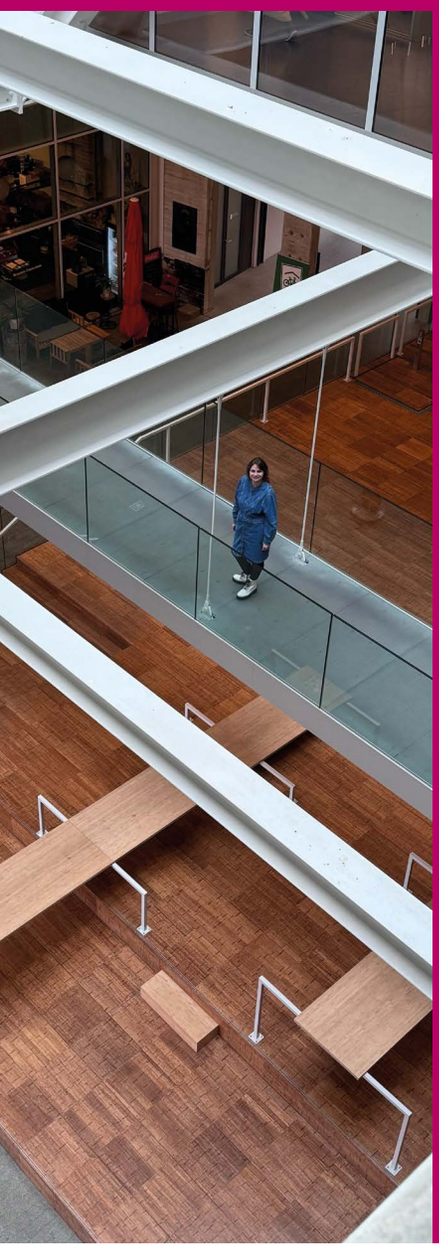
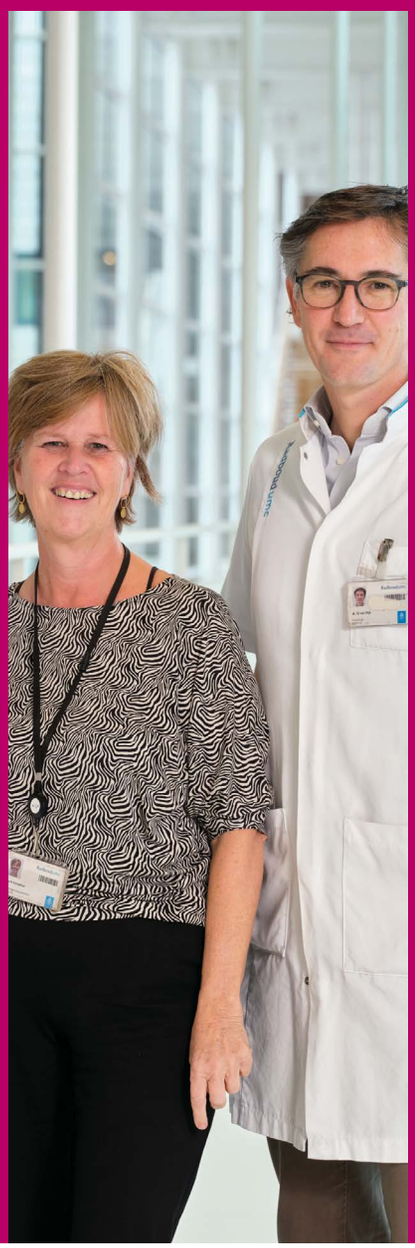
IZA

Mid-term review - juni 2024

Samen werken aan zorg en welzijn





4

Domeinoverstijgend samenwerken

Regioplannen

10

Passende zorg

In de praktijk

18

Voortgang IZA

Monitor

16

Impactvolle transformaties

Transformatieplannen

Inhoud

Beweging naar passende zorg

Reflectie van Jan Kremer

6

Passende zorgpraktijken

Samen beslissen over behandeling bij kanker

11

Voorzorgcirkels

Voorzorgcirkel boort zilveren zorgreserve aan

22

IZA talentennetwerk

“Het tempo moet omhoog en de vrijblijvendheid moet omlaag!”

26

Regioplannen

Bouwen op vertrouwen in de regio Groningen

30

34

Transformatieplan

NOA is er voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie

En verder...

Voorwoord Samen kom je verder 3

Regioplannen Samen zorgen voor morgen aanpak in de regio Rotterdam 4

Passende zorgpraktijken Thuis revalideren na een licht herseninfarct 10

Regioplannen De verandering bestendigen in regio Salland 12

Transformatieplan Transformatieplan Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD) 16

Voortgang IZA Hoe monitoren we het IZA? 18

Passende zorgpraktijken Hartritmeonderzoek zonder wachttijden 25

Onderzoek Eerste analyse effecten van het IZA op toegankelijkheid 36

Regioplannen Aanpak Zeeuwse Zorg Coalitie 39

Regeldruk Speciaal gezant huisarts Toosje Valkenburg 42

Bijlagen 47

Colofon 48

40

Regioplannen

Integrale aanpak in Zorg en Welzijn - interview met Jolanda Buwalda

IZA in de regio

Reflecties op de uitvoering in de regio

44

Samen kom je verder

Met het Integraal Zorgakkoord (IZA) zetten de zorg- en welzijnspartijen twee jaar geleden een belangrijke stap. De uitdagingen op het gebied van goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor iedereen waren en zijn urgent. De toegankelijkheid van zorg kan alleen verbeterd worden als we meer verbinding en samenwerking tussen en binnen domeinen realiseren en regionaal de problemen oplossen. Dit vraagt om een andere aanpak dan in het verleden. Een intensievere samenwerking tussen het sociaal domein en medische domein zodat gezondheidsverschillen verkleind worden. Een beweging naar passende zorg die inzet op preventie en een regionale samenwerking binnen het zorg- en welzijnsaanbod. Cruciaal is hierin het behoud en de vitaliteit van onze medewerkers en de zelfbeschikking van inwoners, ook als patiënt en cliënt.

