg.

- > Het Zorginstituut moet een rol ontwikkelen als **voorzitter en facilitator** van een platform waar belanghebbende partijen in de zorg plaatsnemen. Het doel van dit platform is om zorgevaluatie naar een hoger plan te tillen, met een geharmoniseerde agenda en aanpak. Kernvraag voor dit platform is hoe bij bestaande zorg de kwaliteit en gepaste inzet kunnen worden bevorderd. Op deze manier dragen kwaliteitsbeleid, zorgevaluatie en pakketbeheer bij aan zorg met aangetoonde meerwaarde, die daadwerkelijk wordt geïmplementeerd.

Locatie van de zorg

- > De plaats waar medische zorg wordt geleverd heeft nu grote invloed op de **inhoud van de zorg**. Zo zal, door de lage vooraf-kans, het gevaar van overbehandeling in de eerste lijn veel eerder op de loer liggen dan in de tweede of derde lijn. Daarom zal de huisarts zich in het algemeen (en terecht) terughoudender opstellen dan een zorgverlener in de tweede lijn, die juist een grotere kans loopt om iets ernstigs ten onrechte te missen.
- > Dit betekent dat iemand die op de **verkeerde plek** wordt gezien door een zorgverlener met een niet-passend referentiekader, onnodige risico's loopt, onnodige schade kan oplopen en onnodige kosten kan genereren. De stelregel moet dan ook zijn:

01 dichtbij en eenvoudig als het kan, verder weg met grotere
02 medische inzet als het nodig is. Voor mensen moet duidelijk
03 worden dat niet alle zorg vanzelfsprekend goed voor ze is.

- 04 > De toekomstige organisatie van de medische zorg overstijgt de
05 scheiding tussen de eerste, tweede en derde lijn, te beginnen
06 met passende **consultatieve samenwerking** tussen de huisarts
07 en de specialist. Door bijvoorbeeld raadpleging van de
08 specialist, verwijst de huisarts minder onnodig door. Omge-
09 keerd, door raadpleging van de huisarts door de specialist kan
10 voorkomen worden dat kwetsbare mensen met multimorbidite-
11 teit worden blootgesteld aan gefragmenteerde overbehandeling door superspecialisten, met alle risico's van dien. Het is goed denkbaar de samenwerking uiteindelijk leiden tot lokale zorgcentra voor laagcomplexe zorg dicht bij huis, waarbij ook wordt samengewerkt met paramedici en verpleegkundigen voor behandeling en nazorg.
- > Meer **patiëntgerichte zorg** betekent ook dat de betrokkenheid van de medisch specialist minder plaatsgebonden wordt. De specialist zal, zowel op het somatische als psychiatrische terrein, steeds meer de patiënt opzoeken dan andersom. Dit gebeurt samen met gespecialiseerde verpleegkundigen en het gebruik van digitale zorg op afstand: ziekenhuis- en instellingszorg thuis ("**hospital at home**"). De ziekenhuis zorg zal dus meer "uit de muren" moeten komen, dichterbij of zelfs thuis bij patiënt.¹⁸

Verdeling binnen het zorglandschap

- > Er wordt meer zorg "uit de muren" van de ziekenhuizen verschoven naar elders. We zien de traditionele ziekenhuizen (inclusief de polikliniek) zich ontwikkelen tot centra voor

01 complexe zorg, waarbij een sterke concentratie en hoge
02 volumes zorgen voor kwaliteit en doelmatigheid. Eén van de
03 manieren hiervoor is om **laagcomplexe electieve** ingrepen
04 (zoals orthopedische, dermatologische en oogheelkundige
05 ingrepen) steeds meer in gespecialiseerde centra in te kopen,
06 met een sterke focus op kwaliteit en service. Bij zorginstellingen
07 kan de logeerfunctie steeds meer losgekoppeld worden van
08 de zorgfunctie, waardoor er een nieuw aanbod van logeer-
09 mogelijkheden ontstaat. Langjarige financiële afspraken
10 kunnen deze ingrijpende transformatie ondersteunen.

- 01 > In de afgelopen 30 jaar is het aantal ligdagen in ziekenhuizen
02 met 60% gedaald bij een gelijkblijvend bezoek. De komende 10
03 jaar zal het aantal bezoeken afnemen en het aantal ligdagen
04 nog eens fors verminderen. Het **zorgvastgoed** zal duurzaam en
05 flexibel inzetbaar moeten zijn om steeds in te kunnen spelen op
06 actuele behoeften. Dat betekent goedkoper bouwen voor een
07 kortere termijn – 20 jaar in plaats van de huidige 40 jaar – en
08 meer modulair bouwen zodat gebouwen ook voor andere
09 functies kunnen worden benut. De medisch specialist die ook
10 deels 'inwoont' bij de huisartsenpraktijk bijvoorbeeld (**Hasko-
11 ning** , **Functioneel zorgvastgoed is als Zwitsers zakmes**  2018).
- > **Grote universitaire kenniscentra** blijven bestaan en een actieve rol vervullen als kenniscentrum. Door de klassieke competenties van zorg, onderwijs en onderzoek zullen ze zich blijven onderscheiden van andere ziekenhuizen. De universitaire centra zullen zich meer concentreren op de optimalisatie van behandeling bij complexe patiëntgroepen, trauma's en multimorbiditeit. Ook vervullen de UMC's vanuit de publieke rol een netwerkfunctie met andere zorgaanbieders, in het bijzonder als het gaat om de acute zorg.

- > De zorg zal zich nog meer richten op **zorgwaarde**, dat wil zeggen uitkomsten in termen van (ervaren) kwaliteit van leven in verhouding tot kosten. Inzichten in de medische uitkomsten en door patiënten gerapporteerde ervaren uitkomsten zijn cruciaal voor het leervermogen van professionals, een betere organisatie van de zorg in teams en voor een beter gesprek met de patiënt in de spreekkamer of bij hem of haar thuis.



¹⁸ Zie ook: *Ziekenzorg in cijfers – Brancherapport algemene ziekenhuizen 2017, NVZ, 2017.*

Wat moeten we doen?

Organisatie en samenwerking

- Elke zorgvrager stelt zich voortaan de vraag: “Wat weet ik zelf, wat kan ik zelf, wat heb ik nodig?” Elke professional zal de patiënt moeten vragen: “Wat is belangrijk voor u, wat kunt u zelf, en hoe kunnen wij u helpen?”. “Wij” (zorgprofessionals in het sociaal en medische domein) moeten op zoek naar meerwaarde voor de patiënt met netwerkzorg als streven. **Netwerkzorg** neemt de behoeften van patiënten als uitgangspunt waarbij verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen aan de patiënt. Bestuurders bevragen professionals op hun aanpak en resultaten en dragen die ook uit. Voor verandering is er vaak nog te weinig “restcapaciteit over”. Het is belangrijk dat partijen daarvoor meer tijd kunnen inruimen.
- In ons systeem is de functie van poortwachter, traditioneel verbonden aan de rol van de huisarts, belangrijk en bewezen. Van medicalisering en hospitalisering worden mensen immers niet per definitie beter en is de zorg soms onnodig en duur. Die **poortwachtersfunctie** moet een brede verantwoordelijkheid worden van de huisarts, wijkverpleegkundige en het sociaal wijkteam, samenwerkend in een fysiek of virtueel wijknetwerk. Dit vraagt van deze partijen meer tijd voor vroegsignalering van kwetsbaarheden, meer tijd om samen met mensen hun onderliggende behoefte te bepalen en meer tijd voor afstemming tussen professionals.

- Het functioneren van mensen centraal betekent ook **meer tijd voor de patiënt, consultatieve samenwerking met de medisch specialist en samenwerking in het wijknetwerk**. Hoe dit in de praktijk vorm krijgt, verschilt per situatie. Er zijn verschillende mogelijkheden: een kleiner aantal patiënten per huisarts(en-praktijk); niet-patiëntgebonden tijd uit handen nemen van de huisarts; praktijkondersteuners, physician assistants en verpleegkundig specialisten inzetten; de regeldruk verminderen, etc. Bij eenzelfde inkomen en werktijd, kunnen de extra middelen ten goede komen aan deze activiteiten. De eerste pilots met meer “kijk- en luistergeld” laten zien dat het aantal doorverwijzingen afneemt en de patiënttevredenheid toeneemt. In dit verband kunnen ook de **O&I-prestaties** in de bekostiging beter worden benut. Huisartsenpraktijken monitoren de resultaten via een afgesproken methode.
- Ook voor de wijkverpleging geldt dat **samenwerking en coördinatie** meer beloond moet worden. Voor kwetsbare ouderen is het van belang dat zorg eenvoudig kan worden op- en afgeschaald en mensen niet tussen de wal en schip vallen. Dat kan door de coördinatie of samenwerking tussen wijkverpleegkundigen specifiek te belonen. Hiervoor is de zorgverzekeraar aan zet. Die specifieke opdracht moet ook gelden voor het sociaal wijkteam waar de gemeente over gaat. Wijkteam, (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, huisarts en soms ook paramedici, kunnen meer waarde toevoegen in de eerste fase van ondersteuning en zorg, waardoor (zware) vervolgzorg voorkomen kan worden. Voor vervolgzorg is het nodig om aanbieders van langdurige zorg op tijd te betrekken en niet alleen als de nood te hoog is geworden. Samen met het CIZ kan gekeken worden naar de noodzaak van een indicatie voor de Wlz. Dit vergt dus een gezamenlijke aanpak van zorgverzekeraar, gemeente en zorgkantoor (hoofdstuk 4).

Verplaatsen van zorg: dichtbij waar het kan, concentreren waar het moet

- **Leefstijl** wordt vast onderdeel van het consult. Alle relevante richtlijnen voor aandoeningen waar een leefstijlcomponent speelt, moeten bij een volgende aanpassing een verwijzing naar effectieve leefstijlinterventies (beweging, gezond eten, ontspanning) bevatten. Hiervoor staan de wetenschappelijke beroepsverenigingen aan de lat.
- **Vroegsignalering** door sociale wijkteams (gemeenten), huisartsen, wijkverpleging en zo mogelijk specialisten ouderengeneeskunde. Zij brengen mogelijke kwetsbaarheden van thuiswonende ouderen op het gebied van bijvoorbeeld eenzaamheid, dementie of mobiliteit (valrisico) vroegtijdig in kaart, zodat kan worden ingegrepen om dit risico te beperken en zo mogelijk kan worden voorkomen dat de situatie van de oudere escaleert en deze bijvoorbeeld in de acute zorg terecht komt.
- Bij substitutie van de tweede naar de eerste lijn, blijft de behandeling in de tweede lijn vaak mogelijk en declarabel. De Taskforce vindt dat als bepaalde diagnoses en behandeling dichtbij huis kunnen worden gedaan of daarnaar verschoven kunnen worden, deze dan in principe niet meer in de ziekenhuissetting uitgevoerd moeten worden. Ze beveelt aan dat een tripartiete werkgroep onderzoekt welke zorg in termen van DBC's dan, als sluitstuk van de inhoudelijke visie van professionals, verzekeraars en patiënten, in aanmerking komt om primair buiten het ziekenhuis te worden ingekocht.
- Aan 30-50% van de huidige DBC's ligt geen verwijzing door de huisarts ten grondslag. De inzet van een (geriatrische/

ondersteunende) verpleegkundige en in sommige gevallen de huisarts in een ziekenhuis kan patiënten helpen bij het maken van afwegingen omtrent behandelingen. Dit geldt zeker wanneer het gaat om patiënten met meerdere aandoeningen. Verzekeraars kunnen hierover met het ziekenhuis afspraken maken.

- > Besturen van universitaire en algemene ziekenhuizen maken afspraken over samenwerking op weg naar **medische netwerken** voor complexe zorg. Niet-complexe zorg moet weg uit de UMC's en moet overgedragen worden naar algemene ziekenhuizen, poliklinische centra, anderhalvelijns centra, waardoor zorg nabij ook gegarandeerd wordt. In plaats van doorverwijzen kan dan (samen) doorbehandeld worden. Daarbij komt de specialist uit het ene ziekenhuis naar de patiënt in het andere ziekenhuis en niet andersom. Samenwerking is daarmee een goed alternatief voor fusies. De overheid kan modeldocumentatie beschikbaar stellen voor nieuwe samenwerkingsverbanden.
- > De huidige contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders in de tweede lijn bevatten al vaak geen volumeprikkels meer en gepaste zorg op instellingsniveau wordt lonend. Het is belangrijk in contracten afspraken te maken over het verzamelen en publiceren van **zorguitkomsten** en het schrappen van andere rapportageverplichtingen (**Value Based Health Care**). Tegelijkertijd zijn de inkomsten van de zorgverleners vaak nog wel afhankelijk van de omvang van de zorg die ze leveren. In de zorg moet de gelijkgerichtheid voorop staan; het gaat om het gezamenlijke belang om de patiënt zorg te bieden die van goede kwaliteit en doelmatig is.
- > De transformatie van het **zorglandschap** zal gestalte moeten krijgen in de contractering door verzekeraars. Meerjarige contractering kan deze transformatie ondersteunen en moet

meer lonend worden. Het vraagt ook om een financiering van de kosten van de afbouw van (fysieke) capaciteit. De betere organisatie van de zorg heeft ook een rendement dat interessant kan zijn voor financiële partijen als banken, pensioenfondsen, InvestNL en de Europese Investeringsbank. Voor uitbreiding van ziekenhuizen zou een vergunningsplicht kunnen worden ingevoerd.¹⁹

Waar zien we in de praktijk een begin van de beweging?

Er zijn veel voorbeelden waar professionals meer bewust stilstaan bij de vraag wat hun meerwaarde is en daarnaar handelen, de samenwerking over de domeinen opzoeken en andere organisatievormen kiezen. Hieronder staat slechts een kleine greep om te illustreren dat de beweging op gang is gekomen. Van een echte aanpassing van het zorglandschap door een verschuiving, herverkaveling en concentratie is nog geen sprake.

- > Een voorbeeld van een traject waarin **gepast gebruik** sterk bevorderd wordt op kleinere schaal, is het door ZonMw gefinancierde “**Leading the Change**” (LtC) project. Het LtC-project moet aantoonbaar leiden tot implementatie van de bewezen meest effectieve zorg, minder praktijkvariatie en daarmee lagere kosten. De kern van dit plan is het doorlopen van de volledige kwaliteitscirkel: evaluatie van bestaande en nieuwe zorg middels zorgevaluatie, implementatie van de uitkomsten van zorgevaluatie door richtlijnen, en validatie van de implementatie in het proces van zorginkoop. Essentieel is dat alle elementen van de kwaliteitscirkel tegelijkertijd worden geadresseerd; alleen dan zal ook echt gezorgd kunnen worden

voor de zorg met de hoogste kwaliteit tegen de laagste kosten. Hierin is het huidige project uniek.

- > De RIVAS-groep te Gorinchem: huisartsen, specialisten van het Beatrix-ziekenhuis en zorgverzekeraar VGZ hebben samen het traject Kwaliteit Als Medicijn (KAM) opgezet dat zich met uiteenlopende deeltrajecten richt op de juiste zorg op de juiste plek. Voorbeelden van deeltrajecten zijn nacontroles bij de huisarts of het aanbrengen van een infuus in de thuissituatie in plaats van een dagbehandeling in het ziekenhuis. Meer informatie is terug te vinden op <https://www.rivas.nl/over-rivas/kwaliteit/kwaliteit-als-medicijn-kam/>
- > **Krachtige basiszorg** in Overvecht Utrecht: in de wijk Overvecht zijn afspraken gemaakt tussen eerstelijnszorgverleners en de gemeente/buurtteams om nauwer samen te werken bij de zorg en ondersteuning van cliënten. Ook is er extra geld beschikbaar gesteld aan huisartsen zodat zij meer tijd kunnen besteden aan positieve gezondheid. Dit heeft geleid tot een toename van de ervaren gezondheid, stijging van het aantal bewegende buurtbewoners, daling van de kosten voor poliklinische zorg en GGZ-zorg en een verbetering van het doelmatig voorschrijven van medicijnen. Wat dit voorbeeld laat zien is dat door de inzet van de juiste zorg- en hulpverlener eerder in de keten meer passende zorg verleend wordt. Dit is gemeten aan de hand van ervaren gezondheid en zorgkosten.

¹⁹ Berenschot voert een onderzoek uit naar de transitie- en frictiekosten bij verplaatsingen van 'zorg naar de juiste plek' in opdracht van de NVZ, NFU, Patiëntenfederatie Nederland, ZKN, FMS, ZN en V&VN. Het onderzoek richt zich op de typen transitie- en frictiekosten die ontstaan bij 'zorg op de juiste plek', hoe er in het land wordt omgegaan met organisatorische en financiële transitie- en frictiekosten en hoe kan worden omgegaan met deze kosten om zorg naar de juiste plek te verplaatsen.

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11

- > Zorgverzekeraar CZ heeft op meerdere plekken in Nederland pilots opgezet met een andere manier van **wondzorg**. Bij een complexe wond maakt een wondregisseur een behandelplan en worden vorderingen digitaal bijgehouden. Voor deze functie worden specifieke wondverpleegkundigen bijgeschoold en ingeschakeld. Zij hebben de juiste kennis en kunnen gemakkelijk de lijn leggen tussen ziekenhuis, huisarts en thuissituatie. De pilot heeft voor hoger welzijn bij de patiënt en mantelzorger gezorgd en voor een verlaging van kosten voor materiaal. Het voorbeeld laat zien dat je door op de juiste plek extra kennis en mensen in te zetten voor maatwerk verderop in het proces kosten bespaard worden en betere zorg oplevert.

- > Het Hospital at Home-zorgprogramma wil een nieuw zorgpad bieden waarin ziekenhuiszorg in het eigen huis van de patiënt kan worden gerealiseerd. Het merendeel van de patiënten met cognitieve stoornissen woont thuis met hulp van mantelzorgers en gespecialiseerde thuiszorg. Een acute ziekenhuisopname verloopt bij deze patiënten regelmatig gecompliceerd door het optreden van ziekenhuis-gerelateerde complicaties zoals vallen, delier, nieuwe infecties, ondervoeding en functionele en cognitieve achteruitgang. Na ontslag uit het ziekenhuis kan een groot deel van deze patiënten niet terug naar huis en moet (tijdelijk) worden opgenomen in een verpleeghuis. Het doel van het zorgprogramma is het voorkomen van ziekenhuis-gerelateerde complicaties en (uitstel van) verpleeghuisopname. Vaak komen mensen binnen via de SEH. Om de zorg thuis goed te kunnen regelen, blijft de patiënt in het ziekenhuis totdat alles thuis georganiseerd is. De patiënt zal de ochtend volgend op het SEH-bezoek naar huis gaan. Vervolgens is er ziekenhuiszorg thuis; de Hospital at Home-arts en verpleegkundigen komen aan huis voor de verzorging en de behandeling. De behandeling is onder verantwoordelijkheid van het

ziekenhuis (Hospital at Home arts). De inhoud van de zorg is hetzelfde als in het ziekenhuis, alleen de plaats van de zorg is verschillend, namelijk thuis. Voor meer info zie:

<http://hospitalathome.nl/>

o8

Naar brede triage op het juiste moment

De kern van brede triage op het juiste moment

Goede informatie en cliëntondersteuning ondersteunen mogelijkheden “zelftrage”

De triage moet breed zijn, dus het medische en sociaal domein samen (wijknetwerk)

Financiering is nodig voor de coördinatie en regievoering van brede triage

Beoordeling is een terugkerend proces om zorg en ondersteuning op- en af te schalen

Eerstelijnsverblijf is primair een schakelpunt en dit vraagt om begrenzing qua duur

Beter samenwerken bij de formele indicatiestelling (toegang en toewijzing van zorg)

Anne-Miek Vroom aan het woord



De zorg voor mijn zeldzame aandoening wordt mij standaard aangeboden in mijn regionale ziekenhuis. De zorg wordt gecoördineerd door de verpleegkundig specialist. Soms is het echter niet duidelijk of ik direct contact kan opnemen met het ziekenhuis of dat ik via de huisarts contact moet opnemen.

Zo belde ik een keer naar mijn huisarts, omdat ik het vermoeden van een wervelfractuur had. De assistente vertelde dat ik langs moest komen op de praktijk, om dit te laten controleren. Ik vertelde dat mij dit niet verstandig leek, omdat ik met mijn expertise dacht te kunnen beoordelen dat er iets mis was. Ze drong met veel zeggingskracht nogmaals aan dat ik echt naar de praktijk moest komen en dat de huisarts niet thuis kon komen om te beoordelen. Ik vertelde dat dit niet ging en ik besloot dan ook rechtstreeks naar het ziekenhuis te bellen, wetende dat het ziekenhuis vindt dat de huisarts eerst triage moet plegen.

Later besprak ik dit vervelende incident met mijn huisarts en hij schrok ervan dat dit zo was gelopen. We hebben de algemene gang van zaken betreffende de triage besproken en daar onderling afspraken over gemaakt. Ook staat nu, zodra de doktersassistenten mijn dossier openen, groot in het scherm: ‘Wanneer mevrouw om huisbezoek vraagt, altijd inplannen’. Ik vraag mij echter af wat er gebeurt als ik in de avonden of weekenden naar de huisartsenpost bel. Ik vrees dat ik dan alsnog zelf naar het ziekenhuis moet bellen...

Hoe ziet de beweging eruit?

Triage werd in de Eerste Wereldoorlog voor het eerst op grote schaal gebruikt om de slachtoffers op het slagveld niet meer op militaire rang, maar op urgentie te selecteren. Daarbij werden drie categorieën onderscheiden: onbehandelbaar, ter plekke behandelen, naar het ziekenhuis. Bij de triage die anno nu door de huisarts en zijn assistent op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis wordt verricht gaat het om; het terugsturen naar huis, ter plekke behandelen of een opname in een zorginstelling.

De triage van de (nabije) toekomst is een **brede triage** met de volgende kenmerken:

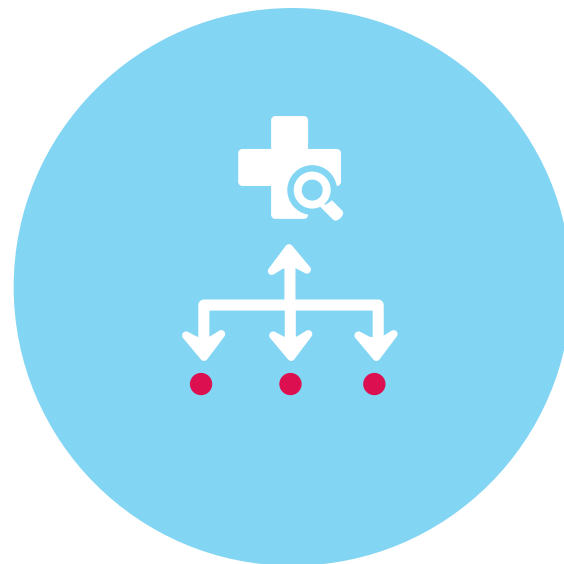
- > Het uitgangspunt is de zorgvraag van de burger om weer **zelf regie** te krijgen over zijn functioneren (eigenaarschap). ICT-toepassingen maken meer zelfdiagnose, zelftriage en zelfmanagement mogelijk, al dan niet ondersteund door *remote monitoring*.
- > Het gaat om het steeds weer **gezamenlijk** signaleren en beoordelen van (onderliggende) problemen zowel binnen het sociale als het medische domein. De focus zal de ene keer meer in het sociale domein, de andere keer meer in het medische domein liggen.
- > Het moet normaal zijn dat iedere professional in de wijk de collega's kent met wie zijn cliënt/patiënt te maken heeft. Ze hebben tijd voor het opbouwen en onderhouden van een **wijknetwerk** wat moet leiden tot afspraken over taakverdeling en uiteindelijk ook tot aangepaste organisatiestructuren (brede wijkcentra).
- > Het **vroegtijdig signaleren** in het sociale domein van mensen met weinig hulpbronnen, kwetsbare ouderen die langer thuis

wonen en mensen met (tijdelijk) minder zelfredzaamheid voorkomt dat mensen onnodig medische zorg ontvangen.

- > Het stimuleert de samenwerking tussen verschillende hulpverleners waarbij wordt bepaald wie de **regie** voert. Dit biedt bovendien ruimte voor **peer review**: in isolatie wordt vaak langer doorbehandeld dan wanneer professionals als team betrokken zijn.
- > Informatie wordt opgeslagen in de **persoonlijke gezondheidsomgeving** (pgo) van mensen en kan met hun instemming uitgewisseld worden tussen professionals zodat alle relevante zorgverleners voldoende op de hoogte zijn.
- > Brede triage moet plaatsvinden op verschillende **schakelmomenten** van de zorgreis van mensen. Het gaat steeds weer om een beoordeling welke (vervolg)zorg het beste is. Soms is dat een kwestie van opschalen, soms juist weer van afschalen.
- > Voor een goede triage zou het niet moeten uitmaken waar en wanneer mensen zich melden: vanuit huis, in het sociale domein, de eerste lijn of het ziekenhuis. In de **avond, nacht of het weekend** is de brede triage virtueel dan wel fysiek even goed geregeld als overdag.
- > Brede beoordeling verhoogt de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en vermindert de kans dat mensen onnodige zorg krijgen, tussen wal en schip vallen, te veel heen en weer worden gestuurd in de zorg of op zorg moeten wachten.
- > Of het nu gaat over een preventief ouderenteam in de wijk, een anderhalvelijnscentrum of een transmurale zorgburg, aan de voorkant afspraken maken over **financiering** is van groot belang om tot een brede beoordeling over de stelsels heen te komen.

De ervaring leert dat anders het organisatiebelang blijft prevaleren boven integrale zorg.

- > Een goede triage heeft alleen maar zin als goede vervolgzorg geregeld is. Triagisten hebben in de toekomst een goed inzicht in waar welke zorg voor handen is. Dit is in het bijzonder relevant voor kwetsbare mensen van wie de steunstructuur plots kan wegval- len en acute hulp - sociaal, medisch of psychiatrisch - nodig is.
- > Ook het **formele indicatieproces** wordt meer als een triage met de relevante zorgverleners georganiseerd waarbij mensen tijdens hun ondersteunings- en zorgreis zo min mogelijk last hebben van de overgang tussen de financieringsdomeinen.



Wat moeten we doen?

Bij mensen zelf beginnen

- > Een goede triage begint bij **goede informatie** over welke zorg op welke plek op welk moment zinvol is en waar men terecht kan voor gewenste ondersteuning. Campagnes gericht op professionals en het brede publiek helpen ongepast gebruik van zorg op verschillende niveaus verminderen, met name ook buiten reguliere uren.
- > Het promoten en uitbreiden van **Thuisarts.nl** als website en app is bij uitstek een mogelijkheid om triage thuis (bij kleine medische vragen) te stimuleren en tevens een zeer geschikte vraagbaak om zelfmanagement te ondersteunen. Met moderne applicaties kan informatie worden gewisseld met zorgverleners en zorg op afstand benut.
- > Naast de inzet van professionals en hulp in de omgeving is het belangrijk dat mensen bij de start en gedurende hun zorgreis goede toegang hebben tot **onafhankelijke cliëntondersteuning** bij gemeenten. Ook kunnen zorgverleners vaker ervaringsdeskundigen benutten en moet de opleiding hiervoor worden uitgebreid.

Brede triage organiseren

- > Om hoog-risicogroepen te ondersteunen en te voorkomen dat ze een beroep moeten doen op medische zorg zijn goed toegeruste en **responsieve wijkteams** essentieel. Bij vroeg-signalering is bijzondere aandacht gewenst voor de aanpak van **schulden** die vaak samen gaan met medische klachten en medische kosten.

- > Eén partij moet de **coördinerende rol** op zich nemen in nauw overleg met de zorgvrager. Deze persoon kent de “sociaal-medische kaart” binnen een gemeente of regio, organiseert de brede triage en hakt knopen door in overleg met de andere partijen.
- > Het is belangrijker dát deze coördinerende rol wordt opgepakt dan op voorhand te bepalen wie deze rol moet oppakken. Dat hangt af van de lokale situatie. Gemeenten en/of verzekeraars moeten deze rol **structureel financieren** en het financieel ook mogelijk maken dat andere partijen, zoals welzijnswerkers, wijkverpleegkundigen, paramedici, praktijkondersteuners, huisartsen en GGZ-hulpverleners daar waar nodig worden ingeschakeld.
- > Patiënten met acute psychiatrische problematiek zijn geholpen met een intensivering van de uitvoering van **intensieve home treatment teams** (IHT). Dit team doet acute beoordeling en opname van vervangende behandeling thuis. Ook zijn zij een nuttige poortwachter voor de kliniek, kunnen ze meerdere huisbezoeken per dag doen en zijn ze multidisciplinair van samenstelling.
- > Er bestaan FACT teams (**Flexible Assertive Community Treatment**) voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die voor langere tijd behoefte aan behandeling en begeleiding hebben. FACT teams hebben eveneens een multidisciplinaire samenstelling (bijvoorbeeld een psychiater, psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker, woonbegeleiders, ervaringsdeskundige). De hulpverlener komt bij mensen thuis, zodat mensen zorg in de eigen omgeving kunnen ontvangen.

- > Een beter gebruik/inzet van technologische ontwikkelingen (**“zorg-enablers”**) zodat behoeftigen én zorgverleners toegang hebben tot medische gegevens (pgo). Zodoende kan de voorgeschiedenis worden benut om te bepalen welke zorg op welk moment nodig is. Ook is het nodig de wetenschappelijke onderbouwing van triagesystemen te verbeteren.
- > Het is raadzaam de bezetting van de **huisartsenpost of de spoedeisende hulp** (SEH) tegen het licht te houden, inclusief de inzet van specialisten. De inzet van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of geriatrisch verpleegkundigen vermindert de opname in het ziekenhuis door mensen thuis extra ondersteuning te bieden.

Goede (vervolg)zorg organiseren

- > **Verbreding van de eigen focus** van zorgprofessionals is nodig om tot goede samenwerking tussen het sociale team, de huisarts en het ziekenhuis te komen. Als (de SEH in) het ziekenhuis alleen screent op medische problemen, is het voor de wijknetwerk onduidelijk welke oudere op niet-medische vlakken extra aandacht vraagt als hij terug naar huis keert.
- > In het ziekenhuis dient de **transferverpleegkundige** de praktijk te worden. Kennis over passende vervolgzorg en voldoende inzicht in beschikbare alternatieven als terugkeer naar huis niet meer verantwoord is, zorgt er voor dat mensen niet langer dan nodig in het ziekenhuis verblijven. Dit speelt in het bijzonder voor kwetsbare ouderen die vaak langer dan nodig tijd in het ziekenhuis doorbrengen. De komst van regionale coördinatiepunten voor alle vormen van vervolgzorg kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

01 Na triage op de SEH of na opname in het ziekenhuis, eerstelijns-
02 verblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg is het van belang dat
03 het wijknetwerk tijdig op de hoogte is van de situatie en kan
04 zorgen dat de patiënt **weer veilig naar huis** kan terugkeren.
05 Iemand vanuit het wijknetwerk dient dan contact te hebben
06 met de behandelaar/transferverpleegkundige.

- 07 > Met name voor kwetsbare ouderen biedt het **eerstelijnsverblijf**
08 uitkomst, maar deze moet niet te zeer naast andere vormen van
09 zorg bestaan en dient beperkt te blijven tot in principe
10 maximaal een paar weken. In de tussentijd kan worden
11 beoordeeld of mensen weer naar huis kunnen of toch zijn
aangewezen op het verpleeghuis.
- > Gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren werken als financiers
van de ondersteuning en zorg meer samen op de **inkoop**. De
inkoop van acute zorg, intensieve vormen van respijtzorg, Wmo
spoedzorg en wijkverpleging in de ANW-uren moet worden
afgestemd.
- > Er zijn **lokaal dekkende afspraken** nodig tussen financiers over
de verdeling van de dergelijke kosten, vooraf dan wel achteraf.
Het is nuttig modelovereenkomsten op te stellen.
- > Het **formele indicatieproces** en zorgtoewijziging wordt zo
georganiseerd dat mensen op één dag op één locatie alle
onderzoeken doen, gesprekken hebben en het besluit wordt
genomen op welke zorg in welke domein en op welke plek
passend is bij de vraag van mensen.
- > De zogenoemde **zorgval**  dient te worden aangepakt.
De meeste ouderen willen zo lang mogelijk in eigen huis, in hun
eigen omgeving blijven wonen. Zorg en ondersteuning thuis kan

zowel vanuit de Zvw en/of Wmo als de Wlz verleend worden.
Hierdoor kunnen zorgvragers met verschillen tussen stelsels
geconfronteerd worden, waardoor ze mogelijk ongewenst te
maken krijgen met een terugval in hoeveelheid zorg en een
verhoging van de eigen bijdrage. Het is belangrijk de informatie-
voorziening richting mensen, de samenwerking tussen
betrokkenen en de afbakening tussen domeinen tegen het licht
te houden en een meer vloeiende zorgreis mogelijk te maken.
Eventueel moet de wet- en regelgeving worden aangepast.