De beweging die het IZA heeft ingezet en voortgezet is iets om trots op te zijn. In heel het land zien we bevlogen zorg- en welzijnsprofessionals de verandering van de zorg oppakken. Dit ondanks de vaak urgente vraagstukken die de dagelijkse praktijk van zorg en ondersteuning nu al met zich meebrengt. Al die voorbeelden laten zien dat hoewel we nog lang niet klaar zijn met deze transformatie, het IZA leeft en van het papier komt. Ook laat het duidelijk zien dat we het vormgeven van de zorg en ondersteuning van morgen samen willen én moeten doen en wij ons hiervoor moeten blijven inzetten. Dit is ook de inzet van alle regio- en ROAZ-plannen, die begin dit jaar zijn opgeleverd. Die worden de komende tijd geconcretiseerd, juist vanuit de noodzaak van goede toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in heel Nederland. Burgers en patiënten moeten weten op welke zorg ze kunnen rekenen. Daarbij weten we dat een transformatie niet van de ene op de andere dag is gerealiseerd. We moeten elkaar ook de tijd gunnen om de transitie te maken.

We hebben afgesproken om halverwege de looptijd van het IZA met elkaar te kijken naar wat verder nodig is in de tweede helft van het IZA om onze ambities waar te maken. Op 3 juni 2024 bespreken we als IZA-partijen tijdens een bestuurlijk overleg welke stappen in de tweede helft – en mogelijk daarna – voor het IZA nodig zijn. Om dat gesprek goed te kunnen voeren hebben we een ‘mid-term review’ (MTR) laten opstellen, welke nu voor u ligt.

Dit document is een samenstelling van feitelijk, cijfermatige informatie, kwalitatieve duidingen van experts, en onderzoeken en rapportages over specifieke onderdelen van het IZA. Naast de kwalitatieve en feitelijke informatie hebben we ook een aantal mensen uit de praktijk geïnterviewd. Niet alleen om voorbeelden uit de praktijk uit te lichten, maar juist om vanuit verschillende perspectieven mensen die in de regio meewerken aan de implementatie van het IZA te vragen naar hun ervaring. Op deze manier kunnen wij als IZA-partijen hiervan leren, onze inzet aanscherpen en waar mogelijk bijsturen. Dit document is daarmee niet het eindpunt, maar het startpunt voor een gesprek over hoe het nu gaat met het IZA en wat er in de toekomst nodig is-om onze ambitie waar te maken.

De IZA-partijen

“In heel het land zien we bevlogen zorg- en welzijnsprofessionals de verandering van de zorg oppakken.”

Samen zorgen voor morgen

Aanpak in de regio Rotterdam

Anne Westendorp
IZA regiocoördinator
Gemeente Rotterdam

"Wij werken vanuit de veranderkundige opgave, en niet met een grote focus op alle hoepeltjes waar je doorheen moet."

Wie ben je en wat doe je binnen het IZA?

Ik werk voor de gemeente Rotterdam, waar ik verschillende rollen vervul. Een daarvan is de rol van regiocoördinator IZA namens de gemeenten Rotterdam, Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel.

Rotterdam-Rijnmond heeft net als de rest van Nederland een grote schaarste. De kosten rijzen de pan uit en er is een groot tekort aan personeel, terwijl de vraag naar zorg blijft toenemen. Ik kijk in de regio, samen met andere partijen, naar wat er nodig is langs de volle breedte van het IZA: problematiek in de WMO, de ggz, ouderenvraagstukken, et cetera – echt het brede speelveld waar je als gemeente dicht tegenaan zit. Juist om een waterbedeffect te voorkomen, zoals de problematiek in de jeugdzorg die wordt verergerd door wachtlijsten in de ggz. Dat gaat over wederkerigheid tussen domeinen. De transformatie moet geen verschuiving van medisch naar sociaal domein zijn, maar vooral een betere samenwerking en afstemming tussen beide domeinen tot gevolg hebben, met aandacht voor positieve gezondheid.

Hoe ziet de samenwerking in de regio er nu uit?

Er is een enorm gevoel van eigenaarschap bij regionale partijen als het over schaarstevraagstukken gaat. Het IZA heeft ons geholpen dit eigenaarschap collectiever te maken, en te laten samenkomen in de alliantie Samen Zorgen voor Morgen, waar alle sectoren en domeinen in vertegenwoordigd zijn. Binnen de alliantie zijn tien thema's geïdentificeerd, met een bestuurlijk en tactisch eigenaar, elk met een eigen groep, die aan de lat staan voor uitwerking en concretisering van het regioplan. Bestaande netwerken worden hierin zoveel mogelijk benut.

Wat maakt deze transitie het lastigst?

Dat het stellen van prioriteiten hele moeilijke keuzes vergt. We zijn een regio met heel veel mooie initiatieven die bijdragen aan een toekomstbestendige zorg en ondersteuning. Binnen onze tien thema's

werken we samen met dezelfde partijen, zoals welzijnspartijen of de huisartsen. Je kan van hen niet vragen om zestien plannen tegelijk te implementeren. Daarin overzicht houden, trechteren en keuzes maken, dat is echt een zoektocht.

Zijn jullie bij het aangaan van deze uitdagingen geholpen door middelen die binnen het IZA beschikbaar zijn?

Ja, maar het ontbreken van sommige randvoorwaarden en de onzekere structuur waarin je als regio moet werken is lastig. Incidentele financiering zet druk op het opdrachtgeverschap van gemeenten. Enkele weeffouten maken het managen van capaciteit en de schaarste lastig. Als je niet oppast, focus je je vooral op alle hoepeltjes waar je door moet springen, in plaats van het grote plaatje. Dat is niet altijd behulpzaam. Wij willen echt de stip op de horizon houden. Als het IZA morgen stopt, dan moeten wij door kunnen.

Wat niet helpt is dat goedgekeurde transformatieplannen niet worden gedeeld. Zo missen we belangrijke informatie, wat ervoor zorgt dat we in alle regio's opnieuw het wiel uit gaan vinden. Dat geld zou naar de daadwerkelijke interventies moeten gaan.

Wat wil je de komende jaren vasthouden?

Hoe wij werken vanuit de veranderkundige opgave onder de IZA-beweging, en we ons als samenwerkende partijen niet alleen richten op acties voor nu, maar ook op de duurzame verandering voor straks. Wat wij daarvoor nog meer nodig hebben zijn de randvoorwaarden om de gevolgen van investeren en transformeren duurzaam op te kunnen vangen. We moeten daarbij wel risico's durven nemen. Daar is het systeem nu onvoldoende op ingericht. Vanuit die optiek vraag ik het BO IZA (red. bestuurlijk overleg IZA) hoe zij regio's hierin kunnen ondersteunen. Welke randvoorwaarden zijn nodig om risico's wel te kunnen nemen? We hebben hierin de komende maanden écht meer succesverhalen nodig. Alleen zo kunnen we de energie vasthouden om samen de transitie te maken die zo enorm nodig is.

Beeld Bram Petraeus

Reflecties van een gezant

Passende zorg is zorg die past bij het leven van mensen én minder beroep doet op schaars personeel en middelen.

Prof. dr. Jan Kremer
Speciaal gezant passende zorg

In deze bijdrage reflecteer ik als speciaal gezant passende zorg op de voortgang van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Ik begin met een korte beschrijving van passende zorg, het inhoudelijke fundament van het IZA. Wat is passende zorg en wat doet een speciaal gezant eigenlijk? Daarna geef ik mijn indruk van wat ik zie gebeuren. Ik besluit met een aantal adviezen.

Passende zorg vormt het hart van de zorgtransitie. We staan voor de grote vraag hoe we voor elkaar gaan zorgen in onze sterk vergrijzende samenleving met meer zorgvraag en minder personeel. Passende zorg is zorg die past bij het leven van mensen én minder beroep doet op schaars personeel en middelen. Met als doel goede zorg op een mensgerichte manier toegankelijk te houden voor iedereen die dat nodig heeft. Passende zorg gaat niet over verschraling of rantsoenering, maar over warme en eerlijke antwoorden op de tragiek van het leven. Geen somber verhaal van een 8 naar een 6, maar een hoopvol verhaal van een 8 naar een nieuwe 8.

“Als speciaal gezant passende zorg bij VWS heb ik als opdracht de beweging van passende zorg te stimuleren en beleid te adviseren zonder last en ruggespraak.”

Wat doet een speciaal gezant?

Als speciaal gezant passende zorg bij VWS heb ik als opdracht de beweging van passende zorg te stimuleren en beleid te adviseren zonder last en ruggespraak. Ik doe dat onder andere via presentaties, publicaties en gesprekken. Zo schreef ik het Kader passende zorg.[1] Daarnaast organiseer ik passende zorgdialogen, alwaar goede praktijkvoorbeelden het podium krijgen en systeempartijen bespreken wat hun vervolgens te doen staat. De vijf dialogen in 2023 gingen over curatieve zorg, langdurige zorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz), informele zorg en werkplezier. De drie dialogen in de eerste helft van 2024 gingen over zorg aan mensen met een migratieachtergrond, dementiezorg en operatieve zorg. Als gezant organiseer ik ook gesprekken met burgers in de vorm van straatgesprekken en huiskamergesprekken. Tot slot voer ik gesprekken met mensen uit politiek, beleid en praktijk en sluit ik aan bij bestuurlijke overleggen rondom het IZA.

IZA

Het IZA heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, betaalbaar en toegankelijk te houden. Daartoe zijn afspraken gemaakt tussen het ministerie van VWS en koepelorganisaties in de zorg. Het IZA bevat een werkagenda met 400 acties verdeeld over tien thema’s. Vanuit het coalitieakkoord is 2,8 miljard euro beschikbaar aan transformatiegelden. Internationaal bezien »

is de totstandkoming van het IZA een unieke stap, mede door het integrale karakter en de verbinding met het sociaal domein. We realiseren ons dat wellicht onvoldoende, maar andere Europese landen hebben (nog) geen gezamenlijke afspraken over de zorgtransitie. Ze blijven hangen in botte rantsoenering, koude vormen van digitalisering of acceptatie van ongelijke toegang.

Koplopers in de praktijk

Tijdens mijn rondgang door het land zie ik veel in beweging komen. Men herkent de missie van passende zorg en het IZA, gedreven door personeelstekort en door de overtuiging dat we als samenleving beter voor elkaar kunnen zorgen. Burgerinitiatieven zoals 'Austerlitz zorgt voor elkaar' vind ik veelbelovend. Net als samenwerkingen tussen zorgorganisaties en gemeenten, zoals 'Beter samen in Noord'. Het besef groeit dat méér zorg niet altijd het goede antwoord is.

Steeds meer organisaties kiezen voor een programmatische aanpak van passende zorg om het niveau van losse initiatieven te ontstijgen, met als koplopers van het eerste uur Bernhoven en Rivas. Meestal werken ze daarbij samen met hun betalers, omdat passende zorg al snel de eigen omzet raakt.

Passende zorg spreekt ook veel zorgverleners aan. Zij zien passende zorg als de kern van hun professionaliteit. Denk aan geriater Yvonne Schoon, die samen met cardiologen en patiënten de indicatie stelt voor een nieuwe hartklep; of aan verpleegkundige Sabine op 't Hoog, die zich met hart en ziel inzet voor advance care planning; of aan huisarts Vincent Coenen, die pionierde op het vlak van meer tijd voor de patiënt; of aan psychiater Floortje Scheepers met haar netwerk-intake. Er is een brede voorhoede van misschien wel duizenden van dit soort passende zorgpraktijken.

Bestuurlijk overleg

Als speciaal gezant zit ik ook bij de bestuurlijke overleggen rondom het IZA. In aanwezigheid van de bewindspersonen bespreken bestuurders van koepelorganisaties en overheidspartijen elk kwartaal de voortgang van de afspraken. Een echte vergadertijger zal ik als arts en gezant nooit worden, maar ik zie dat het nodig is. Bespreken, aanspreken en afspreken. De dingen die besproken moeten worden, worden besproken. Niet alleen vanuit deelbelangen, maar ook steeds meer vanuit gedeeld belang.

IZA helpt...

Ik zie dat het IZA de beweging van passende zorg faciliteert, waardoor koplopers zich gesteund voelen. Vooral door het narratief en de inzet op samenwerking, maar ook door de bestuurlijke acties vanuit het IZA, waarmee stap voor stap wordt gewerkt aan de randvoorwaarden voor passende zorg. Zo was de recente publicatie van passende zorgpraktijken door het Zorginstituut een mijlpaal. Een pril begin dat smaakt naar meer. Ook de inzet op regiobeelden en regioplannen mobiliseert energie, al gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat ik verschillen zie in ambitie en daadkracht. Tot slot helpen ook de transformatiegelden. Het gaat om flinke bedragen en ondanks wat gepruttel over het proces liggen er goedgekeurde plannen op tafel waarover we een jaar geleden niet hadden durven dromen. Ik ben vooral onder de indruk wat er gebeurt vanuit de Zeeuwse Zorg Coalitie. Met hun programmatische aanpak en scherpe ambitie op personeelsbesparing inspireert Zeeland anderen.