Waar zien we in de praktijk een begin van de beweging?

Het begin van een brede triage en (her)beoordeling is al op veel
plekken in het land te zien. Er wordt samenwerking gezocht over de
domeinen heen.

- > In Amsterdam fungeert een apotheek als plek voor vroegsigna-
lering voor personen met verward gedrag. Hulpverleners
worden tijdig op de hoogte gesteld wanneer iemand zijn
medicijnen niet ophaalt bij de apotheek en kunnen mensen snel
benaderen zodat een mogelijke crises voorkomen wordt.
<https://www.trouw.nl/samenleving/amsterdamse-apotheek-krijgt-rol-in-het-opsporen-van-verwarde-personen-~a06625a4/>
- > In meerdere gemeenten in Groningen en Drenthe is de
afgelopen jaren ervaring opgedaan met het zorgmodel
SamenOud. Daarbij heeft elke huisarts een eigen Ouderenzorg
Team en alle 75-plussers in de praktijk van de huisarts worden
uitgenodigd deel te nemen. Deelnemende ouderen ontvangen

jaarlijks een vragenlijst om hun risicoprofiel vast te stellen. Het
Ouderenzorg Team biedt vervolgens preventieve, passende zorg
en ondersteuning. Het team bestaat, naast de huisarts, uit een
specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en
een sociaal werker. Vanwege de positieve ervaringen en
onderzoeksresultaten wordt SamenOud geborgd in de
dagelijkse werkwijze. www.samenoud.nl

- > Huisartsen en specialisten werken in anderhalvelijnscentra
nauw samen. Doordat huisartsen bij twijfel direct de hulp van
een specialist in kunnen roepen, kan een (ernstige) diagnose
uitgesloten worden en kunnen mensen gerustgesteld naar huis
of, indien nodig, doorverwezen worden naar het ziekenhuis.
Dit gebeurt bijvoorbeeld bij de proeftuin MijnZorg in Oostelijk
Zuid-Limburg en ook De Werf in Joure is net gestart met een
anderhalvelijnscentrum. <http://www.mijnzorg-ozl.nl/> en
<http://dewerfjoure.nl/>
- > Op steeds meer plekken werken ziekenhuizen en thuiszorgorga-
nismen samen om een **transmurale zorgbrug** te creëren zodat
de overgang van ziekenhuis naar huis soepel verloopt, zoals
bijvoorbeeld bij het Martini ziekenhuis in Groningen. Rndom
Deventer regelt het regionale transferpunt de transfers vanuit
de eerstelijns en de SEH naar de intramurale voorzieningen
(Wmo respijtzorg, ELV, GRZ, WLZ). Huisartsen en intramurale
instellingen hoeven hierdoor niet meer uren lang bezig te zijn
met een transfer. Rndom Gouda is men bezig om het
transferpunt tevens in te zetten als het toegangspunt voor de
acute (ouderen)zorg zodat de juiste diagnose en behandelplan
kunnen worden vastgesteld en de transfer kan geregeld
worden. <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Nieuws/Nieuwsberichten/Paginas/Transmurale-Zorgbrug-van-start-in-Groningen-en-Drenthe.aspx>

- 01 > Op diverse plaatsen in het land wordt geëxperimenteerd met de inzet van wijkverpleegkundigen bij de huisartsenpost en de SEH. De wijkverpleegkundige organiseert thuiszorg voor kwetsbare ouderen tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. Dit zorgt voor betere zorg voor ouderen en voorkomt onnodige (her)opnames op de SEH. Ervaring is onder meer opgedaan bij het OLVG, MST en het Zuyderland ziekenhuis. <https://www.mst.nl/nieuws/kwetsbare-ouderen-eerder-thuis-door-samenwerking-seh-en-wijkverpleegkundige/>, <https://www.zuyderland.nl/nieuws/de-wijkverpleegkundige-als-nieuwe-collega-van-de-hapseh/>
- 02 > Zorgorganisatie Omring heeft complexe eerstelijnsbedden geclusterd in het ziekenhuis, zodat het ziekenhuis gemakkelijk naar deze bedden kan doorverwijzen. Er wordt gewerkt met een **eerstelijnsbedden app** waarop de beschikbaarheid van eerstelijnsbedden van alle aanbieders in West-Friesland en Noord-Holland-Noord zichtbaar is. Een centraal triage-team beoordeelt of ELV nodig is of dat iemand thuis verzorgd kan worden. <http://www.de-eerstelijns.nl/2018/03/kortste-weg-juiste-eerstelijnsbed/>
- 03 > In het kader van de aanpak van de wachttijden in de GGZ is het van groot belang om via een juiste triage zorgvragers direct de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Sinds het gebruik door Utrechtse huisartsen van het **4D-model**, is bij Altrecht het aantal onterechte verwijzingen sterk terug gelopen. In het zoeken naar antwoorden op de vragen: ‘Wat is prioriteit in het aanpakken van de klachten?’ en ‘Wie doet wat (inclusief de patiënt)?’ is het 4D-model ontstaan. Het 4D-model helpt huisartsen in de gespreksvoering en het ondersteunt hen in het verwijzen en in de samenwerking met andere partijen. Zie voor meer informatie: <http://www.Overvechtgezond.nl/files/Het%204D-model%20-%20Volte.pdf>

Dit zijn voorbeelden waar brede triage en (her)beoordeling op één punt in de keten van zorg en ondersteuning wordt toegepast. Uiteindelijk moet deze brede triage overal in de keten het uitgangspunt worden, ongeacht waar, wanneer en wie deze beoordeling doet.

09

Naar het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek

De kern van het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek

Stop met denken in eerste, tweede en derde lijn, organiseren in ketens en netwerken

Behandeling psychische klachten in de eigen omgeving

Ziekenhuiszorg kan veel vaker thuis of dichtbij huis

Redeneer voor de organisatie van de zorg vanuit de mens en niet vanuit gebouwen

Contractering zorgt voor de afbouw van beddenscapaciteit

Samenwerking is een randvoorwaarde voor het leveren van goede zorg

(Her)gebruik gegevens over iemand en weet van elkaar wat je doet voor die persoon

Joost Coffeng aan het woord



'Vanuit het gezondheidscentrum in de wijk, neemt de praktijkondersteunerhuis-arts-GGZ (POH-GGZ) contact op met Joost Coffeng, de proeftuinleider van het ggzindewijk-team. Ze maakt zich zorgen over de heer K.'

Deze bewoner van de wijk heeft de voorgeschreven medicatie (antipsychotica) niet meer opgehaald. Ook de bewindvoerder van meneer krijgt al enige tijd geen contact met hem. Daarbij verschijnt hij ook niet op afspraken bij de POH-GGZ. Wel lijkt de brievenbus geleegd te worden. De POH-GGZ vraagt of wij mogelijkheden zien om contact met de heer K. te leggen.

Wij gaan er op af, starten een "bemoeizorgtraject" en gaan regelmatig langs op onze rondes door de wijk om contact met hem te krijgen. De woonconsulent van de woningbouw neemt contact op met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), die nu regie voert op het ingezette traject, en meldt dat er regelmatig overlast is vanwege nachtelijk geschreeuw. De woningbouw moet het huis in vanwege een lekkage, maar meneer doet niet open. Politie en SPV van het ggzindewijk-team worden gevraagd mee te gaan naar het huis van de heer K.

Hier vindt het eerste contact met meneer plaats en de eerste praktische zaken worden geregeld. Tevens blijkt dat meneer zijn medicatie niet volgens voorschrift inneemt. De medicatie-inname wordt gestructureerd. Er wordt een wekelijks huisbezoek afgesproken, er is contact met de burens en de bewindvoerder en ook het verstoord geraakte contact met de familie wordt weer hersteld. Het nachtelijke geschreeuw neemt af en de burens ervaren minder overlast. Als straks de situatie verder stabiliseert kan de SPV weer loslaten en kan de zorg voor de heer K. weer terug naar de POH-GGZ.'

Hoe ziet de beweging eruit?

- > Gezondheid is meer dan de afwezigheid van symptomen; herstel gaat over het (leren) leven met een soms ontwrichtende aandoening of beperking. Mogelijkheden en kracht van de mens staan centraal, waardoor herstel een individueel en persoonlijk proces is waarbij het (weer) gaan functioneren in sociale rollen een belangrijk streven is.
- > De **transitie van de GGZ-zorg** is illustratief voor de beweging: GGZ-zorg is van ver buiten de samenleving steeds meer geïntegreerd in het maatschappelijk leven, maar bevindt zich nog vaak in enige afzondering. Een verblijf in een ziekenhuis betekent nog steeds afzondering van de eigen woonomgeving, familie en samenleving en leidt daarmee tot het verlies van sociale rollen. Mensen dienen zich op een afdeling te voegen naar de planning van de afdeling qua dagritme, bezigheden etc. Daarnaast is een opname niet alleen ingrijpend voor het individu zelf, maar zeker in de GGZ een grote voorspeller voor langdurig zorggebruik.
- > Dit draagt niet bij aan **herstel en participatie**. Mensen die gebruik maken van zorg, in welke vorm dan ook, gedijen niet beter als zij te veel in de rol van patiënt worden gezet. Zeker richting mensen die met een chronische aandoening hun 'gewone leven' zo veel mogelijk willen voortzetten, vraagt dat een andere bejegening.
- > De zorg kan zich daarom meer richten op behandelen in de **eigen omgeving**. Mensen zijn zo beter in staat hun sociale rollen te behouden of te herstellen. Deze verandering sluit aan bij de behoefte van patiënten en naastbetrokkenen: mee blijven doen.

Uit de “muren” en uit de “hokjes”

- > De zorg kenmerkt zich nog door een groot aantal ‘**hokjes**’: domeinen, lijnen, organisaties, specialismen en functionarissen. De gebruikers van zorg bewegen zich continu tussen deze hokjes. Het stelsel is te zeer de cultuur geworden. Alle betrokkenen doen hun uiterste best in hun afzonderlijke hokje, maar hebben zelden het overzicht van de beleving van de burger. Ze kennen lang niet altijd de persoonlijke behoefte van mensen en ontberen het zicht op hun bijdrage aan de zorguitkomsten. Het wezenlijke verschil maken voor mensen is juist de reden waarom professionals in de zorg zijn gaan werken. Meerwaarde leveren voor het dagelijks functioneren is daarmee een verbetering voor zowel de zorgvrager als voor de zorgverlener (zie hoofdstuk 2 en 6).
- > Zorgaanbieders zouden een **netwerk** moeten vormen rond de patiënt, waarin lijnen, organisaties, specialismen en functionarissen van ondergeschikt belang zijn. Begrippen als 1e lijn, 2e lijn en 3e lijn verdwijnen. Dit kan betekenen dat een medisch specialist de regie blijft voeren voor iemand die in de thuissituatie nierdialyse ondergaat. Dat een verpleegkundige iemand traint om gebruik te maken van e-health, wat hem poli-bezoeken kan besparen. Of dat de dermatoloog spreekuur houdt in de huisartsenpraktijk. Zorg vindt hierdoor zo veel mogelijk dicht bij de patiënt plaats. Netwerken worden niet alleen toegepast bij klinisch herstel, maar ook bij maatschappelijk herstel (re-integratie na ziekte). Het netwerk past zich aan als de gezondheid en de vraag van de patiënt verandert.
- > Als herstel van het functioneren of daarmee leren omgaan **multidimensionaal** is moet de zorg dat ook zijn. De zorg is dat echter meestal niet. Vaak staan de ernst van de psychiatrische

symptomen niet op zichzelf, maar spelen ook andere problemen, zoals werkloosheid, huisvestings- en financiële problemen en relationele problemen mee en zijn niet zelden mede reden voor opname in de GGZ.

- > Samenwerken door professionals vereist **vertrouwen**. Dat kun je alleen krijgen door elkaar te leren kennen. Zorgprofessionals zouden vaker over de bestaande lijnen en schotten heen bij elkaar over de vloer moeten komen en elkaars werk op waarde moeten leren schatten. Samenwerken betekent ook verantwoordelijkheid nemen en elkaar aanspreken op de meerwaarde die al dan niet wordt geleverd voor mensen.
- > De zorg is georganiseerd in silo's met eigen specialisaties maar ook met eigen **belangen**, machtsposities en financiering. Een groot deel van de gezondheidszorg is gericht op behandeling binnen het medisch domein. Dit terwijl dit vaak slechts een (klein) onderdeel is van herstel van functioneren. Samenwerking tussen het medische en sociale domein is nodig om mensen beter te helpen bij hun functioneren.
- > Zorgverzekeraars en gemeenten belonen die samenwerking bij de **inkoop**. Dat betekent dat niet zo zeer een ziekenhuis wordt gecontracteerd of een thuiszorgorganisatie, maar het samenwerkingsverband voor bepaalde zorgvormen. Van belang is dat dit geen nieuwe silo's oplevert, maar dat dit samenwerkingsverbanden zijn die overlappen en flexibel zijn. Bijvoorbeeld niet alleen diabeteszorg, maar deze zorg in combinatie met andere zorgvormen als COPD en hartfalen. Of ziekenhuiszorg en wijkverpleging om de overdracht naar de thuissituatie zo soepel mogelijk te laten verlopen.



Wat moeten we doen?

- > Zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders kennen de **zorgopgave** en handelen daarnaar. Deze analyse leidt tot het onderlinge 'goede gesprek': doen we de juiste dingen en doen we de juiste dingen op de juiste manier? Zijn de mensen er echt mee geholpen? Alle zorgorganisaties hebben hier naar evenredigheid een verantwoordelijkheid in, groot of klein, breed of specifiek (hoofdstuk 4).

> Zij brengen in kaart **wie met wie moet samenwerken** om tot betere zorg en ondersteuning voor mensen te komen; dit gaat primair om de mensen die de zorg leveren, niet om de organisaties/ziekenhuizen/praktijken. Dit kunnen heel andere partijen zijn als gesproken wordt over ouderen in wijk X dan wanneer het gaat om zeldzame aandoening Y. Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars borgen hierbij de positie van niet-toewijsbare taken, zoals in de wijkverpleging.

> Samenwerking is een belangrijke dimensie van de kwaliteit van zorg. Samenwerken behoort binnen vijf jaar **randvoorwaardelijk** te worden om goede zorg te mogen leveren en wordt daarmee randvoorwaardelijk voor de inkoop. In samenspraak met zorggebruikers wordt vastgelegd waaraan die samenwerking minimaal moet voldoen. Gedacht kan worden aan: we kennen elkaar en elkaars bijdrage, we wisselen informatie uit, zoeken elkaar op als dat nodig is.

> In samenspraak met zorggebruikers wordt bepaald **welke zorg (dichter bij) (t)huis kan worden verleend**, bijvoorbeeld met behulp van e-health of een spreekuur op locatie. Gebouwen van ziekenhuizen of praktijken zijn lang niet voor alle professionals een voorwaarde om hun werk te kunnen doen. Ook de laagdrempelige toegang tot zorgverleners hoort hierbij: zelf digitaal je afspraak kunnen inplannen, kunnen mailen met een verpleegkundige, facetimen met je arts, etc.. Ook dat moet onderdeel worden van goede zorg.

> Gegevens gaan met de mensen mee en worden 'hergebruikt'. **Er is plaats- en tijdonafhankelijke uitwisseling en beschikbaarheid van informatie** voor zowel de zorggebruiker en mantelzorgers als voor de zorgprofessional, mits er toestemming is van de zorggebruiker. Zorggebruikers kunnen mantelzorgers en

zorgprofessionals toevoegen aan hun digitale netwerk en toegang geven tot zijn/haar gezondheidsdossier (hoofdstuk 5). Het is relevant om in de persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) het te bereiken doel te formuleren met de betrokkene en dat de hulpverleners van elkaar weten welke bijdrage zij hieraan leveren.

Ambulantisering

> Er moet bij GGZ-aanbieders een bepaalde hoeveelheid lege bedden beschikbaar zijn voor (crisis)situaties. Voor de **acute GGZ** wordt de generieke module ingevoerd en worden regionale afspraken gemaakt tussen aanbieders en verzekeraars.

> Zolang er **lege bedden** zijn, loont het financieel om deze bedden te gebruiken/te vullen. In contractuele afspraken kunnen verzekeraars en zorgaanbieders hierover afspraken maken. Wanneer de aanbieder minder bedden nodig heeft dan dat er beschikbaar zijn, verdelen de aanbieder en verzekeraar de opbrengsten daarvan.

> Afbouw van klinische zorg in de GGZ vergt **voldoende ambulante zorg** en ondersteuning. De Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ laat zien dat de opbouw van deze zorg en ondersteuning niet goed op gang komt. De landelijke interventies zijn te beperkt om op het regionale/lokale vlak effect te sorteren. In de Aanpak Wachtlijnen zijn aanbieders van zorg opgeroepen plannen te ontwikkelen om meer ambulante zorg op te bouwen en verzekeraars opgeroepen deze te financieren.

> Mensen die weer in de wijk gaan wonen hebben naast zorg, ook begeleiding nodig op tal van levensgebieden (Commissie-Dannenbergh). Ambulantisering kan alleen goed plaatsvinden

als naast de zorg ook deze voorzieningen goed geregeld zijn. Afspraken tussen gemeenten en verzekeraars over hun inzet zijn nodig voor en behulpzaam bij het vormgeven van een verantwoorde ambulantisering.

- > De zorg voor mensen moet op tijd en soepel worden **op- en afgeschaald**. Er moet niet langer worden doorbehandeld dan nodig en waar plotseling zorgintensivering nodig is moet dat ook snel kunnen. Dit kan georganiseerd worden door bijvoorbeeld het inbouwen van vaste herbeoordelingsmomenten.
- > Om het mogelijk te maken dat mensen in **kwetsbare periodes** niet in een instelling terecht komen of een behandeling moeten ondergaan, maar in de eigen omgeving de juiste zorg krijgen, is voldoende laagdrempelig zorgaanbod nodig.
- > Dit kunnen bijvoorbeeld **vangnetplekken** zijn waar je slechts een deel van de dag bent, zoals een nachtkliniek. En plekken waar je tijdelijk opgevangen wordt wanneer je een crisis voelt aankomen. Redesigning Psychiatry pleit voor zorgvormen die zich midden in de samenleving bevinden, met toegankelijke plekken waar mensen laagdrempelig binnen kunnen lopen. E-health kan ondersteunen bij mogelijke tussenvormen, evenals ervaringsdeskundigen. (http://www.redesigningpsychiatry.org/wp-content/uploads/RedesigningPsychiatry_uitgave2_mrt2018.pdf)

Waar zien we in de praktijk een begin van de beweging?

- > Er zijn netwerken georganiseerd die gespecialiseerde kennis vereisen van verschillende hulpverleners rondom een aandoening. ParkinsonNet (www.parkinsonnet.nl) is een landelijk netwerk van zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het behandelen en begeleiden van patiënten met de ziekte van Parkinson. Er zijn meer dan 3.000 gespecialiseerde zorgverleners (o.a. neurologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten en verpleegkundigen) aangesloten bij dit netwerk. Het doel van ParkinsonNet is om de kwaliteit van leven van Parkinsonpatiënten te verbeteren door het verhogen van de kwaliteit van zorg en het verhogen van zelfmanagement van de patiënt. De visie van ParkinsonNet is dat de kwaliteit van zorg en zelfmanagement verbeterd worden door:
 - > Vergroten van de individuele expertise en competenties van zorgverleners op het gebied van de behandeling van Parkinson.
 - > Verbetering van de samenwerking tussen de verschillende behandelaren door middel van regionale netwerken.
 - > Consequent betrekken van de zorggebruiker als partner bij de behandeling.Dit draagt bij aan betere kwaliteit van zorg en heeft een reductie van de kosten tot gevolg. Ook voor andere aandoeningen zijn er initiatieven op het gebied van het opzetten van een netwerk, voorbeelden hiervan zijn: Netwerk Chronische Pijn (www.netwerkchronischepijn.nl), Claudicationet (www.claudicationet.nl), Dementienetwerk (www.dementienetwerknederland.nl), GGZ in de wijk (www.psynet.nl) en regionale netwerken rondom COPD (www.copdnetwerkutrecht.nl).

- > In de stad Utrecht zijn twee proeftuinen opgezet waarin de professionals in de specialistische GGZ **samenwerken** met ambulante woonbegeleiders (Wmo), mensen die patiënten toeleiden naar werk en ervaringsdeskundigen. Deze samenwerking vindt plaats in één geïntegreerd team waar sociaal domein en medisch domein samen rond de zorggebruiker staan. Deze vraag kan medisch, maatschappelijk of persoonlijk zijn, of een combinatie van beiden. Dit team werkt intensief samen met het buurtteam en het gezondheidscentrum in de wijk. Een belangrijke succesfactor is dat ze zijn begonnen, ook toen nog niet helder was hoe alles gefinancierd zou worden. Ze hebben daarmee risico gelopen en ze hebben vertrouwen gehad in elkaar. De inzet van ervaringsdeskundigheid wordt gefinancierd uit de middelen voor begeleid wonen. Daarnaast maken partijen gebruik van subsidies van VWS om tijdelijke fricties te overwinnen. (<http://ggzindewijk.nl/>) ([volkskrant artikel en google drive](#)).
- > De gemeente Deventer heeft medewerkers van het Intensive Home Treatment (IHT incl. crisisdienst) in staat gesteld om een acute Wmo indicatie te doen. Op het moment dat de hulpverlener van het IHT-team een acute zorgvraag beoordeelt en constateert dat er **acute sociaal-maatschappelijke problematiek** is, kan hij direct een Wmo-medewerker inschakelen. Al naar gelang de psychiatrische problematiek functioneert de Wmo medewerker naast de hulp van het IHT-team, bij het ontbreken van psychiatrische problematiek trekt het IHT zich geheel terug. Dit flexibel op- en afschalen zorgt ervoor dat de patiënt de juiste zorg krijgt en niet meer of minder dan nodig. <https://www.i-ht.nl/presentaties-2017/>
- > Het project Connect is een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Vroege opsporing van hartfalen geeft een verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten,

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11

minder ziekenhuisopnamen en mortaliteit. “Momenteel beginnen we de behandeling vaak pas aan het eind van het spectrum en zijn we te laat. Huisartsen zien samen met hun praktijkondersteuners de meeste patiënten met adipositas, hypertensie, diabetes en COPD. Je zou aan die patiënten moeten vragen of ze last hebben van moeheid of kortademigheid, omdat mogelijk ook hartfalen in het spel is. Dan kun je echte preventie doen.” Eind 2011 is gestart met Connect en sinds 2015 werken bijvoorbeeld de huisartsen en de cardiologen in Groningen en Noord-Drenthe nauw samen. De transmurale samenwerking verbetert de uitkomsten van de zorg en patiënten waarderen de zorg meer. Inmiddels doet 60% van alle huisartsen mee aan het AF-ketenzorg project en zijn er ruim 300 patiënten met eerder niet-ontdekt boezemfibrilleren gevonden door actieve case-finding door huisartsen en verwezen naar de ziekenhuizen. Tevens zijn er meer dan 1000 patiënten vanuit de ziekenhuizen terugverwezen naar de huisartsen. Deze resultaten laten zien dat samenwerking door de lijnen heen op vele fronten wordt beloofd. <http://nvconnect.nl/>

- > In Deventer trekt de SPV (sociaal psychiatrisch verpleegkundige) op met een politieagent. Dit in het kader van samenwerking op het vlak van de problematiek die de politie classificeert als ‘verwarde personen’. Dit team van politie en GGZ wordt *street-triage* genoemd, naar Engels voorbeeld. Vervolgens bedenken ze ook welk traject het meest passend is, Wmo-zorg, strafrecht, GGZ-zorg of wellicht somatische zorg. Deze goede triage aan het begin voorkomt heen en weer geschuif, meerdere beoordelingen door verschillende zorg aanbieders, onnodige vervoersbewegingen e.d. (<https://www.zonmw.nl/nl/over-zon-mw/innovatie-in-de-zorg/programmas/project-detail/actieprogramma-lokale-initiatieven-mensen-met-verward-gedrag/street-triage-deventer/>)

- > Revalidatieartsen van de revalidatiekliniek dragen hun werk deels over aan **gespecialiseerde fysio- en ergotherapeuten**. Bij revalidatie bij aandoeningen aan hand en pols kunnen gespecialiseerde fysio- en ergotherapeuten een deel van de coördinatie en uitvoering op zich nemen, in plaats van de revalidatieartsen in de gespecialiseerde tweede lijn. De revalidatiearts doet de intake en is beschikbaar voor overleg. Samen met de patiënt wordt een behandelplan op maat opgesteld. Door deze werkwijze is het mogelijk om kwalitatief goede en doelmatige zorg te leveren tegen een lager tarief. Voor meer informatie zie <https://kinos.nl/hand-polsrevalidatie/drie-behandelvormen>
- > Het opzetten en organiseren van regionale netwerken van zorg/hulpverleners op maat rondom een patiënt waar integrale, multidisciplinaire en domein overstijgende zorg wordt gerealiseerd. Met het bouwen van een degelijke keten wordt vanuit het **ALS-expertisecentrum** (samenwerkingsverband tussen het UMC Utrecht en het AMC). Het expertisecentrum stuurt regionale behandelteams aan die op hun beurt weer zorgnetwerken rondom ALS in de thuissituatie ondersteunen. Dit model kan flexibeler gemaakt worden en patiëntspecifiek voor veel meer (zeldzame) aandoeningen.
- > In Gelderland-Zuid wordt een totale **netwerkaanpak** ingezet om te komen tot wijkgerichte GGZ en een multidisciplinaire aanpak rond verwarde personen. Er is commitment en actieve deelname van partners op het gebied van gezondheid, zorg, welzijn, wonen en veiligheid. Beide zorgverzekeraars zijn aangesloten en er is betrokkenheid van burgemeesters en wethouders zorg. Ervaringsdeskundigen zijn actief op alle niveaus, ook in de stuurgroep. De GGD is projectleider. (<https://ggdgelderlandzuid.nl/239270-2/>)

- > In Vught wordt sinds 2015 ingezet op het **snijvlak van veiligheid en zorg** met de wijk-GGD-ers. Zij zijn in staat te helpen, verbinding te leggen met (zorg)ketenpartners en de politie te ontlasten. Door een goede samenwerking kan in een vroegtijdig stadium met elkaar worden bepaald welke aanpak en zorg een individu nodig heeft. <https://www.ggdhvb.nl/nieuws/2016/05/Gemeente-Vught-en-GGD-werken-samen-in-pilot-Wijk-GG-Der>
- > Het Huid medisch centrum is een voorbeeld van substitutie van de derde naar de tweede lijn. Alle huisartsen verwezen dermatologische patiënten naar het AMC en het VUMC. Deze worden nu gezien in het nieuwe Huid medisch centrum, dat een *joint venture* is met een ZBC. In de academische centra worden enkel nog patiënten met zware problematiek gezien. Voor de patiënt is dit centrum toegankelijker (korte wachttijden, laagdrempelig en snelle doorloop) en de zorg is goedkoper. <https://huidmedischcentrum.nl/>

10

Transformatie moet lonen

Transformatie moet lonen in de kern

De juiste zorg op de juiste plek moet beter beloond worden

Contractinnovaties zijn vaak mogelijk zonder de bekostigingsregels aan te passen

Inkoop ondersteunt het organiserend vermogen en de samenwerking in de wijk

Meer gebruik van zorgbundels, integrale tarieven en vaste bedragen per cliënt

Zorgverzekeraars en gemeenten sturen via hun inkoop op een beter zorglandschap

Concentratie van complexe zorg en hoogwaardige zorgvoorzieningen is wenselijk

Gijs van den Brink aan het woord



'Ondanks mijn niet-aangeboren hersenletsel, wil ik graag zoveel mogelijk zelfstandig zijn. Hiervoor maak ik soms gebruik van een helpende hand, maar meer nog van technologie.'

Zo heb ik bijvoorbeeld een hoofdsteen voor in bed. Toen het motortje van deze hoofdsteen kapot ging, moest ik vervolgens twee maanden wachten op de monteur. Al die tijd moest ik door een verzorgende geholpen worden om uit bed te kunnen komen. Dit tast je gevoel van eigenwaarde ontzettend aan; je zet een stap terug als 'mens'.

Hetzelfde geldt voor mijn douchestoel. Deze is onlangs geleverd, terwijl ik 'm twee jaar geleden uitgezocht en besteld heb... Er lijkt geen haast te zijn met dit soort dingen, dus ik ga er zelf achteraan.'

Hoe ziet de beweging eruit?

De beweging naar de juiste zorg op de juiste plek wordt mogelijk door het functioneren van mensen als vertrekpunt te nemen, de intrinsieke motivatie en expertise van professionals te benutten en het onherroepelijke commitment van bestuurders te verzilveren. De manier waarop zorg en ondersteuning wordt gecontracteerd en bekostigd moet deze beweging ondersteunen en moet aangepast worden waar die in de weg zit. Bovendien moet niet meedoen met de beweging minder beloond worden, zowel in het medische als sociale domein.

De praktijk tot nu toe leert dat het in de meeste gevallen niet nodig is de bekostigingsregels aan te passen om tot **innovatieve contractvormen** te komen. Sterker nog, er bestaat een breed gevoel dat stabiliteit in de bekostiging deze ontwikkeling juist ten goede komt. In een aantal specifieke gevallen zal de bekostiging de verbetering van contractering kunnen ondersteunen. Nieuwe contractvormen zullen de komende tijd breder en op grotere schaal moeten worden ingezet. En ook de praktijk van de inkoop kan beter, vooral wanneer het gaat om een evenwichtige verhouding en een betere afstemming tussen verschillende inkopers, dat wil zeggen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten.

Qua financiering (contractering dan wel bekostiging) moet de beweging worden versterkt:

- > **Van aanbod georiënteerd naar mensgericht en waarde-gedreven.** Dit betekent meer aandacht voor preventie en vroegsignalering, meer tijd voor de mens, samen beslissen en keuzehulp en het belonen van goede zorguitkomsten. Er bestaat in de huidige praktijk immers nog te vaak een (indirecte) volumeprikkel.

- > **Van de bekostiging van monodisciplinaire zorg naar het belonen van integrale zorg.** Het moet gaan om het belonen van de meerwaarde van elke betrokken professional, van onderlinge consultatie, van samenwerking binnen en buiten het eigen domein en het opzetten van netwerken met de zorgvrager. Er vindt in de huidige praktijk bovendien nog te veel dubbele diagnostiek en stapeling van behandelingen plaats, terwijl in andere gevallen mensen juist tussen wal en schip vallen.

- > **Van fragmentatie naar samenwerking op basis van een gedeeld beeld.** Op basis van een beeld van de gezondheidssituatie in een regio en het bestaande zorgaanbod, wordt focus en richting bepaald in het aanbod van zorg en ondersteuning en wordt het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten daarmee in lijn gebracht. Dit geldt in het bijzonder voor kwetsbare mensen die langer thuis wonen en voor wie de zorg op- en afschaalbaar moet zijn, als hun situatie of die van de mantelzorger erom vraagt.

- > **Van financiering van de status quo naar de financiering van nieuwe zorgvormen.** Het gaat niet om de financiering van de instelling maar om de financiering van passende zorg. Als er nieuwe zorgvormen zijn, moet de betaling van verouderde behandelwijzen vervallen. Als zorg dichtbij mensen mogelijk is, moet de vergoeding voor ziekenhuiszorg vervallen. Sommige complexe zorgvormen vragen om contractering gericht op concentratie. Gebeurt dit onvoldoende, dan moet de overheid deze beweging doorzetten.

- > **Samengenomen kan langs deze weg een ander zorglandschap ontstaan.** Het gaat niet om de financiering van instellingen noch de huidige organisatie van de zorg, maar om de financiering van de juiste zorg, dichtbij waar het kan en verder weg als

dit beter is. Het is aan de inkoopende partijen om op deze transformatie te sturen. Meerjarige contractering kan ondersteunend zijn aan afspraken gewenste groei dan wel onvermijdelijke krimp.



Wat moeten we doen?

Innovatieve inkoopvormen kenmerken zich door hun contextgebondenheid, een proces van gezamenlijk verkennen en leren en goed meten of het werkt (business cases). Het is beslist niet zo dat een bepaalde vorm die op één plek werkt, ook op een andere plek werkt en vice versa. Sterker nog: we hebben gezamenlijk baat bij diversiteit en dynamiek.