...maar er is meer nodig

Het is niet alleen rozengeur en maneschijn. In mijn woorden: de koers is goed, we zijn van wal, maar de impact is nog onvoldoende. De urgentie is groot. De vergrijzing neemt tot 2040 sterk toe en houdt aan tot 2060. Dat betekent meer mensen met ziektes als dementie, artrose, staar of kanker, en minder mensen die kunnen zorgen. In het huidige tempo zal passende zorg voor veel mensen niet meer toegankelijk zijn. Dat is rampzalig voor hen, maar ook voor onze samenleving. Ongelijke toegang zal tot toenemende spanningen in ons land leiden.

Inhoudelijk ligt het voortouw van de transitie bij de brede voorhoede in de praktijk. Deze koplopers zien wat goed is voor patiënt en samenleving. Maar juist zij hebben het niet gemakkelijk. Ze willen met volle kracht aan de slag met de maatschappelijke opgaven, maar stoten al snel hun hoofd in een omgeving die is ingericht op productie en efficiëntie. Creatief als ze zijn, komen ze een eind, maar er is meer nodig om als gehele sector in transitie te komen. Alle partijen moeten aan de bak. Het Kader passende zorg helpt daarbij. Hoofdstuk 4 beschrijft tientallen activiteiten voor (koepels van) zorgverleners, zorgorganisaties, zorgverzekeraars, burgers en patiënten, kennisorganisaties, toeleveranciers en overheden. Ik roep alle partijen op om hier werk van te maken.

Jazzorkest

Socioloog Hans Boutellier vergeleek deze tijd met een jazzorkest. Samen nieuwe muziek maken door goed naar elkaar te luisteren en gepassioneerd je eigen instrument te bespelen. En openstaan voor licht leiderschap van de bandleider die samenspel en richting bewaakt. Misschien kan de zorgtransitie hier wat van leren. Het samenspel komt op gang, maar nog te vaak pakt men het instrument van de ander of bespeelt men het eigen instrument te bescheiden. Je eigen rol pakken en ambitieus invullen. Dan krijgen we de muziek die we nodig hebben.

Van deelbelangen naar gedeeld belang

Voor koepelorganisaties betekent dit dat zij moeten zoeken naar een nieuwe balans tussen deelbelangen en gedeeld belang. Van nature zijn zij geneigd voor hun hele achterban op te komen. Transparantie kan ertoe leiden dat sommigen er bovenuit gaan steken en anderen achter lijken te blijven. Dan kunnen koepels kiezen voor het afzwakken van het tempo óf voor het stimuleren en helpen van achterblijvers om ook vaart te maken. Gezien het commitment aan de maatschappelijke opgaven, mag het laatste van hen verwachten worden. Dat zie ik overigens ook al gebeuren.

Responsief bestuur

Ook de overheid moet aan de slag. Het ondertekenen van een akkoord ontslaat je niet van je eigen taken en verantwoordelijkheden. In april 2024 schreef ik hierover het advies “Van marktmeester naar transitiemeester”. In dit advies (zie bijlage) roep ik de overheid op tot responsief bestuur. Zorgverleners, zorgorganisaties en zorgregio’s die bijdragen aan de transitie, dienen systematisch geholpen en beloond te worden. Samenwerken is belangrijk, maar elkaar scherp houden ook. We hebben behoefte aan een sociaal georiënteerde dynamiek, waarbij koplopers in de transitie, de wind mee krijgen. Onder andere door passende wet- en regelgeving en passend toezicht. Responsief bestuur vanuit een adaptief en lerend stelsel. Sommige zullen spreken over competitie die zich richt op sociale doelen, anderen over meer samenwerking om de zorg toegankelijk te houden. Welke termen we er ook aan geven: het helpt als responsief bestuur de brede voorhoede van koplopers ruimte geeft en achterblijvers op weg helpt. Met regie op de opgaven en ruimte voor de oplossingen.

De in het advies genoemde zes elementen van responsief bestuur zijn mijns inziens cruciaal voor de juiste dynamiek en snelheid van de transitie. En die transitie is hard nodig. Iedereen in ons land moet de komende decennia kunnen rekenen op toegang tot passende zorg. We mogen niemand laten vallen.

“Ik zie dat het IZA de beweging van passende zorg faciliteert, waardoor koplopers zich gesteund voelen.”

Responsief bestuur in een nutshell

1. **VWS expliciteert op gezag van de politieke koers de transitiedoelen, bepaalt de budgetten die beschikbaar zijn voor transitie en brengt partijen bij elkaar, met respect voor hun rollen.**
2. **Zorginstituut maakt passende praktijken transparant aan de hand van transitiecriteria, evenals welke instellingen wel of niet een programmatisch aanpak hebben en welke bijdragen men levert aan de transitiedoelen.**
3. **NZa maakt inzichtelijk welke vormen in financiering en contractering een impuls geven aan de instellingen en in welke mate contractanten deze modellen daadwerkelijk hanteren.**
4. **VWS inventariseert systematisch of en zo ja welke systeembelemmeringen de transitie in de weg staan, wijzigt deze waar mogelijk en rapporteert hierover aan de kamer.**
5. **IGJ, NZa en ACM verrijken als publieke toezichthouders hun toezicht met passende zorg en de publieke doelen van de zorgtransitie.**
6. **De politiek geeft democratische sturing aan de transitie. Daartoe ontvangt de Kamer periodieke rapportages over passende zorg, passende contractering en systeembelemmeringen.**

[1] *Kader Passende Zorg, gepubliceerd op 28-06-2022 door het Zorginstituut Nederland*

[2] *Van Marktmeester naar Transitiemeester, geschreven door Jan Kremer, gepubliceerd op 15 april 2024 door De Juiste Zorg op de Juiste Plek*

Stroke unit without beds

Thuis revalideren na een licht herseninfarct

IZA-doelgroep: *Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten*

Prof. dr. Frank Erik de Leeuw neuroloog, **dr. Ewoud van Dijk** neuroloog & **Karin Kanselaar** verpleegkundig specialist neurologie:
"Bij een licht herseninfarct direct op de eerstehulp de juiste diagnostiek en behandeling. En als het kan daarna naar het eigen vertrouwde huis. Dat is prettiger voor de patiënt en zorgt voor minder beddendruk in het ziekenhuis."

Wat is de aanleiding van deze passende zorgpraktijk?

Elk jaar belanden ongeveer 30.000 mensen met een herseninfarct in een ziekenhuis. Naar schatting hebben 10.000 patiënten dusdanig weinig uitval dat ze zelfstandig kunnen functioneren. Een opname op een stroke unit heeft voor deze mensen geen medische noodzaak of meerwaarde. Het Radboudumc heeft daarom een zorgpad voor een stroke unit thuis ontwikkeld.

Een neuroloog stelt met collega's van de spoedeisende hulp vast of de patiënt in aanmerking komt voor herstel thuis. Dit doen zij op basis van aanvullend onderzoek en inschatting van de thuissituatie. Als de patiënt in aanmerking komt voor herstel thuis, gaat deze vanuit de spoedeisende hulp terug naar huis. Het ziekenhuis informeert de patiënt en diens naasten goed over de nazorg. Deze werkwijze wordt al toegepast door enkele andere ziekenhuizen.

Kernelementen

- Duidelijke informatie folder.
- Eerste 24 uur noodnummer naar een gespecialiseerd stroke-verpleegkundige.
- Informatie wanneer 112 te bellen.
- Poliklinische afspraak eerstvolgende werkdag, voor controle en bespreking vervolgtraject.
- Holter voor de registratie van het hartritme.

Aandachtspunten

Dr. Ewoud van Dijk: "Bredere implementatie blijft vooralsnog achter, waarschijnlijk door logistieke en financiële redenen. Ik zie daar wel een rol voor de zorgverzekeraar."

Wat levert het op?

Mensgerichtheid

- De zorg vindt zoveel mogelijk thuis plaats, met ondersteuning waar nodig.
- Minder belastend voor de patiënt, omdat deze niet in het ziekenhuis hoeft te worden opgenomen.

Houdbaarheid

- Uit onderzoek van het Radboudumc blijkt dat ongeveer 20% tot 25% van de patiënten met een licht herseninfarct thuis kan revalideren.
- Daling in zorgkosten van € 1.200 per patiënt.

Duurzaamheid

- Minder opnames betekent minder inzet van ziekenhuispersoneel en minder afval.[1]

1 bron: zorginstituut

Wat is de beleving van de patiënt?

Het Radboud UMC heeft uitvraag gedaan bij patiënten. De ervaring leert dat samen met de patiënten beslissen over wel of geen opname een tevreden resultaat geeft. Wel moeten de randvoorwaarden op orde zijn.

Passend behandelplan

Samen beslissen over behandeling bij kanker

IZA-doelgroep: *Mensen met (risico op) kanker*

Prof. dr. Barbara van Leeuwen (rechts) hoogleraar Chirurgische oncologie, in het bijzonder chirurgie bij ouderen en & **dr. Hanneke van der Wal-Huisman (links)** wetenschappelijk onderzoeker en (senior) verpleegkundige:
"Wat medisch gezien de beste behandeling is, hoeft niet altijd voor de patiënt de beste keuze te zijn."

Meneer Leo Keune:
"Ik heb inderdaad een gesprek gehad met een verpleegkundige. Zij spiegelde mij drie opties voor, namelijk opereren, bestralen of de wond laten herstellen. Dat gesprek heb ik als heel gunstig ervaren. Vooral juist omdat ze mij de ruimte liet om mijn mening naar voren te brengen."

Wat is de passende zorgpraktijk?

Voor ouderen met kanker kan het uitdagend zijn de balans te vinden tussen over- onderbehandeling. Een operatie kan de kwaliteit van leven aantasten en past ook niet altijd bij de belastbaarheid of voorkeuren van de patiënt en diens naasten.

De aanpak 'Passend behandelplan' is geïnitieerd door het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en verder ontwikkeld met andere partners in het land. Het gaat uit van de persoonlijke context en voorkeuren van de patiënt. Een hierin geschoolde verpleegkundige gaat in gesprek met de patiënt (en diens naasten) om op een gestructureerde en onderbouwde manier inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie en behandeldoelen van de patiënt. Deze informatie wordt met andere zorgprofessionals, waaronder de oncoloog en geriater, gedeeld tijdens een multidisciplinair overleg. Vervolgens informeren de hoofdbehandelaar en de verpleegkundige de patiënt en overige betrokkenen, zoals de huisarts, over deze gepersonaliseerde behandelopties. Samen wordt de best passende behandeloptie gekozen. Op deze manier beslist de patiënt mee over de uiteindelijke behandeling. De werkwijze is ook toepasbaar voor andere doelgroepen.

Kernelementen

- Gestructureerd in kaart brengen van de gezondheidssituatie en behandeldoelen per patiënt.
- Multidisciplinair overleg over alle behandelopties.
- Samen beslissen over behandelkeuzes met de patiënt (en diens naasten).
- Volgen van de patiënt en registeren van informatie over kwaliteit van leven.

Aandachtspunten

- De structurele financiering van deze manier van organiseren van zorg is een belangrijke voorwaarde.

Wat levert het op?

Mensgerichtheid

- Meer gezamenlijke besluitvorming met kwaliteit van leven voorop: de patiënt krijgt uitleg over de afwegingen en ontvangt de zorg die het beste bij de eigen situatie past.
- Minder ongewenste ingrepen, minder operaties, complicaties en verblijf in het ziekenhuis.

Houdbaarheid

- Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat 27% van de patiënten kiest voor een minder intensief zorgtraject, als zij goed geïnformeerd kunnen meebeslissen over hun behandeling. Hierdoor vinden minder operaties plaats.

Duurzaamheid

- Het is aannemelijk dat deze praktijk geen negatieve impact heeft op duurzaamheid.
- Doordat er minder operaties plaatsvinden, leidt de praktijk ook tot minder afvalproductie en CO_2-uitstoot[1].

1 bron: zorginstituut

De veranderingen bestendigen

Pieter Degen reflecteert op het IZA, samenwerking in de regio en het transformatieplan GEM

Pieter Degen
Manager beleid & strategie zorg bij Salland Zorgverzekeraar

GEM - ecosysteem mentale gezondheid - is een goed voorbeeld van hoe de regio probeert zorg te demedicaliseren en toegankelijker te maken. De ontwikkeling komt voort uit een diepgeworteld besef van de noodzaak tot vernieuwing binnen de zorgsector.