Naar mensgerichte en waardegedreven financiering

- > De zorg is vaak nog te sterk gericht op ziekte en behandeling in plaats van op het bevorderen van gezondheid. Meer **kijk- én luistertijd** voor cliënten/patiënten in het sociale en medische domein betekent ook meer aandacht voor leefstijladviezen, preventie en vroegsignalering. En ook ruimte om te bepalen of mensen hun eigen beperkingen kunnen managen dan wel welke zorg en ondersteuning op welke plek het meest passend is. Meer tijd voor het bespreken van keuzehulp en samen beslissen leidt ook in de medisch-specialistische setting tot meer zinnige en zuinige zorg, waarbij terugverwijzen naar de eerste lijn of niet-behandelen ook belonende opties moeten zijn.
- > De eerste ervaringen met langere consulten bij huisartsen zijn gunstig: positieve patiëntenervaringen en minder doorverwijzingen. Een verdergaande stap is om het gewicht van consulten in de bekostiging van huisartsenzorg te verminderen en het gewicht van bekostiging op basis van de ingeschreven populatie te vergroten. Het uiteindelijke doel moet zijn om huisartsen te belonen voor het realiseren van vooraf afgesproken **zorguitkomsten**. Dit kan de praktijkvariatie verminderen en stimuleert huisartsen de samenwerking met anderen op te zoeken.
- > Met de komst van een **nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging** op basis van inzicht in zorgzwaarte, moet het in de toekomst mogelijk zijn om met vaste bedragen (per onderscheidende cliëntprofielen) te werken in combinatie met afspraken over de kwaliteit. Dit laatste is van belang om selectie van patiënten en te weinig zorg te voorkomen. Deze combinatie vermindert ook de aantrekkelijkheid van niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van de huidige situatie. Niet-gecontracteerde partijen compenseren het lagere tarief nu vaak met een hoger

zorgvolume. Dit is onwenselijk omdat hierdoor de kosten per cliënt hoger komen te liggen en de zelfredzaamheid van mensen minder wordt bevorderd.

Naar het belonen van integrale zorg

- > Binnen het medische domein kunnen eenvoudige interventies de **samenwerking** een stuk verbeteren. Goede voorbeelden die nog beter benut kunnen worden zijn het meekijkconsult en korte consultaties tussen de huisarts en de specialist. Ook zal op steeds meer plaatsen de specialist op afroep beschikbaar zijn of een spreekuur houden bij de huisartsenpost of in een anderhalve lijnscentrum. Ook het schuiven van ziekenhuiszorg naar een plek dichtbij de patiënt past in deze beweging.
- > Huisartsen kunnen ook verwijzen naar het sociale wijkteam door middel van **“welzijn op recept”**. Om de brede triage en vervolgsamenwerking te bevorderen kunnen inkopers dit via één van de partijen financieren. Het organiserend vermogen is vaak nog te beperkt.
- > Voor electieve zorg kan meer gebruik worden gemaakt van **bundels van DBC's**, waarin zowel voor- als nazorg wordt opgenomen. Denk daarbij aan heup- en knie-artrose, staar, reuma, wondzorg of borstkanker. Hierbij wordt één partij financieel verantwoordelijk voor de geleverde zorg en de uitkomsten. Bij een gegeven prijs zullen de kosten in het ziekenhuis dan wel de zelfstandige behandelkliniek lager worden en zijn verschuivingen naar de eerste lijn, paramedie en de thuissituaties te verwachten.

- > In deze voorbeelden vindt de declaratie plaats op het niveau van DBC's. Een voorbeeld waarin de DBC als declaratievorm is losgelaten is het experiment rondom de **integrale bekostiging** van geboortezorg. Hierbij zijn de DBC's, samen met eerstelijnszorg prestaties, vervangen door een beperkt aantal integrale multidisciplinaire prestaties. Voor deze prestaties spreken nieuw gevormde integrale geboortezorgorganisaties (IGO) tarieven af met zorgverzekeraars. De initiatieven in de geboortezorg hebben tot doel het stimuleren van samenwerking rondom de patiënt en een betere kwaliteit van zorg.
- > Bij **chronische ziekten** is ruimere ervaring opgedaan met integrale bekostiging voor astma, **COPD** en CVRM waarbij disciplines samenwerken. Zorgverzekeraars kunnen elkaar volgen bij de inkoop van deze bundels, waarbij de prijs van de bundel concurrentieel is. Dit model kan ook ontwikkeld worden voor bijvoorbeeld kwetsbare mensen of andere chronische ziekten, zoals **nierinsufficiëntie**, waarbij vaak ook paramedische zorg kan worden opgenomen. Bovendien kunnen voor deze aandoeningen aanzienlijke **efficiency-voordelen** worden geboekt door zorg “uit de muren” van het ziekenhuis te halen en dichterbij mensen te organiseren met digitale ondersteuning.
- > Daar waar chronische ziekten een sociale dimensie hebben dan wel gecorreleerd zijn met **sociale problematiek**, zouden gemeenten ook de betrokkenheid van welzijnswerkers kunnen vergoeden als aanvulling op een medische bundel. Dit bevordert ook de organisatie van integrale, persoonsgerichte zorg.

Naar samenwerking op basis van een gedeeld beeld

- > De inkoop van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten moet gericht zijn op het gewenste resultaat van de zorgverlening en/of ondersteuning en op de gezondheid of het welzijn van de mens. Dubbele inkoop moet worden voorkomen. Partijen maken een beeld van een regio, gemeente of wijk waarin zowel de gezondheidssituatie van de populatie als het zorgaanbod in beeld worden gebracht. Dit geeft focus en richting in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Landelijk wordt afgesproken *dat* dit gebeurt, niet *hoe* het moet gebeuren en *wat* er wordt afgesproken.
- > Het is gewenst dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten investeren in een goede **business-case** voor zinnige en zuinige zorg en ondersteuning. De betrokkenheid van financiële partijen zoals banken, pensioenfondsen en InvestNL kunnen hierbij nuttig zijn als ook ervaringen met innovatieve instrumenten en *social impact bonds*.
- > De inventarisatie van alle lopende samenwerkingsprojecten en –initiatieven tussen financiers laat zien dat er al veel gebeurt, maar nog vooral kleinschalig en experimenteel. Het is van belang het **organiserend vermogen** te versterken en succesvolle werkwijzen op te schalen. Zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen niet met alle gemeenten afzonderlijk een samenwerking opbouwen, maar dat is wel mogelijk op regionaal niveau. In een regio ligt het voor de hand dat de grootste verzekeraar, het desbetreffende zorgkantoor en een representatie van de relevante gemeenten het voortouw nemen. Andere partijen proberen hen daarin te volgen, gegeven hun eigen verantwoordelijkheid richting hun inwoners en verzekerden.

- > De financiers kunnen ook het organiserend vermogen en de regie *on the ground* versterken door **niet-cliëntgebonden taken** zichtbaar te vergoeden als onderdeel van de contractering. Deze zijn onontbeerlijk om domeinen en disciplines met elkaar te verbinden, denk aan coördinatie- en schakeltaken. Een goed voorbeeld hiervan is de module zorginfrastructuur van Menzis binnen de bekostiging van de wijkverpleging.
- > Goede samenwerking is zeker bij **acute zorg** van groot belang. Het functioneren van de ROAZ verdient versterking, waarbij ook inkopers aanschuiven als dat nodig is. Eerder is afgesproken dat zorgverzekeraars, in overleg met zorgaanbieders, zorg dragen voor het regionaal beschikbaar komen van één ‘loket’, waar huisartsen en ziekenhuizen te allen tijde terecht kunnen wanneer zij een bed zoeken zowel voor (vervolg)zorg na ontslag uit het ziekenhuis of voor instroom direct vanuit de eerste lijn. Er wordt op veel plaatsen hard gewerkt aan het opzetten van een dergelijk ELV-coördinatiepunt. Het is belangrijk dat deze punten uiteindelijk niet alleen betrekking hebben op het ELV, maar ook op andere vormen van (vervolg) zorg, zoals geriatri-sche revalidatiezorg en langdurige zorg.

Samenwerking gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren

- > De intensievere samenwerking moet ook gaan over **data-uitwisseling** en datagericht te werken. Dit is belangrijk voor een goede hulp- en zorgverlening door professionals. Wat weten we samen van de sociaal-medische situatie van mensen in een wijk en hoe kunnen we daarop acteren, ieder vanuit zijn expertise en ervaring? Goede voorbeelden zijn de uitwisseling van informatie over wanbetalers in de Zvw aan gemeenten en de Vindplaats

Vroegsignalering van het Bureau KredietRegistratie (BKR) om meer aandacht te hebben voor de samenhang van schulden en medische problemen.

- > Ook inkopers zijn gebaat bij een betere uitwisseling en koppeling van gegevens. Dat geldt bijvoorbeeld voor een beter inzicht in het gebruik van de Wmo en Zvw, de instroom in de Wlz per gemeente en de gemiddelde zwaarte van de instroom. Een aanbeveling is om een verkenning te doen hoe het Wmo-budget kan meebewegen met het aantal mensen dat naar de Wlz gaat: hoe minder kwetsbare mensen naar Wlz gaan, hoe meer mensen immers Wmo zorg nodig hebben. Daarbij kan ook worden gezien hoe gemeenten bij een hogere Wlz-instroom een deel van die extra last kunnen dragen (**Deense model**).
- > De afbakening tussen maatschappelijke ondersteuning en gezondheidszorg is per definitie arbitrair. Dit betekent tegelijk dat iedere grens verdedigbaar is, ook in de bekostiging. De huidige wijze van bekostigen vormt *an sich* geen belemmering. Wel verschillen partijen soms van mening over wat onder wiens verantwoordelijkheid valt. Dit vraagt om verduidelijking van de grenzen van de domeinen op specifieke thema's (voorbeeld: handreiking beoordelingsfunctie). Door het tijdelijk subsidiëren van projectkosten kunnen gemeenten en zorgverzekeraars de verantwoordelijkheden en de inkoop goed op elkaar afstemmen en vaststellen of er taken en activiteiten tussen wal en schip vallen. De huidige **preventiecoalities**  zijn een goed voorbeeld: gemeenten en zorgverzekeraars slaan de handen ineen met een bescheiden Rijkssubsidie voor de ondersteuning van de samenwerking.
- > In plaats van financieringsschotten te willen slechten lijkt het productiever de totstandkoming van '**intelligent interfaces**' te

bevorderen die de cliënt/patiënt en de zorgprofessionals doen vergeten dat er verschillende domeinen zijn. Dit zijn bepaalde vormen van dienstverlening die de administratieve en bureaucratische last van de schotten voor hun rekening nemen of zelfs de verschillende vormen van zorg verbinden en coördineren ("integrators"). Inkopers zouden dergelijke initiatieven gezamenlijk kunnen financieren, waarbij rekening wordt gehouden met waar de baten landen.

- > Daarnaast is onderzoek gewenst naar de wenselijkheid en mogelijkheden om budgetten uit de verschillende domeinen te **poolen** omwille van integrale zorg. Het zou mogelijk moeten zijn om over en weer in elkaar te investeren op basis van een business-case of een programma moet mogelijk worden.
- > Ook kan het experimenteerartikel in de Wet langdurige zorg uitkomst bieden. Dit biedt de mogelijkheid om een experiment te starten dat tot doel heeft de verzekeren een integraal, afgestemd pakket aan zorg en ondersteuning te geven in plaats van dat dit uit de afzonderlijke domeinen wordt gefinancierd.

Naar financiering van nieuwe zorgvormen

- > Zorg op een bepaalde plek zou in principe alleen mogen worden bekostigd als deze echt **meerwaarde** heeft voor de patiënt. Veel diagnose-stelling en behandeling worden nog te vaak in een ziekenhuissetting verricht, terwijl dit op een andere plek doelmatiger kan zonder aan kwaliteit in te boeten. Denk aan de optometristen die oogcontroles overnemen van de oogarts, de mondhygiënisten die specifieke taken overnemen van de tandarts en het overbrengen van anti-stollingszorg van de trombosediensten naar de eerste lijn.

- > Het is gewenst dat wordt geselecteerd welke vormen van zorg zich, vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid, lenen voor een dergelijke verschuiving naar een andere plek, bijvoorbeeld in de thuissituatie, naar een ander domein of via zorg op afstand met behulp van e-health. Hierbij wordt gekeken hoe deze zorgverlening dichterbij huis en op termijn alleen in de gewenste setting wordt vergoed. Dit kan bijvoorbeeld door de gewenste behandeling op te nemen in de kwaliteitsstandaarden en richtlijnen, of door het vaststellen van een lagere prijs in de contractering.
- > Naast aandacht voor zorg op afstand in de contractering, moet in de bekostiging geen belemmering vormen. Er zijn al prestatiebeschrijvingen voor e-consulten en meekijkconsulten. Belemmeringen in de bekostiging moeten waar mogelijk worden weggenomen en kennis over mogelijkheden om digitaal ondersteunde zorg te declareren moet worden vergroot.

Naar contractering van een ander zorglandschap

- > De vormgeving van het zorglandschap moet gebaseerd zijn op de zorgbehoefte en niet op het huidige zorgaanbod. Inkopende partijen hebben een belangrijke rol om op deze transformatie te sturen via het afsluiten van **meerjarige contracten**. Door een meerjaren perspectief krijgen zorgaanbieders meer zekerheid en kunnen de financiële consequenties van de transitie worden beperkt of over meerdere jaren worden uitgesmeerd. Zorgaanbieders die geen onderdeel willen zijn van de transformatie krijgen een soberder en korter contract aangeboden dan partijen die anticiperen en meedoen in de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek.

- > Een best practice is om zorgaanbieders te laten meedelen in de besparingen die optreden tegen een vooraf overgekomen projectie van de zorgkosten (**shared savings**). Daarnaast is het belangrijk dat er meer prikkels komen om gecontracteerde zorg te leveren en niet-gecontracteerde zorg te ontmoedigen. Ongecontracteerde zorg ondermijnt de coördinatie van een beter en doelmatiger ingericht zorglandschap.
- > Ook voor **diagnostiek** geldt dat deze op de juiste plek moet worden geleverd, vanuit een integraal oogpunt. Nu vindt nog te vaak dubbele diagnostiek plaats tijdens de zorgreis van een patiënt. Dit is niet alleen belastend, maar ook duur. De organisatie van diagnostiek is te verbeteren door minder aanbieders in te kopen, een ontkoppeling van front- en back office voor laboratorium-diagnostiek, slimme samenwerking, een uniform kwaliteitskader voor integrale diagnostiek en door de diagnose-informatie op te nemen in de persoonlijke gezondheidsomgeving van de patiënt. Een voorbeeld is dat de komst van direct werkende orale anti-coagulantia (Doac's) tot gevolg heeft dat er geen toekomst meer is voor de huidige trombosediensten zoals we die nu kennen. Een deel van die capaciteit kan worden ingezet om meer ziekenhuiszorg thuis te leveren.
- > Sturing is ook zeker nodig op de organisatie van de **acute zorg**. Bij de acute ggz, te weten triage, beoordeling en crisisbehandeling in de eerste 72 uur, kan een model als bij de ambulancezorg worden gehanteerd om een goede organisatie van de beschikbare zorg voor deze specifieke groep te garanderen. Ook in de medische zorg kan de organisatie van de spoedeisende hulp worden verbeterd, resulterend in meer concentratie.
- > Ook ten aanzien van **complexe zorg** is het gewenst om tot meer schaalvoordelen te komen. Zorgverzekeraars hebben

daarbij een cruciale rol. De Martini-Kliniek in Duitsland heeft bijvoorbeeld laten zien dat een hoog volume van behandelingen van prostaatkanker tot een daling van complicaties heeft geleid en daarmee tot betere uitkomsten voor de patiënt. Dit betekent ook herkaveling in de derde en tweede lijn.

- > Concentratie van het aanbod is soms ook gewenst om een kosteneffectieve introductie van **nieuwe zorgvoorzieningen** (medische apparatuur) te realiseren. Individuele zorgverzekeraars kunnen in hun contractering sturen op concentratie. Het is hierbij van belang in te zetten op een vergroting van de transparantie van kwaliteit, zodat beter inzichtelijk is of en wanneer concentratie van bepaalde zorgvormen leidt tot meer kwaliteit en/of minder kosten. Dit helpt ook om de samenwerking binnen de kaders van de Mededingingswet vorm te kunnen geven.
- > Een verdergaande stap is dat de overheid op basis van objectieve criteria de capaciteit reguleert door bepaalde zorgvoorzieningen aan een **vergunningsplicht** te onderwerpen (Wet op bijzondere medische verrichtingen, Wbmv). De overheid stelt een verkenning op van waar dat wenselijk is.

Zoals aangegeven zijn er veel vormen van innovatieve contractering mogelijk gegeven de huidige bekostiging en lopen er ook diverse experimenten en pilots, terwijl in specifieke gevallen, zoals bij het experiment integrale geboortezorg de bekostiging ook helpt om een betere organisatie van de zorg van de grond te krijgen. Een actueel voorbeeld daarvan is de ontwikkeling van een betaaltitel voor de **gecombineerde leefstijlinterventie** . Deze ondersteunt niet alleen de inkoop door zorgverzekeraars, maar versterkt ook de samenwerking tussen het medische en sociale domein.

Waar in de praktijk zien we een begin van de beweging?

Innovatieve contractvormen

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders sluiten steeds vaker een meerjarencontract af. Een gezamenlijke toekomstvisie maakt het makkelijker om afspraken te maken over het beschikbaar houden van zorg, de kwaliteit van zorg te verhogen, de kosten te beheersen en de dienstverlening voor de verzekerden en patiënten te verbeteren. Daarnaast biedt het beide partijen vaak meer financiële zekerheid en ook tijd en energie aangezien er niet meer jaarlijks onderhandeld hoeft te worden.

Een greep uit de voorbeelden zoals deze in de praktijk voorkomen:

- > Zorgverzekeraars CZ en GGZ Eindhoven hebben een driejarig contract afgesloten. De meerjarenafspraken zijn gebaseerd op een **gezamenlijk streven van gepersonaliseerde zorg in ketens**, waarbij de regie zoveel mogelijk bij de cliënt zelf komt te liggen. Door middel van verdergaande digitalisering van de zorg willen beide organisaties een impuls geven aan het vergroten van de autonomie en keuzevrijheid van de burger. De overeenkomst stelt de GGZ Eindhoven in staat de toepassing van e-health verder uit te bouwen en te versnellen, doordat CZ financiële ruimte biedt voor innovatie. Partijen hebben het vertrouwen dat cliënten hierdoor meer tevreden zullen zijn met de behandeling en ondersteuning die zij ontvangen. Tegelijkertijd is het doel van de overeenkomst het vergroten van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ. (Meer informatie op: <https://www.skipr.nl/actueel/id33516-cz-en-gg-z-sluiten-meerjarencontract-over-e-health.html>)

- > Zorgverzekeraar VGZ en thuiszorgorganisatie Omring Noord-Holland Noord hebben een meerjarencontract afgesloten voor de zorgverlening aan ouderen en chronisch zieken in Noord-Holland Noord. Zij zoeken ook samenwerking met ziekenhuizen en huisartsen in de regio. De afspraken gaan niet alleen over aantallen en prijzen, maar vooral over het **verder ontwikkelen van een gezonde regio**, het verbeteren van de kwaliteit van ketenzorg en het inspelen op de toenemende zorgvraag. De gezamenlijke ambitie is om mensen langer en veilig thuis te laten wonen en om steeds meer complexe zorg thuis of dichtbij huis aan te bieden, ook daar waar een multidisciplinaire aanpak en inzet van hoogwaardige technologie nodig zijn. Omring en VGZ willen met de ziekenhuizen kijken hoe ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen en de ligduur kan worden verkort. Dat geldt ook voor mensen met een acute zorgvraag die op de SEH komen. (Meer informatie op: <https://www.skipr.nl/actueel/id33605-omring-en-vgz-gaan-meerjarige-samenwerking-aan.html>)
- > Zorgverzekeraar Menzis en zorgaanbieder Livio hebben voor de wijkverpleegkundige zorg in Enschede een contract voor drie jaar afgesloten. Met de afspraken willen zij de kwaliteit van de thuiszorg verbeteren en de stijgende zorgvraag door de vergrijzing in de regio in combinatie met een **steeds krappere arbeidsmarkt**, het hoofd bieden. Er wordt een vast bedrag per cliënt per week betaald. Hierdoor komt er ruimte voor de professional om maatwerk te leveren eventueel met inzet van technologie en wordt participatie door de cliënt en zijn sociale omgeving gestimuleerd. Bovendien dragen de afspraken bij tot minder regeldruk. (Meer informatie op: <https://www.skipr.nl/actueel/id33010-menzis-maakt-meerjarenafspraken-voor-rege-larme-wijkverpleging.html>)

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11

> Zorgverzekeraar Zilveren Kruis heeft met het Röpke-Zweers Ziekenhuis in Hardenberg (onderdeel van de Saxenburgh Groep) een contract voor drie jaar afgesloten. Zilveren Kruis stelt in de nieuwe afspraak middelen beschikbaar die de **verplaatsing van zorg naar de eigen omgeving** van de patiënt mogelijk maakt. Hierdoor kunnen onnodige opnames worden voorkomen. Zorg op afstand betekent ook dat eerder kan worden ingegrepen en bijgestuurd. Voor het ziekenhuis betekent dit dat andere eisen worden gesteld aan de organisatie en het gebouw. Door de zorg beter in te richten, zoals met het nieuwe zorgcentrum in Coevorden, kunnen mensen langer en zelfstandiger in hun eigen omgeving functioneren. Hiervoor wordt nauw samengewerkt met huisartsen en hun praktijkondersteuners. Meer informatie op: <https://www.skipr.nl/actueel/id31314-roepke-zweers-en-zilveren-kruis-sluiten-meerjarencontract.html>).

> Zorgverzekeraars Menzis en het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem hebben een contract voor drie jaar afgesproken met een waarde van € 500 miljoen. Het ziekenhuis krijgt de ruimte om te **groeien op een aantal speerpunt-aandoeningen**. Hiervoor gelden geen omzetplafonds. Echter, voor andere aandoeningen gelden doelmatigheidseisen. De winsten hieruit worden gedeeld (*shared savings*). Men blijft met elkaar in gesprek over veranderende omstandigheden die een impact kunnen hebben op de afspraken. Daarnaast hebben beide partijen in totaal acht *value based health care* projecten ingebracht. Beoordeling hiervan vindt plaats op basis van vooraf bepaalde uitkomstcriteria. Bij een aantal gaat het om bundelafspraken: één bedrag voor het hele zorgtraject. Het ziekenhuis maakt ook afspraken met huisartsen over netwerkgorg: waar kan zorg het beste geleverd worden en wie doet wat? Ook is er financiële ruimte om te experimenteren met e-health, telemonitoring en zorg aan huis.

Meer informatie op: <https://www.zorgvisie.nl/rijnstate-wil-kliniek-van-de-toekomst-worden-menzis-helpt>

> **Santeon** (een keten van zeven topklinische ziekenhuizen) heeft met zorgverzekeraars Menzis, CZ en Multizorg (een inkoopcombinatie van zorgverzekeraars Eno, Zorg en Zekerheid en ONVZ) contracten voor een duur van drie jaar afgesloten voor de levering van **borstkankerzorg**. Alhoewel de contracten onderling verschillen, zijn deze allen gebaseerd op het principe van *Value based healthcare*. Dat betekent dat uitkomsten in de vorm van gezondheidswinst of kwaliteit van leven voor de patiënt leidend zijn. Santeon meet de uitkomsten die de basis vormen voor een continue verbeterproces. Er is afgesproken dat de zorgverzekeraars inzicht krijgen in de kwaliteitsverbeteringen en deze ook blijven monitoren. De best practice van het ene ziekenhuis wordt direct door een ander Santeon-ziekenhuis overgenomen. Meer informatie op: www.santeonvoorborstkanker.nl

Experiment “Ruimte voor resultaat” van zorgorganisatie Meander (Zuid-Limburg) geeft op een vernieuwende wijze invulling aan de **langdurige zorg aan ouderen** thuis op basis van de Zvw, Wmo en de Wlz. Vanaf 2016 wordt de wijkverpleging geboden op basis van één vast maandbedrag van ongeveer € 700,-. Zowel intern als extern is gestopt met het ‘uurtje-factuurtje’. Bij de zorgverlening is het vertrekpunt het bevorderen van de zelfredzaamheid. Hiervoor zijn alle medewerkers via het programma “Blijf actief thuis” (een samenwerkingsverband met de Universiteit Maastricht) geschoold in de nieuwe manier van werken. Deze nieuwe werkwijze leidt tot minder uren zorg per cliënt (een daling van circa 20%) en tevreden medewerkers en cliënten. Wanneer de zorg thuis op basis van de Wmo en Zvw tot onveilige situaties leidt, kunnen cliënten overstappen naar de Wlz-zorg thuis. Cliënten merken hier weinig van: ze houden

dezelfde zorgverleners en krijgen niet te maken met een eventuele terugval in uren. De Wlz-zorg wordt geleverd op basis van een volledig pakket thuis (vpt). Dit biedt de instelling de gelegenheid om met de inzet van financiële middelen tussen cliënten te schuiven.

> Bernhoven (een algemeen ziekenhuis in de regio Oss, Uden, Meierijstad) werkt sinds 2015 samen met Synchroon (de huisartsengroep in de regio) en CZ en VGZ (de twee grootste verzekeraars in de regio) vanuit een **strategie** waarin niet volume, maar de kwaliteit van **zorg** centraal staat. Bernhoven startte meer dan 100 verbeterinitiatieven om de zorgprocessen effectiever in te richten, vanuit het principe van zinnige zorg. Een essentieel uitgangspunt is het onderkennen van de rol en inbreng van de patiënt zelf in het zorgproces, onder andere in de vorm van gezamenlijke besluitvorming. Parallel aan de verbeterinitiatieven startte Bernhoven een veranderproces om de organisatie primair rondom de patiënt te organiseren. Bernhoven richtte de organisatie in op basis van vier zorgmodellen, te weten Acute Zorg, Diagnose & Indicatiestelling, Interventie Zorgstraten en Chronische Zorg. Acute zorg is een apart bedrijfsonderdeel omdat de dynamiek van acute zorg en electieve zorg sterk verschillen. Om de strategie te kunnen realiseren sloot Bernhoven meerjarencontracten af met VGZ en CZ (meerjarenafspraken met financiële borging voor de transitieperiode). En als onderdeel van de transitie voerde Bernhoven een nieuw governance-model in, waarbij de medisch specialisten binnen alle geledingen van het ziekenhuis leidinggevende posities bezetten. Daarbij kwamen de specialisten in loondienst en gingen zij financieel participeren in het ziekenhuis in de vorm van een converteerbare lening die – als de regelgeving dat toelaat – zal worden omgezet naar obligaties.

De resultaten: de DBC-omzet daalde in drie jaar (2015-2017) met 16% ten opzichte van het basisjaar 2014, terwijl het aantal unieke patiënten in deze periode met ruim 3% steeg. Het waarderingscijfer op Zorgkaart.nl steeg in deze periode van 8,4 naar 8,7 en het aantal mensen dat Bernhoven aanbeveelt aan familie of vrienden steeg van 77% naar 91%. De kostenbasis van Bernhoven daalde met bijna 4%. Een analyse van Vektis-data over 2015 en 2016 wijst uit dat in die jaren geen sprake lijkt te zijn van een verschuiving naar andere ziekenhuizen. Ook liepen de wachttijden niet structureel op. <https://www.bernhoven.nl/over-bernhoven/toekomstbestendige-zorg-voor-de-regio/>

- > Het OLVG en Zilveren Kruis zijn een samenwerking aangegaan op het gebied van **hiv-zorg**. Het OLVG krijgt de komende drie jaar een vast bedrag per patiënt per jaar. Het grote voordeel is dat er zo verder geïnvesteerd kan worden in een nóg betere kwaliteit van hiv-zorg. Het behandelteam heeft samen met haar patiënten de belangrijkste gezondheidsuitkomsten vastgesteld en monitort deze uitkomsten. In het hiv-behandelcentrum van het OLVG krijgt de patiënt een 360 graden behandeling waarbij niet alleen op hiv wordt gefocust. De patiënt krijgt in een vroeg stadium ook inzicht in bijkomende (bijvoorbeeld psychische en hartvaat) risico's. Onder leiding van een team van specialisten krijgt de patiënt vervolgens een maatwerkbehandeling. Door deze aanpak worden bijkomende risico's en daarmee gepaard gaande zorgkosten verminderd. Verbetert het OLVG de zorg door de gecoördineerde aanpak en dalen daardoor de kosten, dan mag het ziekenhuis een deel van de besparing behouden. Zo loont investeren in kwaliteit en beheersen ze samen de kosten. Met het contract is het mogelijk om de zorg die door meerdere organisaties geleverd wordt, in één keer in te kopen (zorgbundel, waarvoor dus geen aparte prestatiebeschrijving nodig is). Bij handhaving van het huidige kwaliteitsniveau mag

het OLVG een substantieel deel van de bespaarde zorgkosten investeren in verdere ontwikkeling van de hiv-zorg.

11

Sturen op transformatie

De kern van sturen op transformatie

Mensen moeten krachtig (kunnen) sturen op transformatie

Bestuurlijk commitment op nationaal niveau is nodig

Budgettaire kaders mogen knellen en moeten de beweging ondersteunen

Van afbouw van zorg “tussen de muren” naar opbouw van zorg dichtbij

Dit vraagt om tijdelijke transformatiemiddelen en investeringen in samenwerking

Ook de premiebetaler moet baat hebben bij de juiste zorg op de juiste plek

De juiste zorg op de juiste plek moet onderdeel zijn van de kwaliteitsstandaarden

Tim Kroesbergen aan het woord



“Mijn naam is Tim, ik heb broze botten en maak veel gebruik van e-health dat mij veel inzicht geeft in hoe het met mij gaat. Mijn zorgbehoefte is dat ik hulp nodig heb met opstaan, dus kleding aantrekken en wassen. En als ik naar bed ga hetzelfde liedje omgekeerd. En verder kan ik heel veel zelf.

Ik heb een apparaatje dat verschillende vitale tekenen van mijn lichaam kan meten. Temperatuur, hartslag en bijvoorbeeld het zuurstofgehalte in mijn bloed. Het maakt draadloos verbinding met mijn Iphone. Ik ben er heel blij mee dat als ik mij wat minder voel dat ik dan relatief eenvoudig de stand van zaken in mijn lichaam kan opnemen. Als ik me ongerust maak om iets en de uitslag is gewoon goed, dan geeft dat heel veel rust.

Door het platform “all of me” waar ik ervaringen kan uitwisselen met andere mensen met een handicap heeft mijn zelfvertrouwen een boost gekregen en voel ik me een beter mens. Waar ik wel tegenaan loop is dat veel doktoren er nog niet goed mee weten om te gaan of er totaal geen gebruik van willen maken. Het is nieuw, het is eng zeggen ze, en het gaat op de oude manier toch goed, dus het hoeft allemaal niet.

Ik denk dat de overheid e-health nog beter kan stimuleren door bijvoorbeeld artsen meer te onderwijzen van wat het kan brengen aan patiënten en wat het artsen ook op kan leveren. Als artsen bijvoorbeeld gebruik zouden maken van beeldbellen zouden patiënten niet zo ver hoeven reizen. Uiteindelijk worden we daar allemaal beter van!”

Transitie is het veranderen van structuren en verantwoordelijkheden. Transformatie is een andere manier van organiseren en een andere manier van werken met een ander vertrekpunt.

De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Er is al veel over gesproken, er zijn ideeën genoeg, er zijn op lokaal en regionaal niveau al veel mooie initiatieven. Dit rapport bevat een greep uit de vele goede en inspirerende voorbeelden waaruit blijkt dat de beweging vorm begint te krijgen. Maar er is meer voor nodig om een **brede beweging** tot stand te brengen om zorg te voorkomen, te verplaatsen en te vervangen in het belang van mensen.

Om de beweging te versnellen en te verbreden is het essentieel dat we anders naar ziekte, gezondheid en zorg gaan kijken én daarnaar handelen. Dat begint bij **mensen** zelf. Hoe mensen zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid, leren omgaan met hun beperkingen, hoe ze met informatie en advies hun functioneren proberen te verbeteren, hoe ze gericht ondersteuning en zorg vragen van hun omgeving en professionals. En ook geholpen worden als ze minder bekwaam zijn in zelfregie en zelfmanagement. Als dat de verwachting is, dan moeten we mensen ook in staat stellen om in dat gedrag te groeien. Door hen de kennis te geven over wat gezond zijn is: in het onderwijs, in voorlichting en als keuze-informatie tijdens een consult. We kunnen en willen niet wachten tot de kinderen die dat nieuwe onderwijs gaan krijgen, zorggebruikende ouderen zijn geworden. Dat duurt te lang. Ook aan de huidige

oudere generatie is de vraag: Wat doet u er aan om goed te kunnen blijven functioneren? Wist u dat uw leefstijl van grote invloed is op uw gezondheid en welzijn? Wat kunt u zelf doen en welke ondersteuning en zorg heeft u nodig?