In het kader van het Integraal Zorgakkoord heeft Pieter een jaar van intensief werken aan transformatie en samenwerking in de regio achter de rug. Het netwerk Salland United bestaat al sinds 2016, maar het IZA heeft ervoor gezorgd dat deze samenwerking verder is geïntensiveerd. Het netwerk is een domeinoverstijgend samenwerkingsverband tussen zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeenten, zorgaanbieders en welzijnsorganisaties. “Door de gedeelde uitdagingen inzichtelijk te hebben spreken we nu nóg meer dezelfde taal en is er een gedeeld urgentiebesef. Daarnaast zijn welzijn en het sociaal domein nu beter aangesloten dan ooit. Dat maakt dat we het nu met elkaar veel meer hebben over gezondheidsdoelen, dan slechts over die doelen die voor de eigen cilinder gelden. De transformatiemiddelen helpen natuurlijk enorm bij zo een grote uitdaging”, aldus Pieter.

Nu de regiobeelden en regioplannen zijn opgeleverd gaan ze met Salland United door naar een volgende fase waarin de samenwerking in de regio verder wordt uitgebreid. Ze bewegen daarbij van een netwerk bedoeld om te inspireren, naar een andere vorm

van samenwerking met meer uitvoeringscapaciteit. “Hiervoor hebben we ons onder andere laten inspireren door de aanpak van de Zeeuwse Zorg Coalitie en de Twentse koers.” Hierdoor kwam men tot de conclusie dat een programmadirectie, die verantwoordelijk is voor die uitvoering van het regioplan, nodig is om écht progressie te kunnen maken. Over de oprichting hiervan is recent besloten binnen het dagelijks bestuur van Salland United. Hiervoor wordt nu een stichting opgericht.

Uitdagingen tijdens het proces

“Een van de grootste obstakels was het overwinnen van de traditionele silo’s binnen de zorg. Elke instelling of discipline heeft zijn eigen manier van werken. Dat samenbrengen in een coherent systeem was complex.” Verder merkte Pieter dat het verkrijgen van breedgedragen commitment van alle betrokkenen, van bestuurders tot aan zorgverleners, een voortdurende uitdaging was. Hij ervoer bijvoorbeeld dat bestuurders of wethouders eerder aan boord zijn en urgentie en noodzaak zien om boven de eigen organisatie uit te kijken. En dat bijvoorbeeld raden van toezicht of commissarissen meer overtuiging nodig hebben.

“We hebben als zorgverzekeraar daarbij soms ook een ingewikkelde rol” geeft Pieter aan. “Wij zijn als zorgverzekeraar bijvoorbeeld dichter tegen de kleinere zorgaanbieders aangekropen en helpen daar mee om een transformatieplan zover te krijgen dat het goedgekeurd kan worden. Waarbij meehelpen aan de voorkant en beoordelen van een plan uiteraard gescheiden plaats moet vinden. Het is ingewikkeld, de ideeën zijn er, maar we spreken vanuit beleid of als verzekeraar een andere taal. Het helpt aanvragers om de plannen naar het juiste niveau te krijgen, passend bij de beoordelingscriteria.”

GEM: Een stap richting de-medicalisatie

Het transformatieplan GEM (ecosysteem mentale gezondheid) is een goed voorbeeld van hoe de regio probeert de zorg te »

“De essentie van GEM is een mentaal ecosysteem te creëren waarbij de nadruk ligt op het demedicaliseren van de zorgvraag, waardoor je de druk op de ggz verlicht.”

demedicaliseren en toegankelijker te maken. Dit transformatieplan is door de snelle toets heen, maar nog niet definitief goedgekeurd. “GEM richt zich op het creëren van laagdrempelige toegang tot geestelijke gezondheidszorg, waarbij de gemeenschap en de bestaande zorginfrastructuur een actieve rol spelen in de ondersteuning van mensen met psychische problemen” vertelt Pieter. Dit plan, dat verder gaat dan traditionele behandelmethoden, zoekt naar nieuwe manieren om de oorzaken van problemen aan te pakken. Die liggen ook vaak búiten de traditionele ggz.

De ontwikkeling van transformatieplannen zoals GEM komt voort uit een diepgeworteld besef van de noodzaak tot vernieuwing binnen de zorgsector. “De zorgsector staat voor enorme uitdagingen, waaronder de vergrijzing, toenemende zorgvraag en economische druk. Het was duidelijk dat we iets anders moesten doen om niet alleen te voldoen aan de huidige behoeften, maar ook om duurzaam en toekomstbestendig te zijn” legt Pieter uit. “Zo ervaart 50% van de jongvolwassenen in deze regio al psychische klachten. De essentie van GEM is een mentaal ecosysteem te creëren waarbij de nadruk ligt op het de-medicaliseren van de zorgvraag, waardoor je de druk op de ggz verlicht. We zijn dus heel blij dat bijvoorbeeld het verkennend gesprek nu geregeld is.” Maar ook initiatieven in deze regio als Stichting Vriendendiensten en sportclubs dragen bij aan de oplossing. Het gaat om laagdrempelige oplossingen om eerder met jongeren in gesprek te gaan daar waar het nodig is en het kan helpen. Het is niet één ding, het is een geheel nieuwe aanpak. Het brede perspectief is hierbij echt belangrijk.

Successen en overwinningen

Ondanks de uitdagingen, zijn er aanzienlijke successen geboekt. “Een van de dingen waar ik echt trots op ben, is hoe vlot we hebben kunnen schakelen toen de opdracht tot regiobeeld en regioplan kwam en daarvoor middelen beschikbaar kwamen. We hebben snel teams opgezet, plannen uitgerold en zichtbare verbeteringen gemaakt in de toegankelijkheid van de zorg” zegt Pieter. “De wens tot samenwerking en de noodzaak van

“Het succes van deze plannen hangt af van de mate waarin we de gemeenschap kunnen betrekken en ze een stem kunnen geven in hun eigen gezondheidszorg.”

communicatie is sinds corona en daaropvolgend het IZA verbeterd en heeft tot een soepelere samenwerking tussen verschillende zorgverleners gezorgd. Deze verbeterde samenwerking en korte lijnen hebben uiteindelijk tot deze snelle en meer geïntegreerde aanpak geleid.”

Toekomstige uitdagingen en visie

Kijkend naar de toekomst, ziet Pieter de noodzaak om de ingezette transformaties duurzaam te maken. “De grootste uitdaging nu is om de veranderingen die we hebben ingezet te bestendigen. Dat betekent dat we niet alleen financiële duurzaamheid moeten waarborgen, maar ook op een langere termijn moeten denken voor de periode ná het IZA. Waarbij het ook nodig is dat de nieuwe methoden breed worden gedragen en ondersteund door alle stakeholders.”

Daarnaast benadrukt hij het belang van voortdurende betrokkenheid van patiënten en burgers in het transformatieproces: “het succes van deze plannen hangt af van de mate waarin we de gemeenschap kunnen betrekken en ze een stem kunnen geven in hun eigen gezondheidszorg.” Ze zijn daarom volop bezig om burgerparticipatie vorm te geven, waarbij er vooral gekeken wordt naar initiatieven die er al zijn op dit gebied. Afgelopen periode is er intensief samengewerkt met Zorgbelang, bij de totstandkoming van het regiobeeld en regioplan. “Dat willen we nu breder trekken, via bestaande structuren, zoals de cliëntenraden van de regionale zorgaanbieders en de adviesraden van de gemeenten” Wij hebben Pieter tot slot gevraagd welke oproep hij zelf nog zou willen doen.

Oproep

“Zet de regio Salland[1] in als dé proeftuin voor Nederland. Start hier met integrale inkoop en monitor de effecten. Salland is hiervoor als regio bij uitstek geschikt met één dominant topklinisch ziekenhuis, één huisartsencoöperatie, één grote ggz instelling, allen verenigd in Salland United. Alle seinen staan kortom op groen. Wij zijn er klaar voor om hierin aanvoerder te zijn en schouder aan schouder met zorgaanbieders, gemeenten én VWS aan de slag te gaan met het maken van keuzes om de zorg voor vandaag en morgen te blijven garanderen.”

1 De regio van Salland Zorgkantoor is gelegen in het midden van Nederland en bestaat uit vier gemeenten: Deventer, Olst-Wijhe, Raalte en Voorst.

Vernieuwende spoedzorg in Midden-Kennemerland

Goedgekeurd transformatieplan: Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD)

Waarom dit plan?

De vraag naar zorg groeit – zeker in de spoedeisende zorg is dit het geval. Het aantal kwetsbare ouderen en patiënten met meerdere, complexe problemen groeit in de komende jaren zelfs met dubbele cijfers. Acute situaties, ook in de avond, nacht of in het weekend, komen bij deze patiënten steeds meer voor. Veel van hen krijgen te maken met onduidelijkheid, onnodige verwijzingen of een stagnerende doorstroom naar thuiszorg, verzorging of geestelijke hulp. Dit zorgt voor frustratie en onnodige zorgkosten.

Het gevaar is dat door het toenemend aantal patiënten, een zorginfarct en 'toegangscrisis' ontstaat, gekenmerkt door patiënten-stops op de spoedeisende hulp, beddendruk binnen de acute ggz of een frustrerende schuifpuzzel met mensen die bij de verkeerde organisatie of in een 'verkeerd' bed belanden. De regio Midden-Kennemerland ziet zich ook voor deze problemen gesteld. Om ze het hoofd te bieden, bundelen zes organisaties in de regio daarom nu op bijzondere wijze de krachten: ze gaan samenwerken in één gezamenlijke organisatie, op één fysieke locatie. Zo wordt het mogelijk om spoedzorg ook dichtbij huis in de kleinere, regionale ziekenhuizen te behouden.

Waar gaat dit transformatieplan over?

De SEMD te Beverwijk opent zijn deuren eind 2024 en wordt één regionale locatie voor alle spoedeisende basishulp. Het integreert de

Peter van Barneveld, voorzitter raad van bestuur Rode Kruis Ziekenhuis:
"Door de regionale spoedzorg via de SEMD aan te bieden, gaan we van een versnipperd aanbod van zorg over naar een unieke wijze van samenwerken tussen alle betrokken partijen op ons nieuwe spoedplein. Een "win-win" situatie voor alle (potentiële) patiënten, hun mantelzorgers en natuurlijk ook voor alle betrokken zorgmedewerkers."

Ruud Huisman, huisarts, bestuurder Huisartsenvereniging Midden-Kennemerland
"Het is belangrijk om over je eigen schaduw heen te springen en vooral veel van elkaar te leren. Ons doel is de zorg persoonlijk te houden en passend te maken, juist ook als elke seconde telt."

huisartsenpost, de basisspoedzorg op de SEH, de acute thuiszorg, de ambulancedienst en de acute ggz. Alle aangesloten aanbieders zijn samen verantwoordelijk voor het beheersen van de instroom, en het zo doelmatig mogelijk vormgeven van door- en uitstroom van patiënten. De triage-, behandel- en verwijsfuncties van alle aanbieders zijn ondergebracht in één nieuwe gezamenlijke organisatie. Dit alles moet leiden tot passende acute zorg die begrijpelijk en goed vindbaar is, waarbinnen samenwerken de norm is en iedereen in de keten herkenbaar en aanspreekbaar is.

SEMD als poort voor acute basiszorg

De SEMD moet één toegangsloket bieden voor de vijf zorgdomeinen en zal uiteindelijk 24 uur per dag, zeven dagen per week geopend zijn. Een belangrijk doel van de SEMD wordt het bieden van lucht en ruimte aan bestaande zorgorganisaties, zodat zij de stijgende zorgvraag in de regio beter op kunnen vangen. Iedereen binnen de SEMD is breed inzetbaar en elk domein brengt naar rato eigen personeel in, die als één team samenwerken. Het SEMD-model is tegelijk de opvolger van het piepende, kwart eeuw oude HAP-diensten-verkoopmodel. Het is nieuw, ánders, en vraagt veel van zorgorganisaties – die bestaande systemen en (zorg)afspraken zoveel mogelijk moeten ontdubbelen en integreren - en zorgprofessionals – die veel meer flexibele rollen op zich gaan nemen. Uiteindelijk valt deze transitie samen te vatten als een ontwikkeling van ketenzorg vanuit veel organisaties naar netwerkzorg vanuit één organisatie, waar wordt toegewerkt naar open communicatie en gelijkwaardigheid tussen álle functies.

Peter van Felius, programmamanager Transformatie SEMD:
"Een grote transformatie en systeemverandering heeft tijd nodig en staat per definitie niet vast. Dat vraagt om flexibiliteit bij het formuleren van resultaten en KPI's. Er moet ruimte zijn om dingen uit te proberen en bij te stellen. Iets volledig nieuws doen vraagt nou eenmaal continu bijsturen. Dat betekent sommige dingen open laten, en niet te veel vasthouden aan vier jaar eerder opgestelde KPI's."