Als mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid, moeten ze ook weten waar ze het over hebben. Ze moeten de beschikking hebben over hun eigen data. Ze moeten weten hoe het met hen gaat. Ze moeten “de drie goede vragen” stellen aan professionals. Niet op elke behoefte past een medisch antwoord en de beste zorg wordt niet per definitie in het ziekenhuis verleend. Kunt u de beperkingen accepteren en ondanks die beperkingen verder gaan in het leven? Waarmee en met wie bent u het meest geholpen?

Het is daarmee net zo belangrijk dat **professionals** gegrepen worden door het “waarom” van de verandering en zich aangesproken voelen in hun professionele ambitie. Dat ze de ruimte voelen, krijgen en nemen zorg te verlenen die integraal en persoonsgericht is. Elke professional en ook elke bestuurder moet zich de vraag stellen: Wat is mijn bijdrage aan het functioneren van mensen? Wat kan ik beter doen? Wat kunnen wij als organisatie beter doen? Hoe kunnen wij als organisaties samen meer betekenen voor de mensen in de wijk, gemeenten of regio. Dat gebeurt op basis van inzicht in de opgave in de regio.

Deze vragen stellen én oppakken is een opdracht aan eenieder. Sturen op transformatie, ieder in zijn eigen verantwoordelijkheid én samen, dat is het gevraagde **commitment**.

Gaan we dat commitment aan?

Dit rapport heeft de voorwaarden geschetst om de beweging op

het niveau van mensen, professionals en bestuurders verder te brengen. Met het juiste vertrekpunt, het juiste commitment en de juiste opgave is hun taak meerwaarde en samenwerking te zoeken en te vinden. Het gesprek met elkaar voeren, elkaar aanspreken en op meerwaarde prikkelen, de leeromgeving stimuleren, ervaringen uitwisselen, nieuwe initiatieven proberen, goede voorbeelden in de schijnwerpers zetten, steeds weer lessen trekken, lef en leiderschap tonen. Echte verandering is slechts mogelijk als steeds meer mensen zich de nieuwe benadering door ervaringsleren eigen maken. Het primaat ligt in de praktijk. Als nodig, kan de overheid dit proces ondersteunen en partijen bij elkaar brengen om verder te komen. Dit is de kern van de transformatie.

Hier zou de Taskforce eigenlijk ook een punt willen zetten. Tegelijkertijd is het nodig dat de kaders waarbinnen de zorg wordt verleend, georganiseerd en gefinancierd passen bij de transformatie en deze ondersteunen. En juist dat deze kaders ook knellen voor die partijen die geen onderdeel van de beweging willen zijn. Weg van het comfort van de status quo, geen incrementele veranderingen, maar echte verandering, investeren in de transformatie.

De kaders hebben betrekking op een bestuurlijk commitment en financiële kaders, kwaliteitskaders en wet- en regelgeving.

Bestuurlijk commitment en budgettaire kaders

Bestuurlijk commitment op nationaal niveau is nodig. Daarvoor zijn urgente redenen. Als we de zorg blijven organiseren zoals we dat nu doen, dan is er een steeds groter tekort aan professionals, wordt de rekening onbetaalbaar en helpen we de mensen te weinig die nu veel last hebben van de verkeerde zorg op de verkeerde plek. Doorgaan op dezelfde weg is geen optie en “duiken” wordt niet geaccepteerd.

Het vraagt om **commitment** van de bestuurlijke partijen om dit thema de komende jaren voortvarend op te pakken. De **budgettaire kaders** zullen zo vastgesteld moeten worden dat ze de transformatie ondersteunen. Enerzijds zullen die kaders dwingen, anderzijds moet de transformatie beheerst verlopen en vraagt deze ook om investeringen. De impact op professionals en organisaties is groot. Goed werkgeverschap en de druk op de arbeidsmarkt vragen om een adequate beloning voor personeel, goede scholingsmogelijkheden en het zo vlot mogelijk vervullen van vacatures. Daarnaast kan en moet een andere en slimmere manier van organiseren en werken, met de inzet van technologie, de productiviteit opstuwen.

De Taskforce reikt **bouwstenen** aan om richting te geven aan de transformatie. Het is aan de bestuurlijke partijen deze bouwstenen en de financiële implicaties ervan een plek te geven in hun besprekingen op landelijk niveau. Het is aan individuele organisaties om deze te betrekken bij de afspraken die ze op lokaal niveau maken. Niet bedoeld om een blauwdruk voor te schrijven, wel om richting en steun te geven aan de initiatieven die regionaal en lokaal vorm zullen krijgen. Met ruimte voor diversiteit en dynamiek.

De bouwstenen moeten worden afgezet tegen de trendmatige stijging van de zorguitgaven. Bij ongewijzigd beleid stijgt het zorgvolume tot 2025 met 2½ procent per jaar. Trekken we deze trend door naar 2025, dan ligt het zorg-volume in 2025 bijna 20 procent hoger dan in 2018. Dit is dus nog afgezien van de prijsontwikkeling in de zorg, die in de regel significant boven de inflatie ligt. Het **verbeterpotentieel**  is enorm.

Bouwstenen voor de transformatie

Patiënten zijn de eersten die op transformatie sturen. Door hulp anders te willen, moderne ICT te benutten, zich anders te bewegen door het aanbod van ondersteuning en zorg heen, hebben ze een krachtig stuur in handen voor de transformatie. Hun (ervaren) kwaliteit van leven vormt voor professionals de motivatie om de zorg anders te verlenen en te organiseren. Het is het toetspunt van de beweging om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren waarvoor de Taskforce onderstaande bouwstenen aanreikt.

A. Juiste zorg en ondersteuning in het wijknetwerk

- > In het Nederlandse systeem is de functie van poortwachter, traditioneel verbonden aan de rol van de huisarts; belangrijk en bewezen. Van medicalisering en hospitalisering worden mensen immers niet per definitie beter en is de zorg soms onnodig en duur. Die **poortwachtersfunctie** moet een brede verantwoordelijkheid worden van de huisarts, wijkverpleegkundige en het sociaal wijkteam, samenwerkend in een fysiek of virtueel wijknetwerk. Dit vraagt van deze partijen meer tijd voor vroegsignalering van kwetsbaarheden, meer tijd om samen met mensen hun onderliggende behoefte te bepalen en meer afstemming tussen professionals. Dit vergt extra financiering.
- > Datzelfde geldt voor aantoonbaar **meer tijd voor de patiënt**, de medisch specialist raadplegen en samenwerking in het wijknetwerk. Hoe dit in de praktijk vorm krijgt, verschilt per situatie. Er zijn verschillende opties: een kleiner aantal patiënten per huisarts(enpraktijk); niet-patiëntgebonden tijd uit handen nemen van de huisarts; praktijkondersteuners, physician assistants en verpleegkundig specialisten inzetten; de regeldruk verminderen, etc.

- > Meer financiering is ook nodig voor de **andere professionals in het wijknetwerk** om de extra taken zoals brede triage en meer integrale zorg goed te kunnen vervullen. Dan gaat het om het sociale wijkteam en het wijkverpleegkundige team. Het is ook belangrijk dat GGZ-hulpverleners en paramedici uitgenodigd en gestimuleerd worden betrokken te zijn bij het wijknetwerk. Zij vervullen essentiële taken in het realiseren van juiste zorg op de juiste plek, waarvoor financiering nodig is. De inzet van de professionals samen kunnen onnodige en dure zorg voorkomen en te vroege zorg of te lang durende zorg elders substitueren. Bij de inzet van extra middelen is het belangrijk te volgen of de beoogde doelen worden bereikt: meer samen werken aan een betere gezondheid van mensen.

B. Juiste plek voor chronische zieken en electieve zorg

- > Mensen met één of meer chronische aandoeningen krijgen de zorg en ondersteuning zo dicht als mogelijk bij de thuissituatie geleverd of op de plek waar ze zelf bij voorkeur zijn. Voor chronische zorg is thuis met gepaste technische en zorginhoudelijke ondersteuning de norm. Het is mogelijk een forse reductie **van de integrale kosten voor chronische ziekten te realiseren**. Het gaat dan in eerste instantie over COPD/astma, chronische hartaandoeningen en diabetes mellitus, nierinsufficiëntie en artrose.
- > Dit is mogelijk door een meer **integrale zorgverlening**, bijvoorbeeld door de zorg doelmatig en zonder rompslomp te organiseren, specialistische door generalistische zorg te vervangen (met snelle specialistische consultatie indien nodig); intramurale zorg en aandoeningsgerichte zorg door wijkgerichte, persoonsgerichte zorg te vervangen; zorg door medici te vervangen door zorg door verpleegkundigen en/of paramedi-

sche zorg; “fysieke” zorgverlening te vervangen door door E-health en/of blended care; en door zelfmanagement en informele zorg in plaats van zorgverlening door professionals.

- > Er wordt meer zorg “uit de muren” van de ziekenhuizen verschoven naar elders. We zien de traditionele ziekenhuizen (inclusief de polikliniek) zich ontwikkelen tot centra voor complexe zorg, waarbij een sterke concentratie en hoge volumes zorgen voor kwaliteit en doelmatigheid. Eén van de manieren hiervoor is om **laagcomplex electieve ingrepen** (zoals orthopedische, dermatologische en oogheelkundige ingrepen) steeds meer in gespecialiseerde centra in te kopen, met een sterke focus op kwaliteit en service.

C. Juiste plek voor kwetsbare ouderen

- > Mensen willen langer thuis wonen en zorg zo veel mogelijk thuis ontvangen. Dit vereist een brede vroegsignalering, gezamenlijke triage en effectieve samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige team en het sociale wijkteam in het wijknetwerk.
- > Daarbij kunnen ook de verantwoordelijken voor casemanagement dementie en paramedie worden betrokken. Hoe één en ander in de praktijk vorm krijgt, is afhankelijk van de lokale situatie. Feit is dat die samenwerking tijd en middelen kost.
- > Ingeval van acute situaties is samenwerking tussen professionals in het wijknetwerk, de huisartsenpost, de crisisdienst, de spoedeisende hulp (SEH) en aanbieders van intramurale vervolgzorg belangrijk. Ook dit leidt tot minder opnames in het ziekenhuis.

D. Juiste ziekenhuiszorg en juiste GGZ

- > Het functioneren van mensen, hun zorgbehoefte en omgeving zijn leidend voor de zorg. Met een betere focus op professionele meerwaarde en bewezen effectiviteit, consultatieve samenwerking, werken in ketens en netwerken, en minder praktijkvariatie hoeft er minder zorg tussen de muren van het ziekenhuis en de GGZ-instelling te worden verleend. Er is dan minder behoefte aan infrastructuur en facilitaire diensten waardoor besparingen mogelijk zijn.
- > De uitvoering van Samen Beslissen met keuzehulp, betere zorgevaluatie en de implementatie daarvan, *peer reviews*, de Beter Niet Doen lijst, opschaling en uitvoering van *Leading the Change*, het tegengaan van dubbele diagnostiek en vermijdbare schade en een scherpere inkoop zijn stuk voor stuk voorbeelden van activiteiten die kunnen bijdragen aan deze volumebeperking. Mensen worden daarbij niet minder geholpen. Wel wordt de zorg anders georganiseerd en op een andere manier verleend. De stijging in het volume van de ziekenhuiszorg wordt daarmee omgeboord.
- > De afgelopen jaren is het aantal bedden van de GGZ reeds substantieel teruggebracht. Uitgaande van de brede klinische capaciteit in de GGZ, dus inclusief de langdurige zorg en de Wmo, is een verdere daling van intramurale capaciteit mogelijk. Juist ook in de langdurige klinische GGZ is dit mogelijk indien langer durende ambulante zorg-op-maat wordt geleverd en woonvoorzieningen worden georganiseerd vanuit de Wmo.

E. Investeren van vrijgekomen middelen

- > In de eerste jaren zal de stijgende trend van de uitgaven aan ziekenhuiszorg worden bijgebogen en zijn er middelen nodig om instellingen te belonen die meegaan in de beweging van transformatie dan wel naar krimp. Meerjarencontracten waarin **tijdelijke transformatiegelden** zijn opgenomen kunnen dit proces faciliteren. Deze middelen zijn significant, maar ook tijdelijk en moeten echt resultaten opleveren. Het is niet de bedoeling om uitstel van transformatie te financieren, maar investeringen te doen in een ander zorgproces en een andere zorgverlening, inclusief de inzet van e-health toepassingen en digitaal ondersteunde zorg. Partijen die niet meedoen krijgen een soberder, vaak eenjarig contract aangeboden. Contracteren moet lonen ten opzichte niet-contracteren. Alleen binnen een contractuele relatie zijn immers goede afspraken te maken over kwaliteit en doelmatigheid.
- > Een deel van de vrijkomende middelen zal moeten worden ingezet voor het feit dat vermindering van ziekenhuiszorg voor een deel ook een verschuiving van taken naar de professionals in het **wijknetwerk** betekent. Dat vraagt om financiering van extra capaciteit. Bij kwetsbare ouderen vereist dit onder meer investeren in de samenwerking tussen betrokken partijen en de inzet van extra middelen voor ouderen met acute zorgvragen, zoals het eerstelijnsverblijf en crisiszorg. Ook in bredere zin vragen coördinatie en samenwerking om investeringen.
- > Bij de vermindering van intramurale GGZ-capaciteit is het essentieel dat middelen beschikbaar zijn voor adequate intensivering in ambulante zorg. **Ambulantisering** is meer dan het omzetten van bedden in ambulante capaciteit. De ambulante zorg moet aansluiten bij, of onderdeel zijn van

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11

het wijknetwerk. Brede multidimensionale expertise (op het gebied van psychiatrie, verslavingszorg, problematiek van verstandelijk gehandicapten, arbeidsparticipatie, sociaal-maatschappelijke problematiek e.d.) is hierbij nodig waardoor ook brede triage en integrale zorg mogelijk is. Uit de GGZ-proeftuinen in de wijk is gebleken dat bijvoorbeeld gezamenlijke huisvesting van professionals samenwerkingsprocessen bevordert. Gemeenten spelen een belangrijke rol bij het doen slagen van een integrale ambulantiseringssambitie voor de GGZ.

- > Een ander deel van de vrijkomende middelen moet worden ingezet voor het beheersbaar houden van de **premie-ontwikkeling**. De komende jaren ligt de verwachte stijging van de zorguitgaven boven die van de economische groei. Dat verschil zal daarna kleiner moeten worden om de betaalbaarheid op termijn te vergroten en de onderlinge solidariteit in de zorg in stand te houden.

Op basis van de voorstellen in deze rapportage geeft de Taskforce **concrete ambities** mee die mede richting kunnen geven aan het bestuurlijke commitment op de noodzakelijke transformatie.

Naar de juiste zorg op de juiste plek met de volgende resultaten in 2025:

- > Het landelijke volume van zorg binnen ziekenhuizen ligt in 2025 op het niveau van 2018. Dit is een trendbreuk, gegeven dat er, als we de ramingen van het CPB recht doortrekken, sprake is van een groei van het zorgvolume met ongeveer twintig procent over deze periode heen. De ambitie is dus om de groei van het volume geleidelijk om te buigen in een daling.

- > Een vergelijkbare vermindering van twintig procent van de intramurale GGZ-capaciteit, inclusief de klinische/intramurale capaciteit in de langdurige zorg en de Wmo.
- > Een substantiële verlaging van de kosten van laagcomplex electieve zorg, om te beginnen met vakgebieden als oogheelkunde en orthopedie.
- > Een reductie van de integrale kosten voor chronische ziekten met gemiddeld 25%, te beginnen met COPD/astma, chronische hartaandoeningen en diabetes mellitus, nierinsufficiëntie en artrose.
- > Onlosmakelijk verbonden met deze ambities is een substantieel deel van de vrijgekomen middelen te investeren in de versterking van de brede poortwachtersfunctie, het wijknetwerk met aansluiting van GGZ-professionals en paramedici, een sterke GGZ-ambulantiseringssagenda en tijdelijke gelden voor de transformatie van ziekenhuiszorg.
- > Het andere deel van de (structurele) besparingen wordt ingezet om de opwaartse druk op de premie te verminderen en het beslag op de economie en solidariteit te temperen.

Met deze ambities hebben mensen in hun rol als patiënt profijt van de juiste zorg op de juiste plek en in hun rol als premiebetaler profijt van een betaalbare premie.

Het juiste beeld van de gezamenlijke opgave

- > Om het bestuurlijke commitment op nationaal niveau ook decentraal handen en voeten te geven maken partijen een

gedeeld beeld van de sociale en gezondheidssituatie in een regio, gemeente of wijk. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zorgen dat dit samen met zorgaanbieders, professionals, patiënten en hun omgeving gebeurt. Voor welke domeinoverstijgende opgave staan we in deze regio: wat moet er gebeuren om in deze regio de juiste zorg op de juiste plek te organiseren en te leveren? Gegeven dit beeld maakt elke partij - gegeven zijn eigen verantwoordelijkheid - afspraken over zorgorganisatie en zorginkoop. De opgave geeft daarmee richting aan de inkoop door gemeenten, verzekeraars, en zorgkantoren en aan de manier waarop aanbieders zorg organiseren en professionals zorg verlenen. Professionals in het sociaal en medische domein moeten voldoende toegerust zijn om met deze opgave aan de slag te gaan.

- > **Op nationaal niveau** is het belangrijk dat er een bestuurlijk commitment is dat een dergelijke aanpak wordt gevolgd in de regio. Daarmee hebben partijen op nationaal niveau een stuwende kracht naar hun eigen achterban. Op nationaal niveau wordt niet afgesproken wát er precies in de regio wordt afgesproken en hoe het proces vorm krijgt. Als daar aanleiding voor is, kan de voortgang op landelijk niveau worden besproken.

Kwaliteitskaders

- > Verantwoordelijke partijen zullen met steun van het Zorginstituut bevorderen dat de verschillende **dimensies van de juiste zorg op de juiste plek in de kwaliteitsstandaarden** worden opgenomen. E-health-toepassingen, digitaal ondersteunde zorg en de elektronische uitwisseling van patiëntgegevens zijn cruciaal voor de juiste zorg op de juiste plek en daarmee voor de (ervaren) kwaliteit van de zorg. Maar deze thema's komen nog

slechts mondjesmaat voor in de standaarden. Dat geldt ook voor Samen Beslissen, focus op uitkomsten en samenwerking over de domeinen.

- > Een **specifiek kwaliteitskader voor veilige elektronische uitwisseling** van patiëntgegevens is nodig. Dit is een onontbeerlijke dimensie van kwaliteit. Professionals passen de standaard toe, bestuurders sturen op het resultaat, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op de naleving. Vervolgens kopen verzekeraars alleen die zorg in die voldoet aan de standaard. Via de bekostigingsregels van de NZa worden prikkels ingebouwd voor aanbieders om de informatiestandaarden daadwerkelijk te gebruiken.
- > Professionals, patiënten en inkopers stellen dit kader op; bij gebrek aan voortgang zet de overheid haar doorzettingsmacht via het Zorginstituut in. De financiële implicaties moeten in beeld worden gebracht en betaalbaar zijn.
- > Verder stimuleert de overheid de verbetering van de informatie-huishouding en informatiedeling tussen aanbieders via gerichte (financiële) interventies. Het afdwingen van **open standaarden** bij ICT leveranciers moet een impuls krijgen. Ook licht de overheid de **privacy-wetgeving** door op de vraag of deze de transformatie in de weg zit en helpt zo goed mogelijk bij het oplossen van de geconstateerde knelpunten.

Bekostiging, regulering en toezicht

- > Binnen de bestaande regels voor bekostiging zijn veel **innovatieve contractvormen** mogelijk om de transformatie te ondersteunen en te stimuleren. Een voorbeeld hiervan is om

met vaste bedragen per patiënt of patiëntengroepen te werken in combinatie met het meten van zorguitkomsten. Een ander voorbeeld is meer financiële armslag voor Samen Beslissen om onnodige vervolgzorg te voorkomen. Een herziening van de bekostigingssystematiek is tijdrovend en kostbaar en *alleen* gerechtvaardigd als dit vanuit praktijkervaringen nodig wordt geacht. Daarom stelt de Taskforce voor dat als partijen aanlopen tegen (vermeende) knelpunten in de bekostiging van de juiste zorg op de juiste plek ze deze bij een team van VWS en de NZa kunnen inbrengen om spoedig helderheid te krijgen of iets kan dan wel dat zo goed mogelijk een oplossing wordt geboden.

- > De Taskforce vindt dat als bepaalde diagnoses en behandeling dichterbij huis kunnen worden gedaan of daarnaar verschoven kunnen worden, deze dan in principe niet meer in de ziekenhuissetting uitgevoerd moeten worden. Ze beveelt aan dat een tripartiete werkgroep onderzoekt welke zorg in termen van DBC's, als sluitstuk van de inhoudelijke visie van professionals, verzekeraars en patiënten, in aanmerking komt om primair buiten het ziekenhuis te worden ingekocht.
- > Waar e-health toepassingen en digitaal ondersteunde zorg de norm worden, worden deze bekostigd in plaats van, of in combinatie met, traditionele zorgvormen. Inkopers van zorg en ondersteuning en zorgaanbieders hebben in de **contractering** standaard aandacht voor innovatieve mogelijkheden.
- > **Diagnostiek** (in brede zin van het woord) dient specifiek doorgelicht te worden. Er vindt nu veel dubbele diagnostiek plaats. Dat kan worden verminderd door in te zetten op een goede uitwisseling van informatie. Bovendien zijn de prijsverschillen niet transparant, al zijn er indicaties van aanzienlijke

prijsverschillen. Daarnaast kan de doelmatigheid sterk worden verbeterd. Er geldt momenteel een NZa-tarief in de eerste lijn en in de tweede lijn is diagnostiek onderdeel van DBC's. Wordt diagnostiek uit de DBC gehaald, dan vergroot dit de transparantie en daarmee de mogelijkheden tot besparing. Uiteindelijk kan een uniform tarief gelden voor de inkoop van diagnostiek, onafhankelijk waar deze plaats vindt: de juiste diagnose op de juiste plek.

- > Concentratie van aanbod is soms gewenst bij een aantal zorgvormen en nieuwe zorgvoorzieningen (medische apparatuur). Als dat niet kan binnen de sturingsmogelijkheden van verzekeraars, kan de overheid op basis van een onafhankelijk advies de capaciteit reguleren door bepaalde zorgvormen en zorgvoorzieningen aan een **vergunningsplicht** te onderwerpen (Wet op bijzondere medische verrichtingen, Wbmv). De overheid stelt een verkenning op waar deze interventie verder wenselijk is.
- > Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o. licht haar **toezicht** door op stimuleren van juiste zorg op de juiste plek (ook over de domeinen van de wetten heen en tevens gericht op netwerken). Het Zorginstituut doet hetzelfde met zijn kwaliteitsregulering.²⁰ Daarbij gaat het uiteindelijk vooral om de vraag hoe de alledaagse praktijk verandert en mensen echt iets gaan merken van de juiste zorg op de juiste plek.

²⁰ In 2018-2019 past het Zorginstituut het Toetsingskader aan. Tevens wordt geadviseerd dat het Zorginstituut de bestaande formuleringen over zowel de inhoud en organisatie van zorg en het inzicht in de uitkomsten van geleverde zorg aanpast. Dan kunnen de kwaliteitsstandaarden met de bijbehorende meetinstrumenten worden getoetst op de mate waarin zij ook bijdragen aan het leveren van de juiste zorg op de juiste plek.

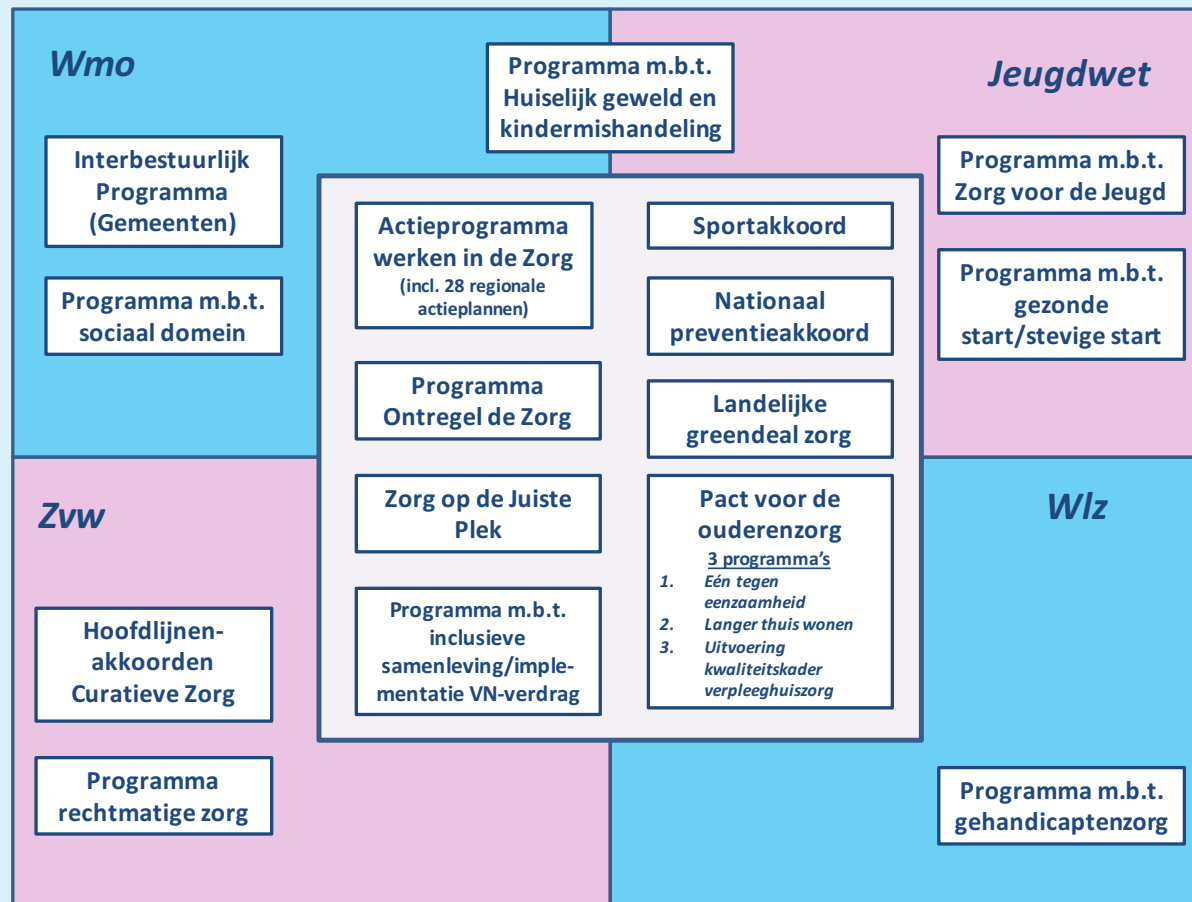
01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11

Het waarmaken van deze ambities gaat inzet vragen van patiënten, zorgprofessionals en bestuurders. Daar is lef voor nodig. Tegelijkertijd spreekt uit dit rapport dat die lef al op diverse plaatsen getoond wordt, met succes. De Taskforce roept alle partijen op de handen ineen te slaan en te helpen de transformatie een versnelling te geven en te doen slagen.

Wie doet er mee?

**De juiste zorg op de juiste plek.
Wie durft?**

Andere initiatieven

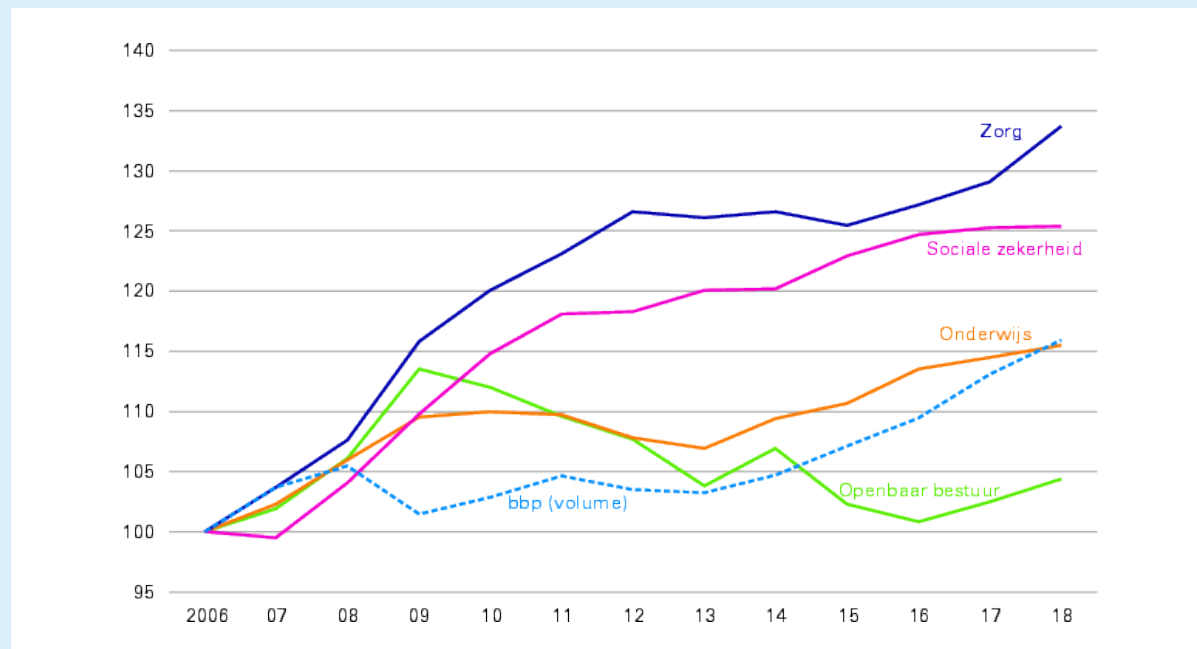


Zorguitgaven

Op dit moment zijn de totale zorgkosten al hoog. Die groeien van met 18 miljard naar 83 miljard in de periode 2017-2021 en daarna verder door. Nu betaalt iedere volwassene al gemiddeld € 5.721 per jaar aan zorg en dit zal tijdens de kabinetsperiode groeien met ca. € 1.250, ondanks de geplande besparingen.

Op de lange termijn kan deze uitgavengroei tot moeilijke situaties leiden. Enkele jaren terug berekende het CPB dat de zorgkosten kunnen oplopen tot 30% van het bbp in 2040 als de groei zou doorzetten.

Figuur 2 Ontwikkeling uitgaven (index, 2006=100)



Bron CPB; Ministerie van Financiën (Rijksbegroting 2018)

RIVM andere zorgvraag

Het RIVM illustreert dit aan de hand van kanker. “Tijdens de ‘acute’ fase van de ziekte ligt het zwaartepunt in de behandeling meestal op genezing en/of overleving. Naarmate de tijd vordert en de behandeling aanslaat, verschuift de focus naar het leven mét of ná de aandoening. Daarbij komen andere aspecten op de voorgrond te staan, zoals de effecten die de aandoening en behandeling hebben op de kwaliteit van leven. Veel (ex)kankerpatiënten kampen met concentratieverlies en chronische vermoeidheid, zenuwpijn (neuropathie), het hand-voetsyndroom (‘chemovoeten’) of het niet of moeilijk kunnen uitvoeren van dagelijkse bezigheden als wassen en aankleden.

Ook angst en depressie komen bij mensen die kanker hebben of hebben gehad relatief gezien vaker voor dan bij anderen. Volwassenen in deze groep hebben bijvoorbeeld relatief vaak te maken met relatieproblemen, blijvende arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Mensen die op jonge leeftijd voor kanker behandeld zijn, kunnen vaker niet goed meekomen op school, zijn later vaker werkloos en ongehuwd en wonen vaker bij hun ouders. Daarnaast is de impact van kanker op de naaste omgeving van de patiënt ook groot.”

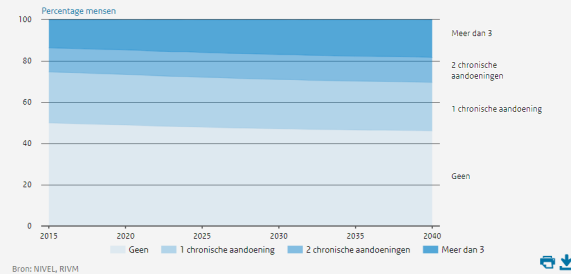
Bron: <https://www.vtv2018.nl/andere-zorgvraag>

Chronische aandoeningen

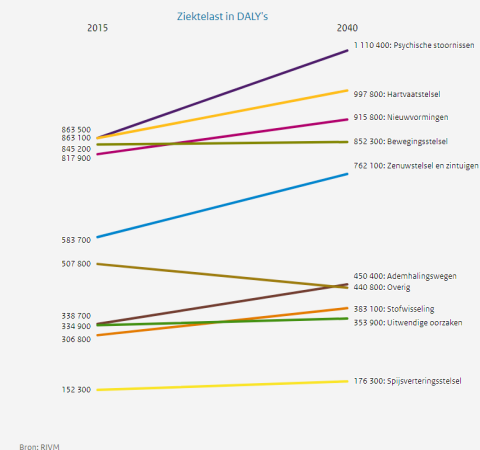
Door de bevolkingsgroei en de vergrijzing stijgt het percentage mensen dat bij de huisarts geregistreerd staat met één of meerdere chronische aandoeningen in het Trendskenario van 50 procent (8,5 miljoen) in 2015 naar 54 procent (9,8 miljoen) in 2040. Eén op de drie Nederlanders heeft dan twee of meer chronische aandoeningen, en bijna één op de vijf drie of meer. Het percentage mensen dat een enkele chronische aandoening heeft, daalt licht van 25 procent in 2015 naar ruim 23 procent in 2040. Het percentage mensen met meer dan één chronische aandoening neemt toe. Door de vergrijzing is er een toename van het percentage mensen met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit). Ouderen hebben namelijk vaker dan jongeren meerdere aandoeningen tegelijk.

De toename komt grotendeels voor rekening van de groep met drie of meer chronische aandoeningen. Voor deze groep zijn de percentages 14 procent (2,4 miljoen mensen) in 2015 en 18 procent (3,3 miljoen mensen) in 2040. In 2015 had 50 procent van de Nederlanders geen chronische aandoening. Dit percentage daalt tot 46 procent in 2040. Zowel in 2015 als 2040 zijn dit 8,4 miljoen mensen; omdat de bevolking groeit, blijft het absolute aantal gelijk, ondanks het dalende percentage.

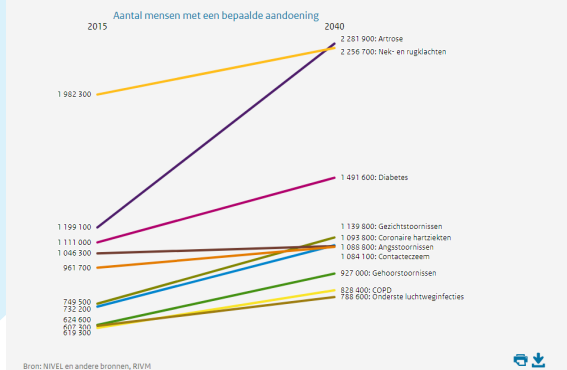
Eén op de drie Nederlanders heeft dan twee of meer chronische aandoeningen, en bijna één op de vijf drie of meer



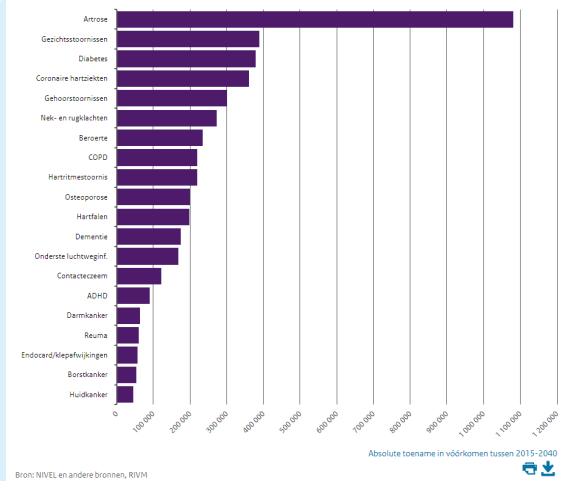
Net als in 2015 zijn psychische stoornissen en hart vaatziekten de diagnosegroepen die in 2040 de meeste ziekte last veroorzaken



Net als in 2015 komen in 2040 nek- en rugklachten, artrose en diabetes het meest voor



Artrose en diabetes behoren ook tot de grootste stijgers in aantal; daarnaast zal het aantal mensen met gezichtsstoornissen en coronaire hartziekten sterk toenemen tot 2040



Gezondheidsvaardigheden

http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_beperkte%20gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf

Samen Beslissen

- > Met Samen Beslissen wordt bedoeld dat zorgverlener en patiënt in een gezamenlijk proces, op basis van gelijkwaardigheid, beslissingen nemen over gezondheids- en behandeldoelen. Hierbij worden risico's, voor- en nadelen van de opties en de persoonlijke waarden en voorkeuren van de patiënt gedeeld.
- > Voorkeuren kunnen immers verschillen van persoon tot persoon; een muzikant zal er veel voor over hebben zijn gehoor te behouden. Iemand die het gevoel heeft dat het leven voltooid is, wil wellicht geen belastende chemokuur meer. Een vader of moeder van jonge kinderen kan er daarentegen alles voor over hebben om extra tijd van leven te krijgen.
- > Samen Beslissen is niet alleen een recht voor de patiënt. Het blijkt een effectieve vorm van communicatie te zijn: patiënten zijn beter geïnformeerd en ervaren achteraf minder twijfel en spijt over de beslissing. Samen Beslissen wordt nog niet standaard in de praktijk gebruikt.
- > Momenteel werkt het ministerie van VWS aan een plan van aanpak om de beweging voor Samen Beslissen en uitkomst informatie te verbreden en te versterken. Dat plan wordt in het voorjaar 2018 aan de Tweede Kamer gestuurd.

RIVM: Proeftuinen populatiegerichte aanpak korte synopsis¹

Om een duurzaam gezondheidssysteem te realiseren is samenwerking, verbinding en afstemming tussen preventie, zorg en welzijn vereist. In verschillende regio's in Nederland zijn experimenten gestart met een populatiegerichte aanpak, ook wel 'populatiemanagement' genoemd. Deze aanpak houdt in dat aanbieders van preventie, zorg en welzijn, zorgverzekeraars, gemeenten en burgers zich samen inzetten voor het verbeteren van de gezondheid van de populatie, de kwaliteit van de zorg en het beheersen van de kosten ('Triple aim').

In 2013 zijn door het ministerie van VWS, op voordracht van de zorgverzekeraars, negen van dit soort regionale samenwerkingsverbanden aangewezen als proeftuin 'betere zorg met minder kosten'. De ontwikkelingen en ervaringen van deze proeftuinen worden door het RIVM in kaart gebracht met de Landelijke Monitor Proeftuinen (LMP). Maar de proeftuinen staan niet op zichzelf; zowel binnen de regio als erbuiten vinden vergelijkbare initiatieven plaats, waardoor steeds meer eerste- en tweedelijnszorgverleners met deze populatiegerichte aanpak te maken krijgen. De initiatieven variëren in focus en grootte, van bijvoorbeeld een initiatief op wijkniveau tot een populatiegerichte aanpak op gemeentelijk niveau. De ontwikkelingen binnen deze initiatieven lijken in grote lijnen overeen te komen met de ontwikkelingen binnen de proeftuinen.

Proeftuinen zijn adaptieve netwerken

De proeftuinen zijn regionale netwerken die in 2013 voornamelijk zijn gevormd rondom zorgaanbieders, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van (potentiële) zorgvragers. Deze netwerken zijn in de meeste regio's geleidelijk aan uitgebreid met partijen uit het sociale domein, zoals gemeenten en welzijnsorganisaties. Zo verkent de proeftuin *Gezonde Zorg*, *Gezonde Regio* (GZGR) op welke wijze ze kunnen samenwerken met de gemeente, wordt binnen de proeftuin *Blauwe Zorg* een gezamenlijk wijkinitiatief geïntroduceerd door de gemeente, zorgaanbieders en zorgverzekeraar en implementeert de proeftuin *MijnZorg* een aantal interventies voor kwetsbare ouderen samen met gemeenten en welzijnsorganisaties. In *Vitaal Vechtdal* zijn ook werkgevers en scholen aangesloten. Binnen de proeftuinen worden door de tijd heen verschillende structuren ingezet om sturing te geven aan de realisatie van de Triple Aim. In 2013 hadden alle proeftuinen een stuurgroep waarin ambities zijn geformuleerd en afspraken zijn gemaakt over elkaars activiteiten in het belang van de Triple Aim. Begin 2017 is deze rol van de stuurgroep in een aantal proeftuinen aangepast vanwege het grote aantal actoren, het verschil in belangen tussen concurrerende zorgaanbieders en/of het gebrek aan mandaat van de afgevaardigde bestuurders.

Steeds bredere scope aan interventies

De proeftuinen zijn in 2013 begonnen met zowel zorginhoudelijke interventies, waarvan het merendeel op het curatieve domein was gericht. De eerste interventies varieerden van doelmatig voorschrijfgedrag en anderhalvelijnszorgtrajecten, tot het mensen bewust maken om tijdig de (zorg)wensen voor de laatste levens-

fase te formuleren. Kenmerkend voor de interventies vanuit de proeftuin is, dat ze met drie of meer partijen zijn (door)ontwikkeld en geïmplementeerd. Naast de zorginhoudelijke projecten zijn sinds 2013 ook randvoorwaardelijke interventies/projecten gestart, bijvoorbeeld gericht op nieuwe bekostigingsvormen, gezamenlijke data-infrastructuur en het ontwikkelen van een gedeelde toekomstvisie. In toenemende mate worden vanuit de proeftuinen domeinoverstijgende interventies ontworpen en geïmplementeerd, zoals experimenten met het sociale wijkteam en een preventieprogramma van gemeente en zorgverzekeraar.

Financiering en bekostiging

Proeftuinen hebben vooralsnog volumegedreven bekostiging voor de interventies. Bij een aantal proeftuinen zijn voor een specifiek project rondom farmacie afspraken gemaakt over shared savings. De introductie van deze en andere bekostigingsvormen in lijn met de Triple Aim, vergt een lange adem en de voor- en nadelen moeten goed worden gemonitord om bijsturing mogelijk te maken. Hoewel kennis en data benodigd zijn voor nieuwe bekostigingsvormen, is het ook van belang te investeren in vertrouwen en leiderschap om stappen te kunnen zetten.

¹ De synopsis is gebaseerd op:

- > RIVM, 2017. Factsheet 'Proeftuinen populatiegerichte aanpak: nu en in de toekomst'
- > RIVM, 2017. Factsheet 'Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars'
- > RIVM, 2018. Factsheet 'Evaluatie preventie in het zorgstelsel: samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars in 2017'.

Zichtbare resultaten zijn topje van de ijsberg

Tot nu toe zijn er in de proeftuinen specifieke interventies ingezet met een kleine scope (projecten rondom doelmatig voorschrijven) en beperkte doelgroep (bijvoorbeeld diabetespatiënten). Het merendeel van de bestuurders verwacht dan ook niet dat in 2018 (vijf jaar na aanvang van de proeftuinen) een verbetering in de Triple Aim zichtbaar is, wanneer de populatie van de gehele regio wordt geanalyseerd. Wel verwacht men positieve effecten op de Triple Aim bij specifieke interventies en subpopulaties. Daarnaast, onder de waterspiegel, is veel bereikt en geven bestuurders aan dat er een basis is gelegd van een nieuwe (samenwerkings)cultuur vanuit een gedeelde ambitie en visie, nieuwe structuren en afspraken (zoals bijvoorbeeld shared savings) alsook een daadwerkelijk andere manier van het aanbieden van preventie, zorg en welzijn. Hierdoor is de verwachting dat het eenvoudiger zal zijn om nu de al geïmplementeerde interventies uit te breiden naar een grotere doelgroep en naar meer zorgaanbieders. Daarnaast verwacht men door het gerealiseerde samenwerkingsverband ook kortere lijnen te hebben tussen organisaties waardoor nieuwe projectideeën versneld kunnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd.

Proeftuinen hebben tot op heden verschillende strategieën op de negen componenten (zie figuur 1) ingezet om populatiegerichte aanpak te ontwikkelen, samenwerking te vergroten en eerste kleinschalige resultaten te bewerkstelligen, in de veronderstelling dat dit de noodzakelijke basis legt om uiteindelijk interventies en veranderingen te kunnen implementeren voor de totale populatie en daarmee de Triple Aim te realiseren. Leidende principes hoe en welke strategieën het beste kunnen worden ingezet rekening houdend met de specifieke context zullen dankzij de proeftuinvaringen medio 2018 volgen. Tegelijkertijd heeft men ook de verwach-

ting dat er meer nodig is voor die verdere opschaling en beweging naar de Triple Aim, gezien de verschillende belangen die meespelen. Daarbij zien de proeftuinen een aantal belangrijke aangrijpingspunten:

- > **Positieve gezondheid:** Het gedachtegoed van positieve gezondheid kan worden ingezet als instrument om de integrale visie te concretiseren en de bewustwording te vergroten dat gezondheid door meer wordt beïnvloed dan alleen de zorg. Naast het realiseren van bewustwording, kan positieve gezondheid ook worden ingezet om burgers de gelegenheid te geven om zelf de regie te pakken.
- > **Burgerparticipatie:** Naast een toename van zelfregie en het nemen van eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen gezondheid, zorg en ondersteuning, verwacht men ook dat burgers op bestuurlijk niveau meer invloed zullen moeten krijgen. Hoe burgers beter betrokken kunnen worden is nog een zoektocht.
- > **Nieuwe governancestructuren:** Alhoewel bestuurders unaniem de tijdelijkheid van de huidige zorgstructuren onderkennen, leven er verschillende visies over hoe het er in de toekomst uit zal komen te zien. Een aantal eerstelijnsbestuurders en zorgverzekeraars verwachten dat de ziekenhuiszorg deels wordt verplaatst naar multidisciplinaire centra voor complexe zorg, waarbij specialisten een ondersteunende/consultatieve functie zullen hebben, en deels naar instituten voor hoogcomplexiteit. Daarentegen verwachten de meeste ziekenhuisbestuurders dat enerzijds de ziekenhuiszorg zich nog meer zal richten op hoogcomplexiteit en dat er anderzijds ziekenhuizen zullen zijn die de generalistische zorg zullen uitbreiden. In deze nieuwe

zorgorganisatiestructuren houdt men er ook rekening mee dat er samenwerking met andere beleidsterreinen, zoals schuld-hulpverlening en andere actoren (bijvoorbeeld werkgevers en bedrijven) nodig is om de Triple Aim te realiseren. Ook verwacht men een grotere en meer betrokken rol van de private sector, met onder andere een toenemend aantal publiek-private partnerships. Tevens is de verwachting dat er op lange termijn een regionaal (integraal) gezondheidsbeleid wordt gevormd, met bijpassende bekostiging die dit regionale integrale beleid ondersteunt. Welke manier van bekostiging dit moet zijn, laat men nog in het midden, maar men ziet wel dat er één partij de coördinerende rol op zich zou moeten nemen. Men verschilt van mening wie dit het beste kan doen.

- > **Kennisinfrastructuur:** Bestuurders geven aan dat het belangrijk is om inzicht in de vraag/behoefte, het aanbod, de kwaliteit, en kosten(effectiviteit) van preventie, zorg en welzijn te krijgen. Hiermee verwacht men te kunnen bijdragen aan de bewustwording en bereidheid om mee te werken om het aanbod te wijzigen, aan het gerichter vormgeven van de benodigde verbeteringen alsook aan de verantwoording voor de benodigde investeringen. Men verwacht dat de toenemende technologische mogelijkheden om bestaande informatiesystemen van professionals maar ook van burgers te benutten, hieraan kunnen bijdragen.
- > **Landelijke ondersteuning:** Om het proces te versnellen geven de meeste bestuurders aan dat er momenteel geen aanpassing van wet- en regelgeving nodig is, maar er wel behoefte is aan ondersteuning van de landelijke overheid. Zo verwachten bestuurders dat een wijziging in budgetten en grenzen benodigd is om het werken aan de Triple Aim minder vrijblijvend te maken

01 en bijvoorbeeld de substitutie te versnellen. Bestuurders
02 verwachten van het ministerie van VWS ook aanvullende
03 ondersteuning in de vorm van bijvoorbeeld vertrouwen,
04 helderheid over wat toegestaan is binnen het huidige stelsel of
05 financiële ondersteuning in de benodigde overkoepelende
06 investeringen zoals coördinatie.

07 **Figuur** Visualisatie van de negen componenten die ingezet kunnen
08 worden om het gezondheidssysteem te verbeteren.



Wijkscan

Wijkscan wijkteamgebied X



Bevolkingskenmerken

- Totale oppervlakte wijkteamgebied: X km²
- Aantal inwoners: X inwoners
 - Percentage 65+: X% (Enschede: 17%)
 - Percentage ongewild of gescheiden: X% (Enschede: 59%)
 - Percentage verweerd: X% (Enschede: 5%)
 - Percentage eenpersoonshuishoudens: X% (Enschede: 21%)
 - Percentage niet-westerse afkomst: X% (Enschede: 15%)
- Sociaal economische status*: zeer laag (laagste 10% van Nederland)
- Kenmerken uit Gezondheidsmonitor**:
 - X% met beperking met mobiliteit
 - X % met voldoende regie over eigen leven
 - X % met matig tot (zeer) ernstige eenzaamheid

*Dit is op basis van een gewogen gemiddelde van de postrodegebieden.

**De gezondheidsmonitor (opgezet door GGD'en, CBS en het RIVM) biedt een overzicht van de gezondheid, sociale situatie en leefstijl van inwoners boven de 19 jaar. Elke vier jaar verzamelen de GGD'en in opdracht van gemeenten informatie over de gezondheid van inwoners door middel van vragenlijsten. Uitkomsten kunnen worden gebruikt voor planning, onderzoek en beleid.

- wijkteam
- apotheek
- huisarts
- bibliotheek
- supermarkt
- dagbesteding
- huiskamer van de buurt / wijkcentrum

Plattegrond van de wijk



Wijkinfrastructuur

Wijkteam

- Totaal aantal generalisten: ongeveer X fte.
- Het wijkteam is oorspronkelijk ontstaan vanuit meerdere organisaties*. Vanaf september 2017 maken ook Wmo-consulenten onderdeel uit van de wijkteams. Het team richt zich op de leeftijd 0 – 100 jaar en focust zich op multi-problematiek.
- Vanuit het wijkteam zijn aanspreekpunten voor de wijkverpleegkundigen en voor de huisartsen aangewezen.

Huisartsen

- Totaal aantal huisartsenpraktijken in de wijk: X praktijken
- Percentage wijkinwoners die de huisartsen vertegenwoordigen: X%
- X van de X huisartsen(praktijken) hebben de module ouderenzorg: huisartsen met deze module brengen preventief hun 75+ doelgroep in kaart en doen een nadere probleeminventarisatie.
- De gemiddelde afstand van inwoners tot de huisartsenpraktijk: X km (Enschede: 0,80 km)
- Aantal POH-ouderenzorg: X fte gecontracteerd in de wijk
N.B. aanbod kan groter zijn wanneer gedetacheerde POH-ers aanwezig zijn in de praktijk.

Aanbieders voor ondersteuning huishouden, dagbesteding en wijkverpleging

Ondersteuning huishouden	Dagbesteding	Wijkverpleging	Module sociale infrastructuur?
Aanbieder	Aanbieder	Aanbieder	
Totaal aantal aanbieders actief	X	X	
Nummer 1.			
Nummer 2.			
Nummer 3.			



Gebruik van bedden in Enschede

- Eerstelijnsverblijf (Zw): X gedeclareerd aantal dagen (gem 26 bedden in gebruik het gehele jaar)
- Verpleeghuis (Wlz): X bedden gedeclareerd
- Verzorgingshuis (Wlz): X bedden gedeclareerd

NB. het aanbod van bedden is op gemeentelijk niveau weergegeven in plaats van op wijkniveau, aangezien het gebruik van bedden niet per se wijkgericht is.



Voorzieningen en vervoer in de wijk

Algemeen toegankelijke sociale voorzieningen

- De wijk beschikt over een openbare bibliotheek en een buurthuis.
- De gemiddelde afstand tot een grote supermarkt is X km (gem Enschede is 0,70 km)

Gebruik van vervoerdiensten:

- Vervoer maatschappelijke deelname: X
- Vervoer maatschappelijke deelname rolstoel: X
- Collectieve aanv. vervoer lokaal: X



Overige activiteiten in de wijk rond ouderen

Pilot X (2015). door middel van trainingen terugdringen van het aantal valongevallen bij ouderen en het vergroten van hun vitaliteit.

Stimulering zorginnovatie bij zorgverzekeraars voor Zorg op de juiste plek

“Waar zouden zorgverzekeraars op dienen te letten als zij met hun zorginkoopbeleid optimaal willen bijdragen aan innovatie van de zorg over de boeg van technologie” zo luidt de onderzoeksvraag van het PwC-rapport: “Inkoop van zorginnovatie: succes- en faalfactoren.”

PwC verkende de succes- en faalfactoren bij de inkoop van innovatieve zorg met als doel om innovatie een zo groot mogelijke kans te geven en bij gebleken succes zo breed mogelijk toe te passen. Met vrijwel alle verzekeraars is gesproken aan de hand van door hen aangeleverde voorbeeldprojecten.

Hieruit zijn de volgende conclusies te trekken.

Algemeen

- > Er zijn geen factoren die specifiek gelden voor innovatieve inkoop van ehealth. Bijna alle geïdentificeerde factoren gelden ook voor andere innovaties;
- > Elke zorgverzekeraar hanteert verschillende definities van innovatie;
- > Alle verzekeraars zijn bezig met inkopen van innovatief georganiseerde zorg;
- > Zorgverzekeraars moeten kijken welke inbreng het meest

effectief is, soms is een sturende hand noodzakelijk bij een project, andere innovatoren kunnen het gemakkelijk zelf af;

- > Concurrentie tussen zorgverzekeraars kan een probleem zijn, soms komen projecten niet van de grond omdat verzekeraars elkaar niet willen volgen;
- > Zorgverzekeraars wordt aanbevolen binnen hun organisatie verbinding te maken tussen innovatieteams en zorginkoop.

Succes- en faalfactoren en aanbevelingen:

- > Onderling vertrouwen is essentieel. Nieuw voor oud is niet eenvoudig te realiseren. Meerjarencontracten en financiële middelen zijn de belangrijkste instrumenten;
- > Bevorder vertrouwen en regel samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars in regionale platforms waar deze partijen met aanbieders concrete afspraken kunnen maken.
- > Inzet van toptalent en meer capaciteit bij zorgverzekeraars is nodig voor het realiseren van innovatieve zorginkoop om innovatie in de zorg op te kunnen schalen.”

Een voorbeeld van dat laatste is wanneer eerstelijnsaanbieders meer patiënten kunnen helpen in de eerste lijn, ziekenhuiscapaciteit kan worden afgebouwd. Lukt dat niet bijvoorbeeld omdat de verzekeraar die voor de eerstelijns wil contracteren niet de verzekeraar is met het grootste marktaandeel, strandt het project. Aanbeveling daar is om toptalent hierin te zetten die met lef, tact en overtuigingskracht innovatie kan invoeren. Zorginkopers gaven aan daarin meer coaching te willen.

Voor een optimale samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars moet je letten op de insteek van partijen, taal, cultuur en tempo. Hebben ze elkaar eenmaal gevonden dan is de samenwerking in het algemeen wel succesvol. Een ander probleem is het werkgebied: verzekeraars geven aan dat zij soms met honderden gemeenten willen samenwerken maar dat dat niet haalbaar is. Gemeenten andersom dat het weer moeilijk is met alle verzekeraars samen te praten. De oplossing daarvoor is in enkele regio's gevonden door samen te werken in een regionaal platform waarin verzekeraars en gemeenten vertegenwoordigd zijn en waar met deze financiers en aanbieders concrete afspraken over innovatieprojecten gemaakt kunnen worden.

Kenniscentrum voor Ketenzorg Regionale Zorgalliantie

Wat heeft het Kenniscentrum voor Ketenzorg te bieden?

Het Kenniscentrum voor Ketenzorg is op dit moment gepositioneerd als expertisecentrum voor Chronische Zorg en levert sinds 1998 voor aangesloten zorggroepen benchmark- en zorgrapportages waarmee de kwaliteit van zorg gemonitord en verbeterd wordt én waarmee wordt voldaan aan de gestelde criteria van bijvoorbeeld zorgverzekeraars of kwaliteitsinstanties. De kerncompetentie van het Kenniscentrum ligt op het bijeenbrengen en beschikbaar stellen van relevante zorginformatie uit verschillende bronnen die klanten zelf nodig hebben en inzetten in hun primaire opdracht en proces.

Sinds 2005 ondersteunt het Kenniscentrum huisartsen in hun onderlinge samenwerking met specialisten in het ziekenhuis op basis van een infrastructuur die data van huisartsen en ziekenhuizen bundelt, onderzoekt en terugkoppelt. Deze terugkoppeling vindt plaats op het niveau van zorgverleners, zorgorganisaties, zorgonderzoek en zorgopleidingen onder leiding van Prof. dr. Henk Biló. Het centrum geeft informatie over de effecten die veranderingen in het regionale zorglandschap hebben op de doelmatigheid en kwaliteit van patiëntenzorg. Daarnaast kan het Kenniscentrum risicogroepen detecteren die speciale aandacht behoeven en een eigen plan van aanpak kennen. Rapportages tonen bovendien verschillen binnen patiëntengroepen.

Vanaf 2015 biedt het Kenniscentrum actuele rapportages door data-extractie uit het huisartsen informatie systeem (HIS) of keteninformatiesysteem (KIS), de KcK Dataservice. Hiermee worden rele-

vante data, zonder noodzaak voor extra inspanningen van de kant van de individuele hulpverlener, uit de bronsystemen geëxtraheerd en verwerkt tot rapportages. Deze nieuwe methode van extractie en verwerking is voor diabetes, COPD, Astma en CVRM beschikbaar. Rapportages voor nieuwe patiëntengroepen, zoals kwetsbare ouderen bevinden zich in een pilotfase.

Privacy geborgd

Het Kenniscentrum is door InEen aangemerkt als een Regionaal Data Centrum (RDC) waarbij het Kenniscentrum voldoet aan de landelijk vastgestelde specificaties voor data-management; er wordt voldaan aan de momenteel vigerende NEN-normen waarbij ook tijdig, volledig en conform de juiste formats deze data wordt aangeleverd aan InEen. Alle schakels binnen het proces van data-verzameling, -bewerking en opslag voldoen aan wet- en regelgeving op het gebied van privacy en informatiebeveiliging¹. Het kenniscentrum verzamelt en levert daarbij primair geanonimiseerde zorgdata voor populatiemanagement aan de zorggroepen en de individuele hulpverleners. De gegevens van één persoon komen bij elkaar zonder dat het Kenniscentrum weet wie de persoon is. Deze gegevens zijn daarmee ook geschikt voor wetenschappelijk onderzoek. Dataopslag is georganiseerd in samenwerking met Isala, zodat de beveiliging maximaal is.

Van huisarts- naar multidisciplinaire, transmurale en transsectorale zorgdata

In de Regionale Zorgalliantie Zwolle (RZA) werken huisartsen, ziekenhuis, thuiszorg, wijkverpleging, apothekers, GGD, gemeenten, GGZ en zorgverzekeraar Zilveren Kruis samen. De alliantie heeft

Triple Aim als visie en missie voor de inwoners van de regio Zwolle (ruim 500.000 inwoners). Door betere samenwerking horizontaal tussen zorg- en hulpverleners in de wijk en transmurale tussen de zorg in de wijk en het ziekenhuis als belangrijkste strategieën.

Er is de afgelopen jaren al ervaring opgedaan in het koppelen van databestanden. Zo heeft het Kenniscentrum in mei 2016 mede op basis van DBC-codes van interne geneeskunde en oogheelkunde de feitelijke substitutie van diabeteszorg naar de eerstelijns aangetoond. Ook heeft het centrum in kaart gebracht dat zorgkosten voor mannen en vrouwen met diabetes type 2 die worden behandeld in de eerste lijn 38% resp. 43% hoger zijn in vergelijking met mannen en vrouwen zonder diabetes, na het koppelen van klinische data aan VEKTIS data. Vanaf begin 2017 is gekeken naar aantallen patiënten cardiovasculair risicomanagement (CVRM) die binnen de regio zowel in de eerste als de tweede lijn bekend zijn om daarmee inzicht te krijgen in dubbel-declaraties en de effecten op ingezet beleid in verschuiving van CVRM zorg naar de eerstelijns.

De alliantie heeft zich voorgenomen om het Kenniscentrum door te ontwikkelen naar een Kenniscentrum dat werkt in opdracht van gemeenten en zorgaanbieders uit de 0^e, 1^e en 2^e lijns gezondheidszorg. Dat houdt concreet in dat ook data vanuit thuiszorg, welzijnsinstanties, verpleeghuizen en GGD en GGZ worden toegevoegd. De ambitie is om een format te ontwikkelen dat landelijk als referentiepunt voor regionale ondersteuning kan dienen.

Het Kenniscentrum heeft als proef in 2016 een transsectorale analyse van databestanden afkomstig van eerste lijn, tweede lijn, thuiszorg en gemeente uitgevoerd, wat heeft geleid tot een zogenaamd **'risicomodel'**, waarmee vooraf kansen op onverwachte

¹ Er wordt op dit moment gewerkt aan de toetsing in het kader van de AVG

heropnames zijn te voorspellen. Meer medicamenten, meer chronische aandoeningen en (indirect) het hebben van thuiszorg en/of mantelzorg en een lagere SES, zijn factoren die bijdragen aan een hoger valrisico. Verminderde cognitie doet die risico's nog verder toenemen. Er treden vaker complicaties op en daarmee de kans op een onverwachte heropname.

Heeft de regio een Kenniscentrum nodig?

De regio krijgt in toenemende mate behoefte aan de kerncompetentie om vanuit verschillende bronnen en systemen relevante informatie bij elkaar te brengen om klanten in staat te stellen de Triple Aim voor hun populaties te realiseren. Er komt een volgende nieuwe levenscyclus aan van multidisciplinaire, transmurale en transsectorale zorgdata.

De projecten die onder de alliantie worden uitgevoerd hangen met elkaar samen en versterken de gezondheid en het welzijn van inwoners. Zo is het project 'Vitaal en Veilig Thuis' gestart; preventieve huisbezoeken onder alle 67-plussers in Zwolle, waarbij veiligheid in en om huis en het welzijn van de wijkbewoner centraal staat. Dit om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen en blijven wonen. Een ander project is 'Vroegsignalering van ouderen met risico op kwetsbaarheid', waarbij de praktijkondersteuner huisarts (POH) somatiek, wijkverpleegkundige en medewerker sociaal wijkteam gezamenlijk een zorgleefplan opstellen en preventieve acties ondernemen. Tot slot is zeer recent een pilot gestart waarbij een wijkverpleegkundige oproepbaar is voor huisartsenpost en SEH Isala om aanvullende zorg thuis te regelen tijdens avond-, nacht en weekenddienst en daarmee onnodige opnames van ouderen (zonder medisch indicatie) te voorkomen. Het resultaat van de

inspanningen is er samenhangende zorg van goede kwaliteit, gericht op gezondheidswinst voor inwoners van de regio, tegen dezelfde of lagere kosten (Triple Aim). Onderzoek vanuit het Kenniscentrum draagt bij aan kennisontwikkeling van de regio en versterking van de samenwerking. Het Kenniscentrum ondersteunt de bevordering van zorg op de juiste plaats, door middel van detectie van probleemgebieden en prioritering van acties, alsmede monitoring en effectevaluatie (verbinden van public health met curatieve en langdurige zorg). Er ligt daarbij een grote kans voor met name kwetsbare ouderen. Het kenniscentrum kan daarbij fungeren als katalysator voor regionale ontwikkelingen.

Zorgorganisaties zullen de data nodig hebben om uitvoering te gaan geven aan nieuwe contractvormen met zorgfinanciers. Zo is bijvoorbeeld de grootste regionale zorgverzekeraar, Zilveren Kruis, actief om Value Based Health Care inkoopcontracten en tools te ontwikkelen. Ook gemeenten zijn hun beleid en inkoop aan het kantelen: van voorzieningen naar uitkomsten voor specifieke groepen inwoners.

Het kenniscentrum richt zich op de volgende thema's:

Invulling regiovisie:

- > Samen (kwetsbare) mensen goed leven bieden
- > Positieve gezondheid, preventie
- > Risico-gestuurde (populatie) aanpak

Transmurale programma's:

- > Integrale aanpak kwetsbare ouderen
- > Value Based Health Care

Zorg op de juiste plaats: monitoring effecten verplaatsing van zorg van de 2^e naar de 1^e en 0^e lijn (o.a. VRM programma).

Op dit moment worden de lopende kosten van het Kenniscentrum gedekt door inkomsten uit de door deelnemende zorggroepen betaalde diensten; daarnaast zijn er projectgewijs inkomsten uit specifieke opdrachten, met name van Isala en van zorggroep Medrie. De overige leden van de Zorgalliantie zien de meerwaarde van de doorontwikkeling van het Kenniscentrum, maar voelen niet voor een structurele financiering van de lopende kosten. De gemeente Zwolle heeft aangegeven wel diensten te kunnen leveren; Zilveren Kruis wil door middel van een subsidie faciliteren bij de ontwikkelingskosten.

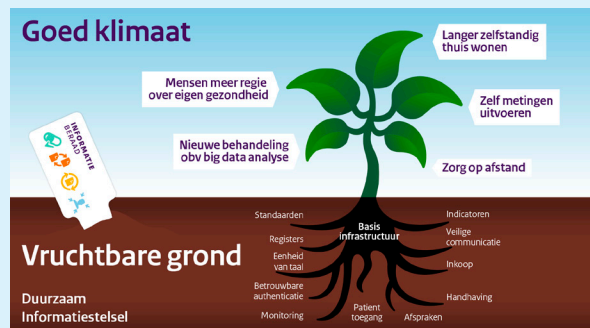
Om de ambities richting een regionaal datacentrum met een bredere opzet (combineren van gegevens aangaande "health services" met gegevens aangaande "social services") zal in ieder geval in het begin additionele financiering noodzakelijk zijn.

Het tijdig borgen van structurele financiering is belangrijk om de juiste zorg op de juiste plek met alle zorgpartners in de regio te kunnen blijven ondersteunen. Daarbij kunnen regionale partijen de voor hen waardevolle informatie van het Kenniscentrum betrekken middels specifieke opdrachten (zoals ook nu reeds het geval voor Isala en Medrie), waarbij die activiteit voor het Kenniscentrum kostendekkend dient te zijn.

Het Informatieberaad Zorg

Het Informatieberaad Zorg (IB) bestaat uit bestuurders van de koepels in de zorg en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Samen werken de leden van het IB aan een duurzaam informatiestelsel, vanuit de gedachte van 'the whole system in the room' om met voldoende bestuurlijk draagvlak beslissingen te nemen. De partijen in het IB hebben zich gecommitteerd aan de volgende outcome-doelen:

1. **Medicatieveiligheid:** Vanaf 1 januari 2019 worden medicatierecepten conform de vigerende richtlijn medicatieoverdracht uitgeschreven, waarbij in voorkomende gevallen een met de patiënt geverifieerd actueel medicatieoverzicht (Basisset Medicatieoverdracht) beschikbaar is.
2. **De Patiënt Centraal (MedMij):** de set aan eisen, standaarden en afspraken waar persoonlijke gezondheidsomgevingen aan moeten voldoen: Alle zorgaanbieders ondersteunen een gelijkwaardiger samenwerking tussen patiënt en zorgverleners en bieden daarom vanaf 1 januari 2020 aan burgers de mogelijkheid hun



medische gegevens digitaal en gestructureerd in te zien en die gegevens te ontsluiten voor hun persoonlijke gezondheidsomgeving waaraan zij eigen gegevens kunnen toevoegen.

3. **Overdracht digitaal:** Per 1 januari 2020 dragen zorgverleners altijd de gegevens die nodig zijn voor goede zorg en behandeling van een patiënt digitaal, gestandaardiseerd, beveiligd en, tenzij dat onmogelijk is, met toestemming van de patiënt, over aan andere bij het zorgproces van die patiënt betrokken zorgverleners.
4. **Eenmalig vastleggen en hergebruiken:** Vanaf 1 januari 2021 vormt het primair zorgproces de basis voor gegevensvastlegging in de zorg en worden vastgelegde gegevens hergebruikt voor declaratie, onderzoek, kwaliteitstransparantie en governance.

Randvoorwaarde voor de realisatie van alle doelen is dat er afspraken komen over uitwisseling van gegevens (interoperabiliteit) op verschillende niveaus; organisatie, zorgproces, informatie, applicatie en IT infrastructuur.

Ontwikkeling van standaarden

Een onderdeel in de ontwikkeling van een duurzaam informatiestelsel is dat er standaarden komen waarmee gegevens met digitale middelen efficiënt en betrouwbaar uit te wisselen zijn. In het IB ligt de beslissing voor welke standaarden er komen, wie daarbij een rol spelen, en welke partij de rekening voor de invoering gaat betalen. Inmiddels zijn de eerste standaarden vastgesteld door het IB (o.a. deels gebruik Basisgegevens Zorg en zorginformatiebouwstenen ten behoeve van uitwisseling). Meerdere standaarden staan op de lijst en worden volgens een proces van 'toelating tot de ba-

sisinfrastructuur', onder andere via open consultatie beoordeeld. Na besluitvorming in het IB dient de implementatie in het zorgveld – bij de achterban van de IB leden – op gang te komen.

Privacy

In de zorg worden veel gegevens uitgewisseld met digitale systemen. Om de privacy te borgen moet voldaan worden aan wet- en regelgeving. Een belangrijk wettelijk kader daarvoor is de Algemene Verordening Gegevensbescherming² (AVG) die op 25 mei 2018 in werking treedt. Voor een belangrijk deel is de AVG gelijk aan de bestaande wet- en regelgeving, zoals de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Wel is er een aantal nieuwe elementen in de AVG die grote impact hebben op het veld.

De AVG zorgt onder meer voor:

- > versterking en uitbreiding van privacyrechten van de cliënt;
- > meer verantwoordelijkheden voor organisaties;

Onder de AVG gelden er nieuwe informatieverplichtingen en regels over het werken met toestemming van de cliënt en nieuwe rechten zoals het recht op dataportabiliteit, waarbij de cliënt het recht heeft om zijn digitale gegevens op te vragen, te laten verwijderen en op een makkelijke manier mee te krijgen, zoals bijvoorbeeld in zijn persoonlijke gezondheidsomgeving. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk om tijdig te voldoen aan de AVG.

1. Deelnemers die deelnemen aan het IB onder voorzitterschap van VWS: Actiz, FMS, GGZ Nederland, InEen, KNMP, KNGF, LHV, NFU, NHG, NVZ, NPF, VGN, VNG, ZN.
2. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) is een Europese privacywet die boven nationale wetgeving staat. De Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2017/06/01/elektronische-gegevensuitwisseling-in-de-zorg> geldt in aanvulling op de AVG. Dat betekent dat daar waar de AVG meer bescherming voor cliënten biedt, de AVG voor gaat.

Zorgbrede medicatieveiligheid verhogen

In het Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid van januari 2017 is aangetoond dat nog steeds jaarlijks tienduizenden vermijdbare geneesmiddelengerelateerde ziekenhuisopnames en sterfgevallen plaatsvinden. De problemen spelen vooral bij kwetsbare, vaak oudere patiënten, die vanwege hun co-morbiditeit veel geneesmiddelen gebruiken (polyfarmacie) en veel zorgverleners zien, en waarvan het grootste deel thuis woont.

Eén van de kernpunten is dat alle betrokkenen in de zorgketen een goed zicht op het medicatiegebruik hebben en dat **overdracht van gegevens** tussen de diverse spelers daarbij van groot belang is om zorg op de juiste plek ook juist te kunnen leveren. Daarbij is niet alleen veilig geneesmiddelgebruik belangrijk, maar ook aandacht voor verantwoord stoppen van medicatie.

In 2021 is het aantal vermijdbare geneesmiddelgerelateerde opnames met 50% teruggebracht ten opzichte van 2017. Het is noodzakelijk dat voorschrijvers, terhandstellers en toedieners samen hun (professionele) verantwoordelijkheid nemen voor het sterk verbeteren van de medicatieveiligheid in de farmaceutische patiëntenzorg. In 2018 stellen de koepels van voorschrijvers, terhandstellers en toedieners' onder regie van VWS hiertoe een ambitieus en concreet zorgbreed actieplan op. Toedieners staan vaak het meest direct in contact met de patiënt (bijvoorbeeld in de wijkverpleging of in het verpleeghuis).

Hierin staan in ieder geval de volgende maatregelen:

- > het realiseren van een goede medicatieoverdracht en elektronische uitwisseling van medicatiegegevens tussen zorgverleners (door gebruik van de basisset medicatieoverdracht en de informatiestandaard medicatieproces)
- > het optimaliseren van het geneesmiddelgebruik bij kwetsbare groepen met polyfarmacie door het verantwoord **stoppen van medicatie en het inzetten van een medicatiebeoordeling** op maat.
- > Duidelijke afspraken over de **verantwoordelijkheidsverdeling** bij samenwerkende zorgverleners in de keten.
- > Het **verbeteren van de samenwerking en communicatie** over de medicatie tussen zorgverleners onderling en het stimuleren van het gesprek met de patiënt ter voorkoming van medicatiefouten en verbetering van therapietrouw.

¹ Zorgbrede veldpartijen van voorschrijvers, terhandstellers en toedieners van medicatie in o.a. de eerste lijn, netwerkzorg, wijkverpleging, thuiszorg, ziekenhuizen, verpleeghuizen, GGZ

Zelfmanagement

Een voorbeeld van het juiste hulpmiddel op de juiste plek:

Bij de keuze van een passende bloedglucosemeter worden de wensen van de patiënt meegenomen ten aanzien van:

- > Boluscalculator
- > Invoermogelijkheid voor koolhydraten
- > Instellen streefwaardenbereik analysemogelijkheid per meting
- > Insulinedosering via smartphone
- > Maaltijdmarkering
- > Gegevens kunnen uitlezen en kunnen delen met zorgverlener
- > Verbinding met /computer/laptop/tablet/ smartphone

<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/hulpmiddelen-diabetes/Paginas/Home.aspx>

‘Beter niet doen’ en ‘Beter laten’

Spiegelinformatie voor professionals geeft inzicht in het handelen van anderen en plaatst eigen handelen in een perspectief. De ‘Beter niet doen’ en ‘Beter laten’ initiatieven van partijen zijn hierin ondersteunend. Dit betreffen lijsten met medische handelingen die niet bewezen effectief zijn, zoals het gebruik van een (arteriapulmonalis-) katheter bij acuut hartfalen. Als ook handelingen die door anderen kunnen worden gedaan, zoals bedden opmaken, gras maaien, administratie. Binnen het programma ‘Verstandig Kiezen’ wordt onderzocht wanneer het verstandig is terughoudend te zijn met bepaalde ingrepen. Zo loopt er een evaluatieonderzoek naar ouderen met een polsfractuur en de keuze tussen gips en een operatie.

<http://www.nfu.nl/actueel/beter-niet-doenlijst-met-niet-effectieve-medische-handelingen-gepresenteerd> <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2017%20Documenten/Beter%20laten%20Aanbevelingen%20.pdf>

Functiegerichte benadering

De juiste zorgverlener op de juiste plek is de kwaliteitsstandaard

Op basis van de koppeling tussen functionele eisen aan en de functionele kenmerken van het hulpmiddel, kunnen merk en type worden bepaald. Door wie en hoe dit gebeurt kan per hulpmiddel verschillen. Deze rolverdeling wordt per categorie hulpmiddel uitgewerkt in een specifieke module. Uitgangspunt is dat een hulpmiddel wordt voorgeschreven door competente zorgprofessionals die het belang van de cliënt centraal stellen en die werken volgens deze standaard.

<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/generiek-kwaliteitskader-hulpmiddelenzorg/Paginas/Home.aspx>

Gepast gebruik

Huidig beleid ter bevordering van gepast gebruik

Voor de bevordering van gepast gebruik bestaan al verschillende (beleids)instrumenten. Enkele van deze instrumenten zijn gekoppeld aan het pakketbeheer geneesmiddelen en andere instrumenten zijn ter bevordering van de kwaliteit. De hieronder benoemde instrumenten zijn een aanvulling op het reguliere pakketbeheer door de minister, de zorginkoop door verzekeraars en de richtlijnontwikkeling door beroepsgroepen.

Pakketbeheer

- > **Risicogericht pakketbeheer:** Het Zorginstituut beheert het Zvw-pakket risicogericht. Dit betekent dat het op basis van signalen, eigen onderzoek of op verzoek van de minister adviseert over interventies in het verzekerde pakket.
- > **Zinnige zorg:** In het programma Zinnige zorg onderzoekt Zorginstituut Nederland systematisch de ICD-10 gebieden of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet en wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden.
- > **Voorwaardelijke toelating:** De voorwaardelijke toelating is een instrument waarmee het laatste onderzoek gedaan kan worden om de effectiviteit van interventies vast te stellen.
- > **Horizonscan geneesmiddelen:** De Horizonscan heeft tot doel om de kennis rondom aankomende nieuwe geneesmiddelen te

vergroten. Dit is voor verschillende doelen zoals de sluis voor dure geneesmiddelen, de inkoop door zorgverzekeraars, het informeren van belanghebbenden.

> ZonMw Doelmatigheidsonderzoek en Goed Gebruik

Geneesmiddelen: Twee onderzoekstrajecten binnen ZonMw naar de doelmatigheid, kwaliteit en effectiviteit van interventies en geneesmiddelen.

Kwaliteit

- > **Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda (K&D agenda):** De K&D-agenda is gestart onder verantwoordelijkheid van de partners van het Hoofdlijnenakkoord en bevat een planmatige verbetercyclus bestaande uit richtlijnontwikkeling, implementatie van richtlijnen, kwaliteitsregistratie, zorginkoop en zorgevaluatie.
- > **Meerjarenagenda Kwaliteitsinstituut (MJA):** Zorginstituut Nederland stimuleert de verbetering van de kwaliteit van zorg in Nederland, onder meer door de ontwikkeling van kwaliteitsproducten te bevorderen. De MJA bevat de aankomende kwaliteitsproducten inclusief planning.
- > **Uitkomstindicatoren & Samen Beslissen:** Het Zorginstituut voert het programma 'uitkomstinformatie voor samen beslissen' uit. Dit heeft tot doel om randvoorwaardelijke trajecten voor Samen Beslissen te structureren, zoals kwaliteitsregistraties, rapporteren van uitkomsten en internationale samenwerking.

De transitie naar het zorglandschap van 2030 Royal HaskoningDHV

- > Het ziekenhuis zoals we dat nu kennen verdwijnt. Dit komt uit de door Royal HaskoningDHV geïnitieerde dialoog met achttien experts over het zorglandschap in 2030.
- > Goede zorg begint en eindigt bij het centraal stellen van de mens: de zorgconsument. De waarden die hierbij een rol (gaan) spelen zijn: gezondheid, eigen regie, gemak, vertrouwen, personalisering, menselijkheid en solidariteit.
- > Deze waarden stellen voorwaarden aan de inrichting van het zorglandschap in 2030.
 - > Integratie van zorg en gezondheid in de keten en het dagelijks leven;
 - > Omarmen van technologie;
 - > Toepassen van vraaggestuurde financiering;
 - > Wetten en regels als hefboom;
 - > Artsen ontwikkelen zich van autoriteit naar adviseur en partner van de zorgconsument.
- > De verandering kent drie fasen:
 1. Transparantie en integratie van kennis. Kennis wordt door digitalisering overal en voor iedereen beschikbaar.
 2. Kwaliteit en effectiviteit van zorg. Door beschikbaarheid en bundeling van data wordt de kwaliteit van zorg inzichtelijk en vergelijkbaar. Dit zorgt voor meer zeggenschap en keuzevrijheid voor de zorgconsument.

3. De centrale rol van de zorgconsument wordt verder versterkt. Er ontstaan zorgnetwerken om mensen te ondersteunen. Dit leidt tot een gedifferentieerd zorglandschap gebaseerd op de behoeften van zorgconsumenten.

- > De transitie heeft consequenties voor alle partijen in het zorglandschap. Partijen die zich niet snel aanpassen hebben het risico om failliet te gaan. Ziekenhuizen moeten zich bezinnen op hun rol in het zorgnetwerk en wat zij aan gebouwen nodig hebben.

https://www.royalhaskoningdhv.com/nl-nl/nederland/specials/zorglandschap2030?utm_source=Website&utm_medium=News%2oarticle&utm_campaign=Delphi%2oZorglandschap%2o2030

Middelen voor Organisatie & Infrastructuur voor versterking eerste lijn

- > Op verzoek van de Landelijke Huisartsenvereniging, InEen en Zorgverzekeraars Nederland heeft de NZa met ingang van 1 januari 2018 binnen het tweede segment een aantal prestaties geïntroduceerd onder de noemer organisatie en infrastructuur.
- > Deze prestaties bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- > Deze aanvullende vergoedingen hebben als doel om **(multidisciplinaire) samenwerking** tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continu verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg.
- > In alle gevallen betreft het een vergoeding per ingeschreven verzekerde van de bij het multidisciplinaire samenwerkingsverband aangesloten huisartsen. De vergoeding wordt vervolgens overeengekomen met het relevante samenwerkingsverband.
- > Alle prestaties kennen een vrij tarief en mogen enkel in rekening worden gebracht indien hieraan een contract met de zorgverzekeraar ten grondslag ligt. De zorgverzekeraar heeft zorg te dragen dat de afspraken over vergoedingen via deze prestatietitels geen overlappende kostencomponenten bevatten die tot dubbele bekostiging leiden. De afspraken binnen deze prestaties organisatie en infrastructuur zijn altijd gekoppeld aan afspraken over de vergoeding, inhoud en resultaat.

> Onder organisatie en infrastructuur onderscheiden we **vier prestaties**:

- > **O&I Wijkmanagement:** Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de investeringen in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel optimalisatie van samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders op wijkniveau;
- > **O&I Ketenzorg:** Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de financiering van de organisatie en infrastructuur behorende bij de opzet en uitvoering van de landelijke ketenzorgprogramma's;
- > **O&I Regiomanagement:** Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over aanvullende investeringen in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel de optimalisatie van samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders op regioniveau;
- > **O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig:** Indien zorgverzekeraars en zorgaanbieders continuering van bestaande afspraken wensen rondom de vergoedingen voor/ investeringen in multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners, en daarbij nog geen gebruik kunnen of willen maken van de O&I-prestaties zoals hierboven beschreven, kunnen deze vooralsnog binnen deze prestatie worden overeengekomen.

Stimuleren van onderzoek naar de meerwaarde van nieuwe zorg

Voordat nieuwe zorg verantwoord kan worden ingezet is de kernvraag of een nieuwe behandeling, hulpmiddel, medische technologie of geneesmiddel een meerwaarde heeft ten opzichte van de reeds bestaande behandeling. De eisen voor toelating tot het basispakket liggen hoog, omdat het belangrijk is dat zorg kwalitatief en verantwoord kan worden ingezet. Het beantwoorden van de vraag vergt de verzameling van gegevens over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van de nieuwe zorg.

Het is niet vanzelfsprekend dat iedereen met een innovatief plan deze vaak complexe onderzoeksstap zelfstandig weet te zetten. Kennis en ervaring met het doen van goed onderzoek zijn van belang, evenals het kunnen financieren van de benodigde studies. De keerzijde is dat het veel – en met name kleinere – partijen niet lukt om hun veelbelovende ideeën bij de patiënt te krijgen, of dat innovaties in een te vroeg stadium worden ingezet zonder dat de meerwaarde goed is onderbouwd.

De overheid wil een **cultuur van evaluatie van (kosten)effectiviteit** stimuleren, zodat potentieel veelbelovende zorg zo snel en zo goed mogelijk bij de patiënt terecht komt. De ambitie is dat ook niet-academische partijen, zoals MKB, start-ups, kleinere ziekenhuizen in de toekomst structureel bijdragen aan deze evaluatiecultuur.

Deze beweging wordt ondersteund door het omvormen van de nu nog te complexe regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating naar een **toegankelijke, laagdrempelige en eenvoudige**

subsidieregeling. Deze voorziet in financiële en onderzoeksmatige ondersteuning bij onderzoek naar de meerwaarde van potentieel veelbelovende zorg.

Dit past in een beweging die al is ingezet:

- > **Ontwikkeling kennisagenda's:** sinds een aantal jaar stimuleert de Federatie van Medisch Specialisten proactief de totstandkoming van kennisagenda's ten behoeve van de evaluatie van bestaande zorg. Wetenschappelijke verenigingen van beroepsgroepen stellen samen agenda's op van de belangrijkste kennishiaten op hun vakgebied, met als doel om zo sneller tot goede onderzoeken te komen om deze zorg te verbeteren.
- > Evaluatie van innovatieve zorg via huidige regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating. Beter zorg bij **herseninfectie**: vorig jaar is een nieuwe behandeling voor acuut herseninfectie tot het verzekerde pakket toegelaten na onderzoek dat mogelijk is gemaakt door de voorwaardelijke toelating. Bijna 40.000 mensen krijgen jaarlijks een herseninfectie, hiervan kunnen nu zo'n 10.000 mensen een stuk beter worden geholpen dankzij een nieuwe behandeling om de hersenen gerichter te dotteren. Doordat een team met neurochirurg en cardioloog 24/7 aanwezig is, kunnen patiënten sneller en beter behandeld worden via de nieuwe techniek. Ze hebben daardoor een veel grotere kans gekregen om te overleven en om redelijk goed te herstellen van het herseninfectie.
- > Een ander recent voorbeeld is een nieuwe behandeling voor vrouwen die een **borstverwijderingsoperatie** vanwege borstkanker hebben ondergaan. Momenteel wordt via de voorwaardelijke toelating onderzoek gedaan naar een techniek voor borstreconstructie met lichaamseigen materiaal. De

verwachting is dat hiermee – als de studie positief wordt afgerond – de kwaliteit van leven aanzienlijk zal toenemen voor de ca. 14.000 vrouwen die hier jaarlijks voor in aanmerking komen. Deze behandeling is voor de patiënt een kwalitatief beter alternatief voor de bestaande behandeling met siliconen, die om de zoveel jaar vervangen moeten worden.

Value based Healthcare Naar waardegedreven zorg (uitkomstinformatie)

- > De juiste zorg op de juiste plek zou moeten gaan over de beste uitkomst voor de individuele patiënt afgezet tegen de kosten (zorgwaarde). De juiste zorg gaat daarmee veel verder dan het volgen van kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen.
- > Keuzevrijheid van de patiënt is een belangrijke sleutel om de uitkomsten van zorg continu te verbeteren. **Samen beslissen** moet daarom uitgangspunt zijn: patiënten moeten kunnen kiezen tussen spreekkamers en in de spreekkamer voor de juiste behandeling, waarbij recht wordt gedaan aan de expertise van de zorgverlener en het recht van patiënten op volledige informatie over alle zorg- en behandelmogelijkheden en over de voor- en nadelen en de uitkomsten daarvan.
- > Cruciale randvoorwaarde is dat flink wordt ingezet op het ontwikkelen van uitkomstinformatie. Het doel is dat over vier jaar voor **50% van de ziektelast** uitkomstinformatie voor Samen Beslissen beschikbaar is. Om dit te bereiken kan worden aangesloten bij bestaande internationale sets, zoals het internationaal consortium voor uitkomstmetingen in de zorg (ICHOM). Het gaat daarbij niet enkel om medische uitkomsten. Het gaat juist om patiëntrelevante uitkomsten zoals: kan de patiënt weer lopen en een gesprek voeren? Is er sprake van veel pijn? Of hoe is het met het mentaal welbevinden?

- > Een focus op zorguitkomsten moet leiden tot een **andere organisatie** van het zorgproces, met meer oog voor preventie, meer in samenwerking over de silo's heen of in netwerken om de patiënt heen. Nu is de zorg vooral nog vanuit zorgaanbiedersperspectief en in verschillende silo's georganiseerd.
- > Ook zorgverzekeraars zouden uitkomsten veel meer leidend moeten laten zijn in hun **zorginkoop**: stimuleren dat aanbieders uitkomstgegevens verzamelen, de contractering daarop baseren en een vernieuwing van het zorglandschap ondersteunen. Op hun beurt kunnen verzekeraars hun verzekerden informeren over deze uitkomsten van de gecontracteerde aanbieders, waardoor verzekerden dit kunnen betrekken bij het kiezen van een verzekeraar en, als dat nodig blijkt, een zorgverlener.
- > Er kan nog veel meer gebruik worden gemaakt van een gebundelde prijs voor het gehele zorgproces (bv. inclusief diagnose, behandeling en nazorg) of voor bepaalde groepen patiënten, niet van betalen voor verrichtingen. Dus **van volume naar waarde**. De huidige bekostigingssystematiek hoeft hiervoor niet te veranderen. Sterker nog: zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat wijzigingen nu niet wenselijk zijn voor de beweging richting betalen voor uitkomsten.
- > Uitkomstinformatie kan ook worden benut in **E-health** apps en in elektronische uitwisseling van gegevens. Dit bevordert zelfmanagement van patiënten en kan ook het gesprek in de spreekkamer verbeteren om tot Samen Beslissen te komen. Het draagt ook op deze manier bij aan de juiste zorg op de juiste plek.

Duurzaam denken en handelen in de zorg: 'zorg zonder schade'

Waarom zouden we dit op moeten pakken?

- > *Het verbeteren van de zorg*: Een pilot in het Slingeland ziekenhuis met betere monitoring van COPD-patiënten laat een afname van 25% zien van zowel opnames als polikliniekbezoeken. Dus niet alleen wordt de zorg beter, de patiënt wordt minder belast en het milieu wordt minder belast door de afname van het aantal vervoerskilometers.
- > *Het tegengaan van verspilling*: De zorg is grootverbruiker van energie en grondstoffen. In termen van kostenbesparing en milieuwinst is er nog veel potentie in de zorg. Uit onderzoek blijkt een gemiddelde besparing van 12% op de energierekening per zorginstelling mogelijk.
- > *Een gezondheidsbevorderende omgeving*: Duurzaamheid en gezondheid gaan hand in hand. *Bijvoorbeeld door het stimuleren van bewegen en het aanleggen van groenvoorzieningen.* Dit draagt bij aan snel herstel van patiënten en een gezond werkklimaat voor medewerkers.

Voorkomen van gezondheidsschade: De gevolgen van het menselijke handelen voor het milieu slaan uiteindelijk weer terug op de mens. **Fijnstofdeeltjes kunnen bijvoorbeeld tot COPD leiden**, maar ook tot verminderde hersenontwikkeling bij de het ongeboren kind (blijkt uit recent onderzoek van het Erasmus MC). Volgens de World Health Organisation is 16% van alle sterfgevallen toe te schrijven aan milieufactoren die vermeden of geëlimineerd kunnen worden.

De OK is een grootverbruiker en tegelijkertijd ook één van de grootste vervuilers. Het OK complex gebruikt tot ruim 35% van alle geleverde medische voorraden, is een energie-intensieve afdeling en genereert grote hoeveelheden specifiek ziekenhuisafval. De OK omgeving is ook niet altijd even vriendelijk voor patiënt en medewerker. Patiënten krijgen vaak onnodig veel antibiotica en medicijnen toegediend, niet alle operatieve ingrepen zijn bewezen effectief en implantaten zijn niet ontworpen voor recycling. Langdurige werktijden in soms matige ergonomische werkomstandigheden en blootstelling van medewerkers aan inhalatiedampen van de anesthesie, maken dat de omgeving van de OK niet bijdraagt aan een duurzame inzet van personeel.

Hoe kan dat worden bereikt?

De zorgsector staat de komende jaren voor flinke uitdagingen. Verduurzamen dreigt daarmee te laag op de agenda te geraken. Vooral ook omdat er weinig positieve maar ook weinig negatieve prikkels zijn om te investeren in duurzaamheid. Innovatie en cultuurverandering zijn nodig om in alle organisaties en op alle plekken structureel te werken aan verduurzaming. Het gaat daarbij om thema's, zoals, het verduurzamen van de zorgverlening, zoals het voorbeeld van de monitoring of de OK, minder medicijnresten in water, verminderen/slimmer omgaan met afval, chemische veiligheid, besparen/duurzaam opwekken van energie etc. Groene zorgverlening en bedrijfsvoering vergt bewustwording, een goede infrastructuur van kennisuitwisseling en investeringsmogelijkheden.

In juni 2017 is de "Ostrava Declaratie" ondertekend door Nederland en 51 andere lidstaten. Met deze verklaring zijn de gezondheidsprioriteiten in relatie tot milieu voor de Europese regio voor de komende zes jaar vastgelegd. De lidstaten hebben zich gecommitteerd om voor eind 2018 een nationaal actieplan te overleggen. Eén van de topprioriteiten is 'zorg zonder schade'.

Wat is daarvoor nodig?

1. Bestuurlijke bewustwording en afspraken. Op 10 oktober 2017 hebben bestuurders in de zorg met elkaar afgesproken toe te werken naar een routekaart voor de care en cure, en een **landelijke Green Deal zorg** voor 2019-2021 (ondertekening oktober 2018). In het voorjaar 2018 wordt per branche een **bestuurlijke kennistafel** georganiseerd om de informatie-asymmetrie op te heffen (koplopers inspireren de anderen) en bestuurlijk commitment te kweken. Thema's: energie, circulair inkopen en medicijnresten in water en gezonde omgeving.
2. **Kickstart energie.** VWS heeft voor 2018 een beroep gedaan op de klimaatenvlop voor € 5 miljoen. Dit geld wordt ingezet voor: 1. een subsidieregeling ter bevordering van energiebesparende maatregelen en het opwekken van duurzame energie bij zorginstellingen 2018; en 2. inzicht in het huidige zorg-vastgoed uitgevoerd door het kadaster.
3. Handvatten hoe te verduurzamen per sector op maat gemaakt.

4. Plan **borging** duurzaamheid als thema binnen de zorg. Er wordt een procesplan opgesteld om het thema verduurzaming te borgen in het denken en doen van alle betrokken partijen. Onder andere door: proces-afspraken met de sector over het stimuleren en monitoren van het verduurzamingsproces en het ontzorgen van zorginstellingen op dit thema door landelijk samen te werken aan een aantrekkelijk investeringsklimaat en een netwerk van kennisuitwisseling.

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11

Acute zorg: voorkomen, coördineren en vervolgzorg

Goede zorg thuis

Het is belangrijk dat er op veel meer plaatsen initiatieven worden ont-plooid vanuit partijen die het stapje extra zetten bij de zorg en onder-steuning voor kwetsbare ouderen die thuis wonen, opdat tijdig wordt gesignaleerd dat sprake is van kwetsbaarheid bij ouderen en gerichte acties kunnen worden ingezet om deze kwetsbaarheid op te vangen (preventie, vroegsignalering en vroeginterventies). Bestaande projecten waarbij zorg- en hulpverleners in een vroeger stadium inzicht krijgen in hoe het met ouderen gaat op lichamelijk, geestelijk en/of sociaal vlak verdienen navolging. Voorbeelden zijn de samenwerking tussen cure en care, wonen en welzijn volgens het zogenaamde 'vlindermodel' in Zwolle, en het vroegsignaleringsproject waarbij wordt samengewerkt door huisartsen, ziekenhuizen en care in Drenthe. Hiermee kan worden voorkomen dat de situatie van deze ouderen onnodig escaleert, en zij op de SEH terecht komen. Ook intensieve vormen van respijt-zorg, uitbreiding van de beschikbaarheid van Wmo-spoedzorg en versterking van de inzet van wijkverpleging in de avond-, nacht- weeken-duren kunnen bijdragen aan het langer thuis wonen van kwetsbare ouderen. Goede regie en samenwerking tussen alle professionals (huisartsen, wijkverpleging, sociale wijkteams) én tussen zorgverze-ke-raars en gemeenten, is cruciaal. Dat commitment is ook neergelegd in het **Pact voor de ouderenzorg**.

Zorgcoördinatie

Voor die patiënten die toch acuut zorg nodig hebben, is het belang-rijk om gezamenlijk beter te organiseren en coördineren dat deze

patiënten bij de juiste schakel in de zorgketen terecht komen. Niet alle patiënten die acuut zorg nodig hebben, hebben ook acute zorg (van de huisartsenpost of SEH) nodig. In Een en Ambulancezorg Nederland zijn gestart met zes **springplankprojecten** met betrek-king tot zorgcoördinatie. In één van die projecten hebben de huis-artsenpost, ambulancedienst en wijkverpleging in Overijssel bij-voorbeeld hun telefonische spoedlijnen bij elkaar gezet om snel te kunnen schakelen, gezamenlijk direct de juiste zorg in te kunnen zetten en de dubbele inzet van professionals te voorkomen. Dergelijke initiatieven op het gebied van zorgcoördinatie verdienen brede navolging.

Goede acute zorg

Ook is het belangrijk dat er voor die patiënten die zorg nodig hebben, en zeker voor bijzonder kwetsbare patiënten, op het juiste moment voldoende personeel met de juiste kwalificaties, competenties en vaardigheden beschikbaar is, voor een juiste beoordeling van patiënten en voor passende zorg (zie ook het kwaliteitskader spoedzorgketen). Dit geldt onder meer voor het toenemende aantal ouderen met complexe problematiek dat op de spoedeisende hulp terecht komt. De beschikbaarheid van de juiste klinische expertise draagt niet alleen bij aan betere zorg op de SEH, ook kan dit eraan bijdragen dat patiënten korter op de SEH hoeven te verblijven en wellicht minder herhaalbezoeken op de SEH nodig hebben. Die ziekenhuizen die nog niet over de juiste klinische expertise beschikken om ook deze kwetsbare groepen goed te kunnen behandelen zouden hier zo snel mogelijk voor moeten zorgen. Dit kan op verschillende manieren: door scholing en betere geriatrische deskundigheid bij SEH-personeel (een ontwikkeling die al gaande is; in Leiden wordt momenteel bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzocht hoe de kwaliteit van

zorg voor ouderen op de SEH kan worden verbeterd) en/of door een structurele inzet van medisch-specialisten op de SEH (zoals op de SEH van HMC locatie Westeinde).

Verder is het, in de acute zorg zo mogelijk nog meer dan in andere sectoren, van groot belang dat de juiste patiëntengegevens op het juiste moment beschikbaar zijn voor een goede triage en verdere zorgverlening. In de acute zorg wordt met name de overdracht van medische gegevens tussen huisarts, huisartsenpost en SEH als een knelpunt ervaren omdat registraties van patiëntengegevens niet op elkaar aansluiten (aldus ook de NZa in de marktscan acute zorg). Ook voor de ambulancezorg is informatie over bijvoorbeeld eerde-re ziekenhuisopnames van de patiënt, en informatie-uitwisseling tussen ambulancevoorziening en huisarts, van belang. Van belang is dat het Informatieberaad zich gaat richten op een betere uitwis-seling van digitale patiëntengegevens (niet alleen medicatiegebruik en informatie van huisartsen) tussen zorgverleners. Hierbij moeten de privacy en toestemming van patiënten zijn geborgd. Ook is het belangrijk dat de voortgang van de acties van het Informatieberaad wordt bevorderd.

Soepele toegang tot vervolgzorg

Mensen die (tijdelijk) niet thuis kunnen blijven moeten zo snel mo-gelijk op de juiste plek terecht komen. Het moet niet zo zijn dat zorgaanbieders iemand nergens kunnen onderbrengen. Dat kan eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ) zijn als de verwachting is dat mensen weer terug naar huis kunnen, of een plek in een verpleeghuis als dat niet meer kan. Daarom is het van groot belang dat de toegang tot de Wlz zo soepel mogelijk voor mensen wordt georganiseerd (de rode loper uitleggen en een zorg-val voorkomen). Dat voorkomt ook dat mensen lang wachten met

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11

het aanvragen van een Wlz indicatie, waardoor hun situatie escaleert en zij via SEH / ziekenhuis in de crisis-Wlz terecht komen. In het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2018 is afgesproken dat de zorgverzekeraars, in overleg met zorgaanbieders, zorg dragen voor het regionaal beschikbaar komen van één 'loket' (coördinatiepunt) waar zorgaanbieders te allen tijde terecht kunnen wanneer zij een bed zoeken zowel voor (vervolg)zorg na ontslag uit het ziekenhuis als voor instroom direct vanuit de eerste lijn (zoals bijvoorbeeld ZorgnaZorg in Noord-Nederland). Er wordt op veel plaatsen in Nederland hard gewerkt aan het opzetten van loketten voor ELV. Het is daarnaast belangrijk dat de loketten uiteindelijk niet alleen betrekking hebben op het ELV maar ook op andere vormen van (vervolg) zorg, zoals GRZ, langdurige zorg en straks ook de extra-murale behandeling).

Schulden

Integraal werken in het sociaal domein (en de samenhang schulden en gezondheid)

De begrensde toegang en ernstige tekortkomingen op het gebied van bestaanszekerheid leiden tot onnodige zorgkosten in het onbegrensde (in principe voor iedereen toegankelijke) zorgdomein.

Verschillende studies¹ tonen **samenhang** tussen schulden en bijvoorbeeld de mentale gezondheid (depressie), drank- en drugsproblemen, hoge bloeddruk, et cetera. Ter voorbeeld: alle uitkeringsgerechtigden samen nemen 58,2 procent van de kosten van de geestelijke gezondheidszorg voor hun rekening. Mensen met schulden hebben te kampen met stress en dusdanige problemen die ervoor zorgen dat zij minder ontvankelijk zijn voor interventies vanuit het zorgdomein of sociaal domein die de gezondheid bevorderen. Deze klachten zijn groter bij langdurige schulden en lijken te verdwijnen als de schuld daalt. Investerings- en ondersteuning op het gebied van huisvesting, inkomensondersteuning, ondersteuning bij voeding en *care coordination & community outreach* hebben een positief effect op gezondheidsuitkomsten en uitgaven aan zorg en ondersteuning.

Professionals in het sociaal domein hebben dagelijks te maken met burgers waar zowel gezondheidsproblemen als financiële problemen bestaan. Daarbij past de opdracht aan gemeenten om vanuit het sociale domein geïntegreerde maatwerkoplossingen aan burgers te bieden (zie ook art. 2.1.2, WMO 2015). (Vroegtijdige) integrale hulp aan burgers voorkomt een grotere zorgvraag en verlaagt kosten, en is daarmee een deelthema van 'zorg op de juiste plek'.

DOEN! In de Kamerbrief 'Brede schuldenaanpak' van 18 december 2018 kondigt de staatssecretaris van SZW aan samen met de meest betrokken collega's in het kabinet tot een brede overkoepelende schuldenaanpak voor deze kabinetsperiode. Op het VWS-terrein gaat het specifiek om:

- > vernieuwende lokale aanpakken gericht op multiproblematiek (schulden en gezondheid) stimuleren en helpen opzetten;
- > succesvolle integrale lokale aanpakken in beeld brengen (werkende principes, businesscases en de obstructies) ten behoeve andere gemeenten en het Rijksbeleid;
- > een actieplan opstellen voor kwetsbare jongeren (18-+).

We hebben schotten om beleid en financiën ordentelijk en behapbaar te houden. Maar juist door die schotten vallen sommige groepen tussen wal en schip. Het zijn vaak kwetsbare burgers met een meervoudige zorgvraag en hoge zorgkosten (bijvoorbeeld de overlap van GGZ zorg, wijkverpleging, maatschappelijke ondersteuning en schuldhulp). Hoewel in het 'systeem' mogelijkheden worden gecreëerd om domeinoverstijgend te werken, komt in de praktijk domeinoverstijgend werken maar moeilijk van de grond. In gesprek met gemeenten zijn de oorzaken soms basaal: zorgprofessionals en zorgverzekeraars spreken een andere taal, experimenttitels in regelgeving zijn ingewikkeld, experimenten krijgen bijna nooit een vervolg.

DOEN! Samen met gemeenten zou gekeken kunnen worden naar dit soort belemmeringen in de praktijk en hoe we dit kunnen oplossen.

¹ Onder andere een meta-analyse van Richardson et al. (2013)

Thuiswonende ouderen en de Spoedeisende Hulp

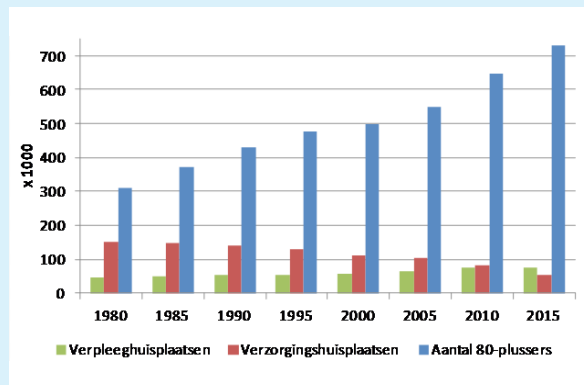
‘Er komen tussen nu en 2035 een miljoen mensen bij in de leeftijd van 75 jaar en ouder (Figuur 1), dat is een groei van 70%. Zo’n 90% van deze groep woont nu thuis. Met de groei van het aantal 75-plusser de komende jaren zullen in 2035 ruim 2 miljoen mensen in de leeftijd van 75 jaar en ouder thuis wonen (Figuur 2). Naarmate de leeftijd vordert, ervaren meer ouderen beperkingen in het functioneren in het dagelijks leven. Van de 65- tot 74-jarigen heeft 79 % nu geen beperkingen, bij 75 jaar en ouder is dat nog maar 51 %. Uit het rapport ‘Kwetsbare ouderen’ van het SCP blijkt dat het aantal kwetsbare ouderen zal stijgen van 700.000 personen tot 1 miljoen in 2030.² Zij zullen eerder en frequenter de spoedeisende hulp (SEH) bezoeken dan jongeren (zie figuur 3 naar huidige SEH-bezoeken per leeftijdsgroep in 2016). De inschatting is dat – als we blijven doen wat we nu doen – het aantal SEH-bezoeken van mensen van 75 jaar en ouder per jaar zal stijgen met 3,5 %. Dit zijn meer dan 800.000 bezoekers voor de SEH in 2030 en 1,129 miljoen in 2040 (nu is dat 489.000). En van deze groep wordt nu 42% opgenomen in het ziekenhuis (figuur 4). De belasting van het ziekenhuis door acute patiënten groeit daarmee (bron: Nza).

² SCP, Kwetsbare Ouderen 2011; het gehanteerde meetinstrument voor kwetsbaarheid is de Tilburg Frailty Indicator (TFI). Zie het rapport voor nadere uitleg. Overigens behoort driekwart van de populatie van instellingen ook tot de groep kwetsbare ouderen.

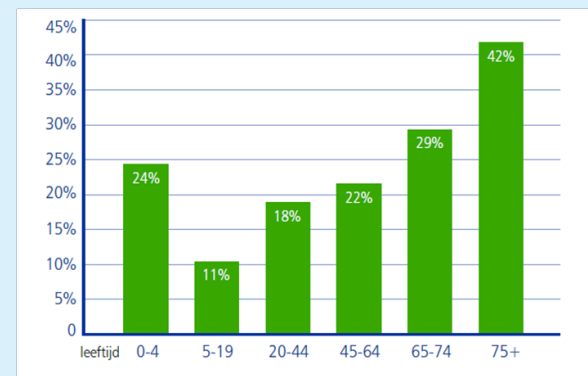
Figuur 1



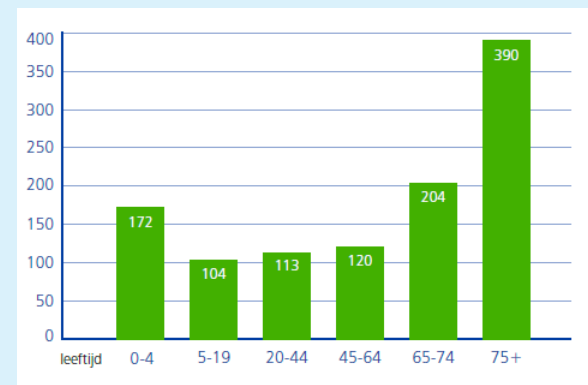
Figuur 2 Aandeel instellingsbewoners vergeleken met totaal aantal 80-plussers (bron: Monitor Langdurige Zorg)



Figuur 3 aantal SEH-bezoeken per 1000 inwoners per leeftijdsgroep in 2016 (bron: Vektis)



Figuur 4 Percentage klinische opname na SEH-bezoek per leeftijdscategorie in eerste helft 2016 (bron: Vektis)



Ouderen met behoefte aan zorg en ondersteuning op de juiste plek (zorgval)

Het merendeel van de ouderen met een zorg- of ondersteuningsvraag wil zo lang mogelijk in zijn eigen huis blijven wonen. Het is de buurt waar mensen hun sociale netwerk hebben en hun voorzieningen kennen. Zorg en ondersteuning thuis kan vanuit de Zvw en/of Wmo en de Wlz geleverd worden. Hierdoor kunnen zorgvragers met verschillen tussen stelsels geconfronteerd worden, waardoor ze mogelijk te maken krijgen met een terugval in uren-zorg en een verandering in eigen bijdrage.

- > Belangrijk is dat mensen zorg krijgen waar ze behoefte aan hebben en dat ze zich veilig voelen in hun eigen omgeving. Zorg thuis moet zoveel mogelijk aansluiten op de wensen van de zorgvrager, waarbij de zorg en ondersteuning zo goed mogelijk op elkaar worden afgestemd. Dit betekent bijvoorbeeld dat als het beddengoed, door een ongelukje, verschoond moet worden de hulpverlener die als eerste komt dit kan doen. Het is aan de cliënt niet uit te leggen dat er tot de volgende dag gewacht moet worden omdat dan pas iemand van de huishoudelijke hulp komt.
- > In het contact tussen zorgvrager en professional speelt signalering een belangrijke rol. Veel kwetsbare ouderen ervaren een langere periode van achteruitgang. Er komt een moment dat het niet meer verantwoord is dat de zorg thuis wordt geleverd en dat de noodzaak voor intramurale opname in zicht komt. Bij een niet pluis gevoel moet er actie ondernomen worden.

- > Zorg thuis wordt vanuit de Wlz geleverd als cliënten voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz en een indicatie hebben aangevraagd. Bij een overgang van de Zvw/Wmo kunnen cliënten die geen opnamewens hebben met een terugval in uren geconfronteerd worden. Dit wordt veroorzaakt doordat de Wlz een doelmatigheidsgrens kent, die afgeleid is van de kosten in een instelling. Hierdoor zijn er cliënten die wel thuis willen wonen maar niet meer thuis kunnen blijven, doordat er grenzen zijn aan de zorg die thuis geleverd wordt.
- > Cliënten vragen een Wlz-indicatie aan omdat ze mogelijk in de toekomst opgenomen willen worden in een instelling. De veronderstelling is dat met het vroegtijdige aanvragen van een indicatie de cliënt uiteindelijk opgenomen kan worden bij een instelling naar voorkeur. Dit is vaak niet het geval. De cliënt komt pas op een wachtlijst als er een daadwerkelijke opnamewens is. Dan nog komt het vaak voor dat er een crisissituatie optreedt, waardoor de cliënt met spoed opgenomen moet worden bij een instelling die een plek beschikbaar heeft.

Mogelijkheden om een teruggang in noodzakelijke zorg te voorkomen

- > Gemeenten en zorgverzekeraars maken afspraken om de zorg zoveel mogelijk integraal te leveren. Dit kan bijvoorbeeld door samen inkoopafspraken te maken bij een zorgaanbieder die zowel de zorg als ondersteuning kan leveren. Afhankelijk van de zorg en ondersteuning die geleverd is, wordt dit gedeclareerd bij de verzekeraar en/of de gemeente.
- > Gemeenten en zorgverzekeraars maken afspraken om de zorg thuis zo lang mogelijk vanuit de Zvw en Wmo 2015 te bieden

als de cliënt tevreden is met de geboden zorg en ondersteuning. Dit zolang de zorg thuis nog verantwoord geleverd kan worden.

- > Gemeenten, wijkverpleegkundige, en sociale wijkteam maken afspraken over wie de regie heeft bij het signaleren van een niet 'pluis' gevoel en maken afspraken hoe hiermee wordt omgegaan.
- > Gemeenten, wijkverpleegkundig team, en het sociale wijkteam spreken af wie de regie neemt over het voorbereiden en informeren over een Wlz indicatie. Door de cliënt beter over de consequenties van een Wlz-indicatie te informeren, kan worden voorkomen dat mensen uit eigen beweging of op advies van een ander een Wlz-indicatie aanvragen terwijl ze nog geen opnamewens hebben en tevreden zijn over de geboden zorg.
- > VWS onderzoekt momenteel wat mogelijk is om de grenzen onder de Wlz te verruimen, waardoor cliënten die de zorg thuis af willen nemen meer uren kunnen ontvangen. Daarnaast wordt onderzocht in hoeverre het wenselijk is om de ouderenzorg die thuis wordt afgenomen te beperken tot zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo.

Twee voorbeelden

Samenwerkingsovereenkomst domeinoverstijgend werken

De samenwerkingsovereenkomst domeinoverstijgend werken is een samenwerkingsconvenant tussen de gemeente Ede, zorgverzekeraar Menzis en (zorgaanbieder) Opella. De cliënt staat in deze samenwerkingsovereenkomst centraal. Kwetsbare ouderen (en hun naasten) worden ondersteund op een manier dat zij langer op een kwalitatief goede wijze het leven kunnen blijven leven zoals



ze dat willen in hun eigen vertrouwde omgeving. Tussen gemeenten en zorgverzekeraars zijn afspraken gemaakt om de zorg zo lang mogelijk thuis vanuit de Zvw en de Wmo te leveren.

Project Grensvlakken ouderenzorg

Een project, waarbij met de VNG, gemeenten, een zorgverzekeraar/ Wlz-uitvoerder, en zorgaanbieders besproken wordt welke problemen er op het grensvlak tussen Zvw / Wmo en de Wlz zijn en hoe deze in de praktijk zoveel mogelijk opgelost kunnen worden.

Chronisch zieken (startpunt: COPD)

De randvoorwaarden die nodig zijn voor een echt andere organisatie hebben betrekking op de volle breedte van (voor)zorg en ondersteuning. Ze zijn in het bijzonder van belang voor bepaalde groepen, voor wie nu zeker niet de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment geldt. Eén van die groepen is mensen met chronische aandoeningen, in het bijzonder COPD, diabetes, hartfalen, nierinsufficiëntie en dementie.

Voor de **doelgroep COPD** wordt hieronder een werkwijze geschetst. Als wij voor deze “subgroep” een aantal algemene kenmerken kunnen definiëren, doelstellingen en randvoorwaarden opstellen en een alternatief kunnen schetsen, dan zou dit mogelijk geëxtrapoleerd kunnen worden naar de andere groepen. Een randvoorwaarde is dat er voor een beperkt aantal doelgroepen (minder dan vier) met een landelijke opschaling begonnen wordt. Voor de groep chronisch zieken, lijkt COPD het meest interessant en afbakenbaar.

Mensen met COPD worden als zodanig geregistreerd in de diverse HISsen (Huisarts Informatie Systeem) en ook in het ziekenhuis zijn de DBC's geordend op basis van COPD. Daarmee zou de totale groep, geschat op 600.000, goed gedefinieerd kunnen worden, en via Vektis zou de totale jaarlijkse schadelast in kaart kunnen worden gebracht. Van deze groep zijn er jaarlijks 30.000 opnamen in ziekenhuizen (schatting: Longalliantie Nederland).

Mensen blijven naar het ziekenhuis komen, omdat zij angst en onzekerheid ervaren (beleefde onveiligheid) en met hun vraagstelling bij een gespecialiseerde terecht willen kunnen om hun acute vragen te laten beantwoorden. Eventuele exacerbaties kunnen voorkomen worden als mensen, samen met hun omgeving

(partner, familie, mantelzorg) zich voldoende veilig voelen in de thuissituatie.

Probleemdefinitie

- > Uit onderzoek van LAN is naar voren gekomen (zeven pilots) dat een reductie van 60% aan ziekenhuisopnames voor COPD patiënten mogelijk is, mits goed wordt samengewerkt door professionals (wijkverpleegkundige; (long)verpleegkundigen; mogelijk casemanager; de longarts (regierol en diagnoserol); de huisarts heeft een beperkte rol).
- > Echter, er is geen financiële prikkel voor ziekenhuizen, in de zorg voor COPD-patiënten dan wel in algemene zin, om samen te werken waar dit leidt tot minder opnames. Dit leidt direct tot minder omzet, terwijl veel van de vaste kosten wel hetzelfde blijven. Dat is niet goed voor de continuïteit van het ziekenhuis. Dit sluit niet aan bij de gedachte van 'Zorg op de Juiste Plek'.
- > Een bepaald percentage van de mensen met COPD bezoekt jaarlijks een polikliniek, vaak meerdere malen. Dit is uiterst belastend voor hen en kost veel tijd (mobiliteit). Gewenst wordt dat deze groep wel antwoord blijft krijgen op hun vragen, maar dat dit idealiter in de thuissituatie gebeurt, vanuit de gedachte van 'Zorg op de Juiste Plek'.

Doel

- > **In de toekomst geen mensen met COPD (lees: chronisch zieken) meer fysiek te behandelen in de ziekenhuizen, tenzij.**

Startpunt

- > COPD (waarom: helder identificeerbare groep met een duidelijk uitkomstprofiel; regionaal af te bakenen zorg).
- > Regionaal, om zo de “dichtbij” functie nog te kunnen invullen, en om voor en door professionals op de meest eenvoudige wijze nieuwe verbindingen te kunnen laten maken.

Voorbeeld stappenplan

- > In beeld brengen totale kosten (alle lijnen) van de totale COPD populatie in Nederland (via Vektis, zie ook verderop).
- > Deze totale kosten buiten de bestaande kaders plaatsen en oormerken.
- > In een x aantal regio's een aanbestedings(inkoop)procedure opstarten t.b.v. het leveren van zorg voor de desbetreffende COPD populatie.
- > Aanbestedingsprocedure op basis van pakket van eisen, waaronder:
 - > **Iedereen kan inschrijven**
 - > aandacht voor preventie (voorkomen angst en onzekerheid);
 - > reductie mobiliteit patiënten naar het ziekenhuis (i.e. -25% of -x% per 20xx);
 - > zorgverlening o.b.v. (te definiëren) uitkomsten die ertoe doen voor de patiënt, bijvoorbeeld: vergroten welbevinden van de mens;
 - > samenwerking wijkverpleegkundigen; huisartsen; ziekenhuis (longartsen en verpleegkundigen);
 - > passende dienstenstructuur m.i.v. eventuele krimp (borging avond- en weekenddiensten).

- > Financiële taakstelling t.b.v. doelmatigheid, bijvoorbeeld: totale kosten voor deze populatie in de huidige situatie: tien miljoen; zou zeven miljoen kunnen worden.
- > Partijen leveren als output van de aanbestedingsprocedure een protocol op voor de zorgverlening; aanbesteder selecteert beste partij gegeven de gestelde eisen.
- > Aanbesteding voor een periode van 3 jaar:
- > Aanvullende randvoorwaarde: wetenschappelijke verenigingen zorgen voor passende richtlijnen (of in ieder geval geen strijdigheid)

Nader te bepalen

- > Afbakening van en het wenselijke aantal regio's. Afweging tussen: provincies (12); zorgkantoort regio's (32); aantal COPD-patiënten¹⁾; aantal ziekenhuizen.
- > Beslissen wie de rol van aanbesteder te geven? Het ligt voor de hand dit te beleggen bij de (marktleidende) zorgverzekeraar in de regio.

Informatie over COPD patiënten en kosten

<https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50040NED/table?graph-type=Table&ts=1512975518824>

Generieke cijfers uit 2011: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/copd>

Cijfers voor de ziekenhuissector: DBC en aantal per jaar betreffende longziekten: http://www.doktersrekening.nl/zoek/top_behandelingen.php#Longziekten

De ontwikkeling van behandeling van ademhalingsziekten in het ziekenhuis 2012 – 2014 (Vektis): <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/ziekenhuiszorg/ontwikkeling-medisch-specialistische-zorg-2015/monitor/volumemonitor-msz/>

SIRM in hun rapport <http://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Rapportage-SIRM-Next-level-gezondheidszorg.pdf> over substitutiemogelijkheden: Blz 85 over heropnames (project Flevoland) en vooral blz 169 e.v. waar veel kosten staan.

De Gecombineerde Leefstijl Interventie

Een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) is een interventie bij overgewicht die is gericht op het aanzetten tot gezonder eten, meer bewegen en aanpassing van gedrag, zoals meer ontspanning en beter slapen. Het Zorginstituut heeft in 2009 geconstateerd dat een GLI de effectieve interventie bij overgewicht en obesitas is.

Inmiddels beginnen de contouren helder te worden waaraan een GLI zou moeten voldoen om betaald te worden vanuit het basispakket. Het Zorginstituut heeft namelijk een addendum op zijn duiding uit 2009 opgesteld en de NZa is ver gevorderd in het opstellen van een prestatiebeschrijving en een tarief. Deze zijn mede gebaseerd op het Cool-programma (Coaching op Leefstijl) van de verzekeraar CZ in een aantal regio's dat door middel van de beleidsregel innovatie van de NZa de afgelopen jaren is gefinancierd.

Het is de bedoeling dat GLI-aanbod vanaf volgend jaar door middel van de reguliere prestatie kan worden gedeclareerd en dat zorgverzekeraars nog dit jaar deze zorg gaan inkopen. Het tarief voor een GLI zal zijn gebaseerd op een groepsgewijs programma, maar inhoudelijk zijn veel varianten mogelijk om betaald te kunnen worden vanuit het basispakket. Wel is van belang dat het programma zich richt op de genoemde drie aspecten (eten, bewegen, gedrag), dat het effectief is en passend binnen de randvoorwaarden in de prestatiebeschrijving van de NZa.

Aansluiting op het gemeentelijke beweegaanbod kan de effectiviteit van een GLI-programma verhogen. Daarvoor is samenwerking met het sociale domein en financiering daarvan door gemeenten noodzakelijk. De coördinatiekosten voor de afstemming met het

¹ PM: Wenselijke N (schaal voor aanbesteding) te overleggen met Long Alliantie Nederland

01 sociale domein en met de huisarts worden verwerkt in het tarief
02 voor de aanbieder van een GLI-programma en dus betaald vanuit
03 de basisverzekering.

Meer informatie is te vinden op de website van het Zorginstituut:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2018/03/12/zorginstituut-geeft-meer-duidelijkheid-over-gecombineerde-leefstijlinterventies>

04 Er zijn ook andere programma's gefinancierd door andere verzeke-
05 raars, zoals het programma 'Keer Diabetes2 Om' van de Stichting
06 Voeding Leeft en zorgverzekeraar VGZ. Deelnemers werken in een
07 groep onder begeleiding van artsen, diëtisten, koks en coaches aan
08 verandering van hun leefstijl. Ze trekken vijf dagen met elkaar op
09 en krijgen ook via internet ondersteuning. De focus ligt op voeding,
10 bewegen, ontspanning en slaap.

Nierfalen – meer dialyse in het ziekenhuis in plaats van thuis?

De feiten

- > Het aantal mensen met nierfalen neemt toe tussen 2001 en 2016. Dit wordt met name veroorzaakt door een stijging van het aantal patiënten vanaf 45 jaar, hoogstwaarschijnlijk doordat mensen langer leven met niervervangende therapieën (dialyse).
- > Het aantal transplantaties (donornier) stijgt voor alle leeftijds-categorieën.
- > Het aantal dialysepatiënten neemt af voor de jongere leeftijdscategorieën (tot 45 jaar), is stabiel voor de middelste leeftijdscategorieën (45 – 74 jaar) en stijgt voor de oudste leeftijdscategorie (75+).
- > Het aandeel dialysepatiënten dat thuis wordt behandeld is tot voor kort gedaald.
- > Deze beweging is het sterkst in de jongere leeftijdscategorieën (van 2001 tot 2016 daalt deze van 53% naar 41% (tot 45 jaar), van 47% naar 24% (45 – 74 jaar) en van 40% naar 22% voor de mensen ouder dan 75 jaar).

De trend: minder thuisdialyse – meer dialyse in het ziekenhuis.

Bij de patiënten met nierfalen is een daling zichtbaar in het aantal thuisdialyses. Meer patiënten worden in het ziekenhuis/dialysecentrum gedialyseerd. Dit kan als ongewenst worden gezien omdat:

- > het belastend is voor mensen om elke keer naar het ziekenhuis te gaan. En doordat enkele ziekenhuizen hun dialyse niet (meer) fulltime beschikbaar hebben - zo biedt een ziekenhuis alleen nog in de ochtend dialyse aan – moet de patiënt verder reizen.
- > de kosten van thuisdialyse veel lager zijn.²

Vanwege een zwaardere zorgvraag?

Het is aannemelijk dat de patiënten die voorheen dialyse ontvingen nu vaker in aanmerking komen voor transplantatie - en dat daarmee de patiënten die nu dialyse ontvangen in essentie een zwaardere zorgvraag hebben dan voorheen. Voor patiënten met een zwaardere zorgvraag zijn er in een centrum meer faciliteiten.

Of zijn er andere oorzaken?

- > Sinds 2000 is er een groeiend aantal zelfstandige behandelcentra die dialyse aanbiedt.
- > Is er terughoudendheid en/of onbekendheid met thuisdialyse bij artsen? Er lijkt onvoldoende aandacht voor peritoneale dialyse in de opleidingen.
- > Er lijken tariefverschillen (gemiddelde prijsverschillen) te zijn voor thuis- en centrumdialyse.
- > Er lijken financiële prikkels te bestaan om in centra te dialyseren (leegstand in centra is duur en er is sprake van hogere vergoedingen).
- > Er is sprake van praktijkvariatie bij de thuisdialyse.

Hoe groot het objectieve potentieel voor meer thuisdialyse is, is echter niet eenvoudig te bepalen. Wel kunnen we aannemen dat dit potentieel zeker bestaat.

² De tarieven voor hemodialyse kennen een grote spreiding, vooral bij thuisdialyse. Een thuisdialyse is naar schatting zo'n 100 euro per week goedkoper. Deze schatting is echter, gebaseerd op de data van één zorgverzekeraar en is daarmee niet per definitie een landelijk beeld.

Transplantatie de beste behandeling – met een positieve relatie met thuisdialyse

Overigens is transplantatie (met levende of dode donornier) altijd en verreweg de meest (kosten) effectieve behandeling. Meer transplantaties leidt tot betere kwaliteit van leven en veel gunstigere kosteneffectiviteit bij mensen met nierfalen.

Indien transplantatie niet mogelijk is, moet vervolgens het gesprek met de patiënt worden gevoerd over de behandeling en de keuze voor centrum- of thuisdialyse.

Onwenselijke trend - acties door zorgaanbieders en onderzoekscentra³

Veldpartijen en onderzoeksinstituten zien de meerwaarde van thuisdialyse en ondernemen actie. Zij proberen thuisdialyse te stimuleren en op de kaart te zetten⁴:

Wat is verder nodig?

- > Een goede bekostigingsinfrastructuur die keten- en organisatieoverschrijdende samenwerking faciliteert. Denkbaar is bijvoorbeeld één prestatie (tarief) voor alle dialyse.
- > Het verbeteren van het delen van data tussen specialisten, i.e. het integreren van datavorming / netwerk in ziekteoverstijgende registers en het oplossen van de privacy bezwaren daaromtrent.

Keuzehulp & Samen beslissen (keuzevrijheid patiënt vergroten)	
Nierpatiënten Vereniging Nederland	Ontwikkeling Nierwijzer, een online keuzehulp en consultkaart
Patient+	Behandelkeuzehulp dialyse
Zorgverzekeraars Nederland en Nierstichting	Nierteam aan Huis, een landelijk project van vier universiteitsziekenhuizen en vier algemene ziekenhuizen. Bij patiënten met nierziekten thuis voorlichting geven aan hun familie, vrienden en kennissen over de impact en behandeling van een nierziekte.
De Nierstichting	De draagbare kunstnier die de Nierstichting ontwikkelt, is een compact hemodialyseapparaat. Het biedt een alternatief voor het huidige, grote hemodialyseapparaat dat vooral geschikt is voor gebruik in een ziekenhuis of dialysecentrum.
Nederlandse Internisten Vereniging	Ontwikkeling richtlijn Niervervangende therapie wel of niet starten
Afdeling Nefrologie van Academisch Centrum Amsterdam	Organiseren van Peritoneaal Dialyse University Course (PD University). Hierin worden de theoretische en praktische aspecten van Peritoneale Dialyse behandeld (bij tekort in opleiding).
Onderzoek (inzicht in kosten en uitkomst niervervangende therapieën vergroten)	
Taskforce met vertegenwoordigers Nederlandse Federatie voor Nefrologie, Nierpatiënten Vereniging Nederland en de Nierstichting	Onderzoek naar belemmeringen m.b.t. de uitbreiding van thuisdialyse, zowel peritoneaal als hemodialyse thuis.
DOMESTICO	Onderzoekstraject waarin inzicht wordt gegeven in de effecten van thuisdialyse op kwaliteit van leven en klinische uitkomsten, in relatie tot de werkelijke zorgkosten. Dit gebeurt zowel retrospectief als prospectief.
Dutch nOturnal and hoME dialysis Study To Improve Clinical Outcomes	
Internationale werkgroep ICHOM o.l.v. internist-nefroloog Willem Jan Bos ⁵ , VWS	De uitrol van PROMS / ICHOM, waarin een set aan worden vastgesteld voor nefrologie die we internationaal kunnen benchmarken (specifieke PROMS).
AMC, het Onderzoekscentrum Keten zorg chronische ziekten Isala en Nefrovisie (o.a. gefinancierd door de Nierstichting)	Ontwikkeling van de Nieratlas (De Nederlandse Nieratlas zal landelijke cijfers opleveren, die mogelijkheden bieden voor internationale vergelijking, en ook eventuele regionale verschillen in de zorg en de daarbij behorende zorgkosten van nierziekten zichtbaar maken.)
RIVM i.s.m. de Nierstichting	Onderzoek naar nierziekten ⁶ , en de declaraties van de verschillende therapieën.
Vita Valley	Vitaal Thuis. Vitaal Thuis is gestart in 2014 en is een veldinitiatief van VitaValley met als doel mensen in staat te stellen thuis de zorg te ontvangen die zij nodig hebben. Digitale innovatie en de inzet van (thuis)zorgtechnologie is hierbij een belangrijke pijler. Hierbij richten zij zich o.a. op thuisdialyse.
Verzekeraars	
Zilveren Kruis Achmea	Onder meer Zilveren Kruis Achmea stimuleert thuisdialyse in haar zorginkoop.

³ De dalende trend van aantal thuisdialyses lijkt uit te bodemen. Sinds 2016 zien we weer een lichte stijging in het aantal thuisdialyses.

⁴ Dit is slechts een indicatief overzicht en is daarmee niet uitputtend.

⁵ <https://www.nefrovisie.nl/nieuws/ichom-luistert-naar-nierpatient/>

⁶ Bijvoorbeeld: <https://www.nierstichting.nl/nieuws/2018/01/minder-patienten-met-chronische-nierschade-door-verlaging-zoutconsumptie/>

Preventiecoalities

Sinds vorig jaar loopt de subsidieregeling preventiecoalities. Dit is één van de maatregelen die het ministerie van VWS heeft ingezet om preventie voor risicogroepen binnen het zorgstelsel te stimuleren. De gedachte hierbij is dat zorgverzekeraars en gemeenten financiers en opdrachtgever zijn van de uitvoering van de vijf wetten waar preventie een rol speelt: Wet publieke gezondheid (Wpg), Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Zij richten zich hierbij op dezelfde gezondheidsproblemen en op dezelfde doelgroepen.

Kenmerken regeling

- > De subsidie is een tegemoetkoming in de samenwerkingskosten van gemeenten en zorgverzekeraars bij het opzetten van preventieactiviteiten voor risicogroepen;
- > Van deze kosten van procescoördinatie wordt maximaal één derde gesubsidieerd;
- > De zorgverzekeraar is aanvrager en dient de procescoördinatie in samenwerking met één of meerdere gemeenten te verrichten;
- > De subsidie wordt voor maximaal drie jaar verleend (aanvragen kan tot 1 oktober 2021);
- > Er is totaal 15 miljoen beschikbaar; er geldt geen maximumbedrag per aanvraag.

Type activiteiten

Het doel van de subsidieregeling is breed geformuleerd. Gedacht kan worden aan activiteiten die nodig zijn voor het coördineren van het opstarten van de coalitie, voor het coördineren van de uitvoering,

voor doorontwikkeling van de samenwerking en voor het structureel borgen van de ontwikkelde werkwijze. Ook activiteiten die ondersteunend zijn aan de uitvoering kunnen eronder vallen. Als voorbeeld daarvan kan worden genoemd het betrekken van (nieuwe) partijen die nog niet goed zijn aangesloten in een bestaande preventiecoalitie.

Het daadwerkelijk uitvoeren van de preventieve activiteiten valt dus niet onder deze regeling, omdat daarvoor van de reguliere financiering gebruik kan worden gemaakt.

Twee voorbeelden

In de preventiecoalitie Vitaal Twente werken zorgverzekeraar Menzis en diverse Twentse gemeenten samen. Doel is de vitaliteit van inwoners te verbeteren bij wie dit het meest onder druk staat als gevolg van gezondheidsrisico's. Denk aan ouderen, kwetsbare groepen en kinderen met overgewicht.

De preventiecoalitie **Wijkgerichte aanpak Oss** is een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars VGZ en CZ en de gemeente Oss. Samen richten zij zich in de wijk Ruwaard op het ondersteunen van de bewoners in het verbeteren van de gezondheid tegen lagere kosten. De wijkbewoners worden hier nauw bij betrokken vanuit hun eigen leefwereld en verantwoordelijkheid.

Vitaal Vechtdal zet zich in voor een gezonde, actieve regio. De partners van Vitaal Vechtdal werken mee aan de verbinding tussen sociaal-maatschappelijk domein, zorgaanbieders en zorgverzekeraars middels de gezamenlijke projecten. <https://www.vitaalvechtdal.nl/>

Het preventieteam van het Ministerie van VWS helpt u graag bij het voorbereiden van een aanvraag: preventieteam@minvws.nl.

Meer informatie over de subsidieregeling: <https://www.loketgezondleven.nl/preventie-het-zorgstelsel/alles-over-preventie-het-zorgstelsel/subsidieregeling-preventiecoalities>.

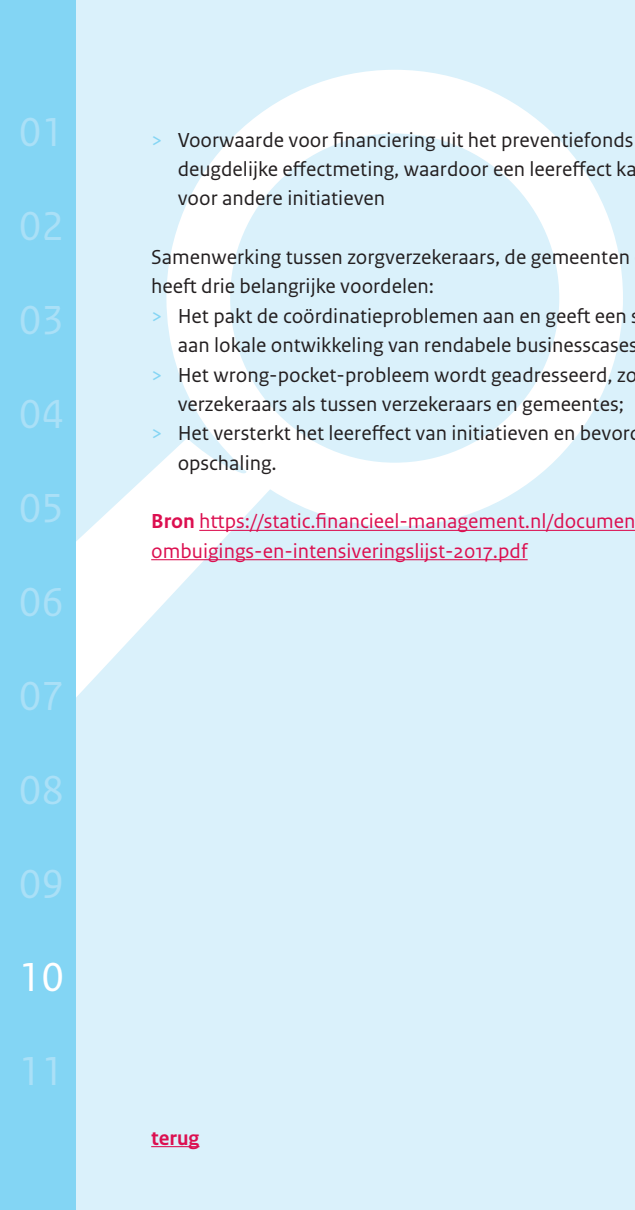
Preventiefaciliteit

Verzekeraars kunnen niet verplicht worden bij te dragen aan een preventiefaciliteit, wel kan dit een bestuurlijke afspraak zijn. Dit kan op zich zelf staan of in het verlengde van de preventiecoalities. Verzekeraars committeren zich om voor een periode van vijf jaar jaarlijks één euro per verzekerde beschikbaar te stellen voor selectieve preventie (preventie gericht op bepaalde risicogroepen). Dat levert over een periode van vijf jaar 85 mln op.

Dit geld komt uit eigen middelen van de zorgverzekeraars, en kan worden aangevuld met middelen van gemeenten. Als een gemeente en een verzekeraar (of een groep van beiden) het eens zijn over gezamenlijke activiteiten kunnen ze "trekken" op deze faciliteit na een lichte toetsing door hun vertegenwoordigers. Een wetswijziging is niet nodig.

De faciliteit heeft de volgende kenmerken:

- > Middelen zijn beschikbaar voor ondersteuning van lokale initiatieven van gemeenten, zorgaanbieders en andere stakeholders (middelen staan buiten overheid);
- > Opschaling van haalbare business cases via uitwisseling van kennis en informatie over mogelijkheden van reguliere financiering;

- 
- > Voorwaarde voor financiering uit het preventiefonds is een deugdelijke effectmeting, waardoor een leereffect kan ontstaan voor andere initiatieven

Samenwerking tussen zorgverzekeraars, de gemeenten en het Rijk heeft drie belangrijke voordelen:

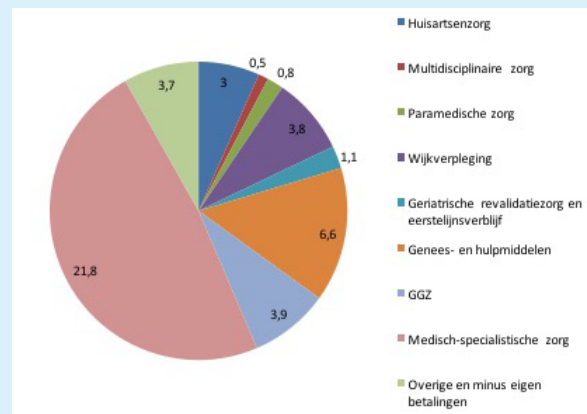
- > Het pakt de coördinatieproblemen aan en geeft een stimulans aan lokale ontwikkeling van rendabele businesscases;
- > Het wrong-pocket-probleem wordt geadresseerd, zowel tussen verzekeraars als tussen verzekeraars en gemeentes;
- > Het versterkt het leereffect van initiatieven en bevordert de opschaling.

Bron <https://static.financieel-management.nl/documents/15724/ombuigings-en-intensiveringslijst-2017.pdf>

Totale Zvw-uitgaven

Totale Zvw-uitgaven	Mld 2018
Huisartsenzorg	3,0
Multidisciplinaire zorg	0,5
Paramedische zorg	0,8
Wijkverpleging	3,8
Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf	1,1
Genees- en hulpmiddelen	6,6
GGZ	3,9
Medisch-specialistische zorg	21,8
Overige en minus eigen betalingen	3,7
Netto Zvw	45,2

Bron Netto Zvw-uitgaven (raming) - Ontwerpbegroting 2018
Bedragen x € 1mld



Bestaande studies over besparingspotentieel zorg op de juiste plek

Dat er besparingen te realiseren zijn door zorg op de juiste plek te leveren, is evident. Maar aan wat voor bedragen moeten we dan denken? Het is niet eenvoudig om daar een macrocijfer aan te verbinden, omdat het zoveel verschillende vormen van herinrichting van zorg omvat. Wel zijn er enkele onderzoeken die interessante inzichten bieden in elementen van zorg op de juiste plek. Deze studies zijn op aannames met een hoge mate van onzekerheid gebaseerd. Dat neemt niet weg dat substantiële besparingsmogelijkheden voorzienbaar zijn en dat de uitgaven de komende jaren in elk geval zouden kunnen dalen.

SiRM: potentiële besparing van € 1,5 miljard euro door ontschotting binnen Zvw

In 2016 heeft SiRM onderzoek gedaan naar ontschotting in de zorg.¹ SiRM stelt dat de Nederlandse zorg verder kan verbeteren in kwaliteit en efficiëntie door de zorg minder langs schotten te organiseren. Door de bestaande schotten – waarbij SiRM onderscheid maakt tussen financiële schotten, reguleringsschotten en schotten in de praktijk die voortkomen uit de macht der gewoonte en cultuurverschillen tussen organisaties – wordt de zorg niet altijd geleverd waar dat voor de patiënt het beste is. SiRM heeft 60 succesvolle projecten geanalyseerd, de resultaten daarvan geëxtrapoleerd naar landelijk niveau en prognoses op basis van diverse onderzoeken daarin meegenomen. SiRM schat in dat de groei van de Zvw-uitgaven tenminste met 0,6% per jaar verlaagd zou kunnen worden door een verschuiving van zorg van ziekenhuizen en

GGZ-instellingen naar huisartsen, eerstelijnsvoorzieningen en de patiënt zelf thuis (dus een plak van ¼ mld per jaar). Dit resulteert in een potentiële besparing van € 1,5 miljard euro in 2020. Verbreding van ontschotting en substitutie naar de Wlz en Wmo zou uiteraard tot grotere besparingen leiden, maar daar verbindt SiRM geen cijfers aan.

Gupta: 46% ziekenhuiszorg kan ook thuis worden geleverd

In 2017 heeft Gupta een revisie van zijn eerdere studie *No place like home* uitgebracht.² Hoofdboodschap is dat 46% van de zorg die nu in Nederland in het ziekenhuis plaatsvindt, ook thuis zou kunnen plaatsvinden, via monitoring op afstand en data-analyse. Voor 70% van alle zorgtrajecten (patient journeys) en 60% van alle patiënten geldt dat de zorg gedeeltelijk thuis zou kunnen plaatsvinden. Volgens Gupta worden 40% van de ziekenhuisgebouwen overbodig, wat tot reductie van 1 tot 2,5% van de ziekenhuisbudgetten kan leiden. Op een totaal van bijna 22 mld euro³ in 2018 zou dat neerkomen op een bedrag tussen de ¼ en ½ mld euro structureel. Uiteraard kan deze besparing pas op termijn worden gerealiseerd. Gupta gaat niet in op de bredere besparingsvoordelen van meer ziekenhuiszorg thuis. De technieken die hiervoor nodig zijn, zijn al beschikbaar. De goede voorbeelden van het

- 1 SiRM (2016), Next level gezondheidszorg: hoe het beter en efficiënter kan. <http://www.sirm.nl/publicaties/next-level-gezondheidszorg-hoe-het-beter-en-efficienter-kan>
- 2 Gupta (2017), No place like home. An analyses of medical care at home – revised edition. <https://www.gupta-strategists.nl/storage-files/Gupta%20Strategists%20-%20No%20Place%20Like%20Home%20-%202017.pdf>
- 3 Dit bedrag komt niet van Gupta, maar uit de VWS-begroting 2018. Het gaat om het bedrag voor medisch-specialistische zorg, exclusief geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf en beschikbaarheidsbijdrage

naar huis brengen van zorg poppen volgens Gupta weliswaar als paddenstoelen uit de grond, maar daarbij wordt het wiel wel steeds opnieuw uitgevonden. Omdat voor 90% van de patiënten geldt dat hun zorgtrajecten in (vrijwel) alle ziekenhuizen voorkomen, zouden ziekenhuizen veel van elkaar kunnen leren of gezamenlijk zorg naar huis kunnen brengen. De belangrijkste belemmering waarom dit niet gebeurt zit volgens Gupta in de mensen zelf. Van zowel zorgprofessionals als patiënten vergt het een andere manier van denken.

Gupta: persoonlijke gezondheidsomgevingen kunnen 4,6 miljard euro opleveren

Vorig jaar heeft Gupta tevens een rapport gepubliceerd over de kosten en baten van persoonlijke gezondheidsomgevingen.⁴ Dat is een veilige online omgeving waar voor mensen die dat willen alle gezondheidsinformatie van huisarts, tandarts, ziekenhuis, consultatiebureau, sportschool etc. kan worden verzameld, gebruikt en gedeeld. Op basis van bestaande onderzoeken en validatie van aannames met verschillende experts komt Gupta tot de conclusie dat de potentiële baten opwegen tegen de kosten. Als in tien jaar tijd geleidelijk iedereen gebruik gaat maken van zo'n persoonlijke gezondheidsomgeving, kunnen de baten oplopen tot 4,6 miljard euro, vooral gedreven door een reductie in langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (2 miljard euro), een reductie in doorverwijzing naar de tweede lijn door zelfmanagement (1 miljard euro), het voorkomen van onnodige medische onderzoeken (365 miljoen euro), het voorkomen van geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen, het verhogen van therapietrouw (275 miljoen euro) en het voorkomen van verergering van ziekten en lange termijn complicaties door toepassen van *remote monitoring* (220 miljoen euro). Uiteraard zijn er ook kosten aan verbonden. In de beginfase zijn er

incidentele investeringen nodig in ICT, opleidingen en aanpassingen van de werkwijze. Deze worden door Gupta geraamd op 530 miljoen euro. De structurele kosten zijn na 10 jaar jaarlijks 150 miljoen euro, met name gedreven door het ontsluiten van de gegevens door zorgaanbieders en het aanbieden en onderhouden van persoonlijke gezondheidsomgevingen. De cumulatieve baten zijn na ongeveer drie jaar groter dan de cumulatieve incidentele en structurele kosten.

⁴ Gupta (2017), Kosten-batenanalyse persoonlijke gezondheidsomgeving, <https://www.medmij.nl/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-Gupta-Kosten-batenanalyse-persoonlijke-gezondheidsomgevingen.pdf>

Bijlage 1 Opdracht Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek?

“Uitgangspunt is goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment” (regeerakkoord).

Waar gaat het over?

De Nederlandse zorg is goed, maar staat de komende jaren voor een aantal inhoudelijke en financiële uitdagingen. Meer ruimte voor eigen regie en meer zorg op maat, als het kan dichtbij de patiënt, verder weg als het moet, als het nodig is over de schotten heen en in netwerken. Niet de vraag “What is the matter with you?”, maar de vraag: “What matters to you?”. Niet alleen of de operatie geslaagd is, maar ook of de interventie bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven. Met een scherp oog voor het feit dat voor medische problemen vaak een oorsprong hebben in een ander domein. We zeggen vaak dat we integraler naar zorg willen kijken, het is zaak dat ook te doen.

‘Juiste zorg op de juiste plek’ kan verschillende vormen van herinrichting van zorg omvatten:

- > Preventie: voorkomen dat mensen ziek(er) worden.
- > Voldoende zorg bieden in de nuldelijn (thuis, ehealth);
- > Het bevorderen van zelfmanagement van patiënten (ook via ehealth);
- > Goede overgang tussen Zvw/Wmo en Wlz zorg;
- > Verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, en het sociaal domein;
- > Goede samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars als financiers;

- > Het verplaatsen van zorg van de derde naar de tweede lijn en binnen de tweede lijn;
- > Taakherschikking binnen verschillende sectoren en het bevorderen van gepast gebruik;
- > Netwerkvorming (of samenwerking) rondom de patienten;

Van belang is als randvoorwaarde: transparantie/ Value Based Health Care: helderheid over welke zorg nodig en passend is, wat het beste helpt, welke zorgaanbieder deze het beste kan bieden etc. informatie over kwaliteit en uitkomsten van zorg transparant voor samen beslissen.

Toegankelijke zorg op de juiste plek op het juiste moment, in aansluiting op de behoeften van mensen moet leiden tot: (i) het verbeteren van de ervaren kwaliteit van passende zorg; (ii) het verbeteren van de gezondheid en kwaliteit van leven; (iii) het beheersbaar houden van de kosten.

Wat gaan we doen?

Kern is dat alle bij de zorg en ondersteuning betrokken ketenpartners verantwoordelijkheid nemen voor de drie doelen, uitgangspunten ondersteunen en die vertalen in concrete doelen en werkafspraken. Er is veel over gezegd en geschreven, het is nu zaak de **beweging** verder op gang te brengen en te ondersteunen, leren met en van de praktijk, mogelijkheden beter te benutten en belemmeringen weg te nemen, met ruimte voor verscheidenheid en experimenten.

Dit onderwerp staat reeds enige tijd op de agenda van de verschillende bestuurlijke overleggen en er is al het nodige werk verricht als onderdeel van de overbruggingsakkoorden 2018. Er wordt ook

in die context verder onderzoek gedaan. Die beweging willen we van extra brandstof voorzien. De bedoeling is dat dit - naast de arbeidsmarktagenda en de aanpak van de regeldruk - een leidend en dragend thema wordt van de diverse te sluiten hoofdlijnenakkoorden (maar uitdieping van het thema is ook waardevol als er onverhoopt geen akkoorden worden gesloten).

Het praktische doel is het bieden van een **overtuigend perspectief met concrete bouwstenen** voor de sector. Die bouwstenen moeten bijdragen aan een betere organisatie van de ondersteuning en zorg. Het gaat dus om het “wat” en om het “hoe”: wat moet er geregeld worden om het doel te bereiken en hoe krijgen we dat voor elkaar en wat is daarvoor nodig? Het gaat daarbij niet om een blauwdruk, wel om het bieden van concrete modellen, aanpakken en voorbeelden die tot inspiratie en navolging leiden in de praktijk. Er zijn immers op lokaal en regionaal niveau voorbeelden van succesvolle verschuivingen en innovaties van zorg zichtbaar, maar een brede beweging tekent zich nog niet af.

Al het werk dat al gedaan en nog wordt gedaan is in het kader van de hoofdlijnenakkoorden 2018 wordt integraal betrokken bij het werk van de taskforce. Hiermee creëren we dus ook samenhang tussen de initiatieven van de verschillende tafels. Het moet een gedragen product opleveren.

Wat moet er de komende vier jaar gebeuren om over tien jaar te zeggen: we hebben een brede beweging gemaakt en uitgevoerd, met tastbare uitkomsten. Dat vraagt om veranderingen die ingrijpen op posities en belangen, om doorzetten en volhouden, om expertise en leiderschap.

Naast dit product kan de Taskforce daarna een rol op zich nemen om de daadwerkelijke beweging van papier naar de praktijk ook te volgen en daarvoor aanbevelingen te doen.

Wie gaat het doen?

Een stevig team van gezaghebbende experts uit verschillende domeinen gaan op persoonlijke titel samen aan de slag. In een Taskforce met een concrete opdracht: het maken van de zorgbrede basis voor de sectorakkoorden. Met de steun en het vertrouwen van de partijen van de sectororganisaties. Geïnspireerd door lopend werk op dit thema en een werkconferentie met professionals uit de praktijk en de experts en bestuurders van de koepelorganisaties. Hierdoor houden we het initiatief compact maar wel in verbinding met alle reeds bestaande bestuurlijke tafels.

De Taskforce kent de leden met de volgende expertise (en achtergrond):

- > Patiëntenperspectief
- > Gemeenten
- > Wijkverpleging
- > Multidisciplinaire zorg
- > Paramedische zorg
- > Huisartsen
- > Ziekenhuis
- > Medisch Specialist
- > Zelfstandige behandelklinieken
- > Verpleeghuissector (met relatie ziekenhuis)
- > Directeur inkoop verzekeraar
- > GGZ
- > Kwaliteit van Zorg en academische ziekenhuizen
- > Voorzitter en Secretariaat (VWS)

We verwachten dat de Taskforce een waardevolle bijdrage kan leveren aan de inhoudelijke lading van de verschillende sectorakkoorden, die op steun van partijen kan rekenen. Uiteraard bepalen de deelnemers aan de bestuurlijke tafels

uiteindelijk of ze instemmen met de bijdrage van de Taskforce aan de sectorakkoorden en of er overeenstemming kan worden bereikt over een akkoord. Een eerste product is gereed op 1 april 2018 plus een plan voor een vervolgproces.

Bijlage 2 Brede bijeenkomst De Juiste Zorg op de Juiste Plek

Woensdagmiddag 7 februari waren 112 betrokkenen bijeen in Den Haag op het ministerie van VWS om te spreken over Zorg op de Juiste Plek. De middag stond in het teken van het ophalen van vernieuwende concepten, concrete bouwstenen, het uitwisselen van ideeën en het bespreken van tendensen in de zorgsector aangaande Zorg op de Juiste Plek.

Francis Horst-Lotterman, visueel gehandicapt en diabetespatiënt, deelde haar eigen ervaringen met de zorg met de deelnemers. Zij vertelde bijvoorbeeld dat zij voor haar diabetes elke maand naar de internist en naar de diabetesverpleegkundige moet. Hiervoor moe zij haar bloedwaarden in een boekje opschrijven. Door haar visuele beperking kan zij dat niet. Veel liever zou zij

haar digitale pompsysteem dat ze draagt koppelen aan haar pc en naar haar internist en verpleegkundig specialist mailen. Helaas is het digitaal overdragen van gegevens tot op heden nog niet mogelijk bij haar ziekenhuis, zo vertelde zij.

Daarna gingen de deelnemers uiteen in verschillende werkgroepen om te spreken over waar kansen lagen voor de taskforce en hoe die kansen vormgegeven zouden kunnen worden.

Sophia de Rooij sprak de deelnemers toe over het project *Hospital at home*. Waar de specialist de patiënt thuis opzoekt samen met een gespecialiseerde verpleegkundigen en waar gebruik wordt gemaakt van digitale zorg op afstand. Daarna gingen de deelnemers wederom uiteen in werkgroepen, ditmaal om met elkaar te discussiëren over de manier waarop kansen benut zouden kunnen worden. Aan het einde van de bijeenkomst presenteerden een delegatie uit de verschillende werkgroepen, van cardioloog tot verpleegkundige hun bevindingen en de opbrengst van de middag aan mevrouw

Francis Horst-Lotterman de ervaringsdeskundige, en minister Bruins.

De Taskforce heeft deze punten meegenomen in de afwegingen van deze rapportage.



Bijlage 3 Samenstelling Taskforce Zorg op de Juiste Plek

Voorzitter

Drs. B.E. (Bas) van den Dungen
Directeur-Generaal Curatieve Zorg Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Leden

prof. dr. P.J.E. (Patrick) Bindels
Hoogleraar huisartsgeneeskunde Erasmus MC

W.F.H. (Willem) de Boer
Managing Director, MC Groep

drs. J.P.J. (Joris) van Eijck
Directeur Zorg, Menzis

J.H. (Jak) Dekker
Algemeen directeur van Equipe Zorgbedrijven

prof. dr. J. (Joost) Dekker
Hoogleraar Paramedische Zorg Vumc, Amsterdam

drs. O. (Olivier) Gerrits
Directeur Zorginkoop, Zilverenkruis

drs. J. (John) Kauffeld
Bestuurder bij Espria

Prof. dr. J.(Job) Kievit
chirurg n.p., emeritus hoogleraar kwaliteit van zorg

mr. H. (Heleen) Post
Manager Patiëntenfederatie Nederland

drs. E.J.D. (Elnathan) Prinsen
Psychiater, Dimence

drs. H. (Hilde) Reints
Directeur gemeente Enschede

dr. G. (Guy) Schulpen
Medisch directeur stichting Zio

prof. dr. M.J. (Marieke) Schuurmans
Hoogleraar verplegingswetenschap Universiteit Utrecht

drs. M.F.Th. (Marcel) Timmen
Directeur bij Vereniging Spierziekten Nederland

dr. S.C. (Selma) Tromp
*Neuroloog, St Antonius ziekenhuis Nieuwegein/Utrecht
oud-voorzitter Nederlandse Vereniging voor Neurologie*

drs. G. (Gerard) de Valk
Projectleider Mental Health First Aid en Destigmatisering, Altrecht

Secretaris

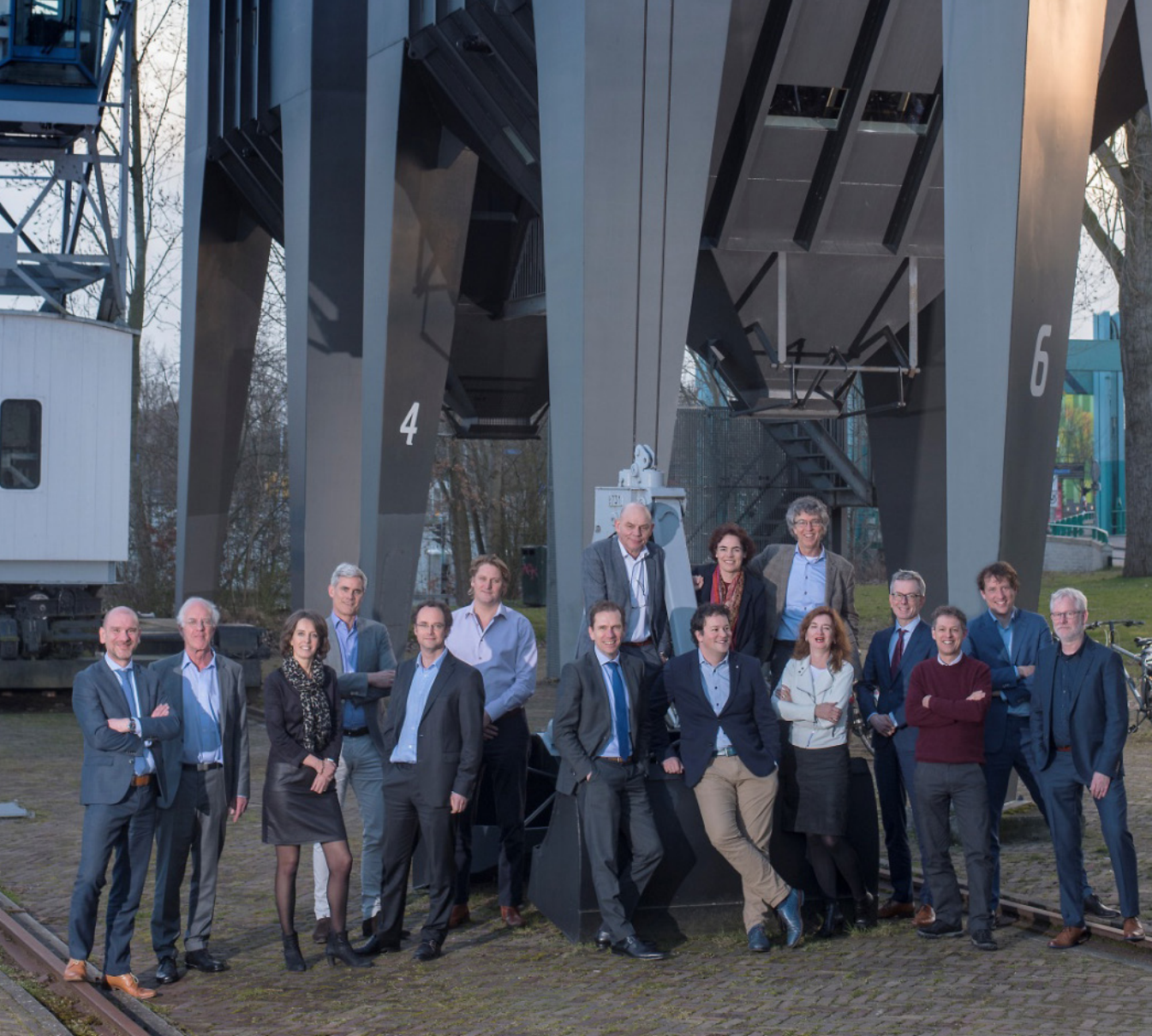
Drs. E.B.K. (Ernst) van Koesveld
*Directeur Zorgverzekeringen
plv Directeur-Generaal Langdurige Zorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

Secretariaat

Het secretariaat werd bemenst door Ingeborg Been, Hattem van der Burg, Roland Beukers, Chris Flim, Marijke van der Heijden, Gerlinde Holweg, Jana van Kuringen, Caspar Lombaers, Jacqueline van der Marel, Georgette Mentink-Kleiss, Mirrin Middelhuis, Tessa Nelissen, Karen van Ruiten en Yvette de Jong.

Dankwoord

De voorzitter van de Taskforce wil iedereen die betrokken was en geconsulteerd is bij de totstandkoming van het rapport hartelijk danken. Daarnaast wil de voorzitter de 112 deelnemers van de brede bijeenkomst Zorg op de Juiste Plek van 7 februari 2018 hartelijk danken voor hun deelname en inbreng. Speciale dank gaat daarbij uit naar Francis Ter Horst-Lotterman (Ikone) en Sophia de Rooij (UMCG). Ook veel dank gaat uit naar het secretariaat van de directie Zorgverzekeringen voor hun inzet bij de logistieke-, inkoop- en organisatorische aspecten die bij de totstandkoming van dit rapport kwamen kijken. Tot slot wil hij de vormgever van dit rapport bedanken.



Taskforce Zorg op de Juiste Plek