Betrokken partijen:

- Huisartsenzorg (Huisartsenvereniging Midden-Kennemerland)
- Huisartsenpost (Stichting Huisartsenpost Midden-Kennemerland)
- Verpleging, Verzorging, Thuiszorg incl. acute thuiszorg en eerstelijns-verblijf (ViVa! Zorggroep)
- Geestelijke gezondheidzorg (Parnassia Groep)
- Regionale Ambulancevoorziening / Veiligheidsregio Kennemerland
- Ziekenhuiszorg, inclusief spoedeisende hulp, eerste harthulp, radiologie, ziekenhuispsychiatrie (Rode Kruis Ziekenhuis).

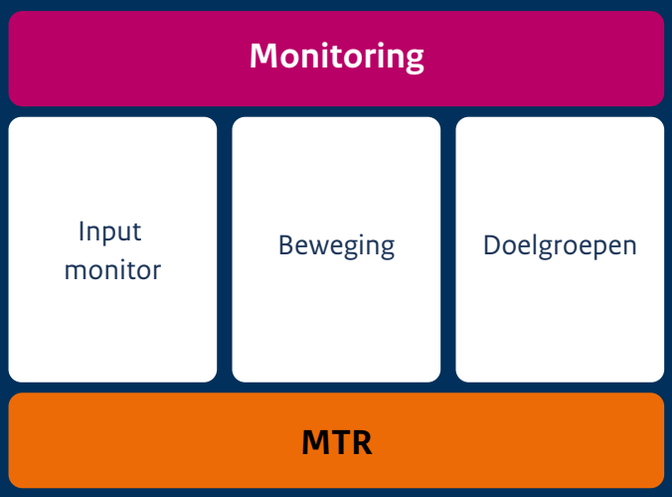
Meer weten? SEMD deelt de snelle toets, het volledige transformatieplan en alle resultaten via semd.nl/toolbox

Marja Sleeuwenhoek, voorzitter raad van bestuur, ViVa! Zorggroep:
"Dit is een eerste IZA-initiatief van deze regio-partijen maar er is nog veel meer dat we samen kunnen aanpakken, in de bredere acute keten maar juist ook in de zorg en welzijn dichtbij, zoals rond cliënten in de wijk."

Zicht op voortgang

Hoe monitoren we het IZA?

Om te kijken welke resultaten worden geboekt (of juist uitblijven), en zo te zien waar meer, minder of andere inzet nodig is, is in samenwerking met IZA-partijen gewerkt aan het opzetten van een monitoring van het IZA. Zoals al in het IZA was afgesproken, ligt de focus van deze monitoring op drie domeinen: op de acties (input), de beweging (output) en de doelgroepen (outcome). Zicht houden op voortgang, vraagt per domein een andere aanpak. Hieronder staat weergegeven waaruit deze drie monitors bestaan, en wat van ze verwacht mag worden. De volledige monitors zijn bijlages van deze MTR.



Voortgang van de acties en de financiën

Van de genoemde domeinen, zijn de acties het eenvoudigste te monitoren. Het geeft inzicht in de afspraken die betrokken partijen onderling met elkaar hebben gemaakt, en hoe zij er met elkaar in slagen om deze afspraken na te komen. Deze monitor geeft inzicht in de effectiviteit van de processen die zijn ingericht, en over de effectiviteit van samenwerking. De monitor geldt als belangrijke vinger aan de pols en komt dan ook vier keer per jaar terug in de kwartaalrapportages van het IZA (die u in de bijlage vindt). Deze monitor bestaat uit drie onderdelen:

1. Voortgang van de afspraken van het IZA

Acties en afspraken die in het Integraal Zorg Akkoord zijn vastgelegd, worden uitgewerkt in tien thematafels, waarin alles IZA-partijen zijn vertegenwoordigd. De thematafels rapporteren op kwartaalbasis over de voortgang van deze acties; zijn ze afgerond, lopen ze op schema of is aanvullende inzet nodig?

2.Voortgang van de transformatieplannen

Transformatiegelden zijn een belangrijk middel om de IZA-beweging landelijk aan te jagen en versnellen. Informatie over de 'snelle toets', de hoeveelheid ingediende plannen en vooral ook, de hoeveelheid goedgekeurde plannen, geven inzicht in de mate waarin transformatiegelden hun impact door het land laten gelden. Zorgverzekeraars koppelen daarom regelmatig over de voortgang terug.

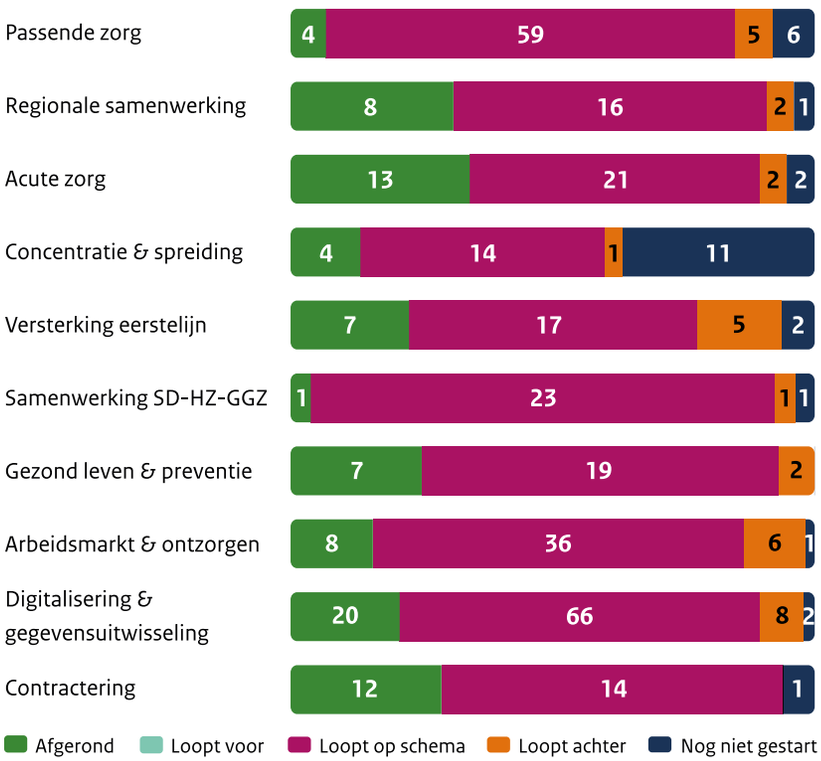
3. Financiële kaders

Dit deel van de inputmonitoring geeft een beeld van de kosten-ontwikkelingen in de IZA-sectoren (MSZ, GGZ, Wijkverpleging, Huisartsen en MDZ) in 2023. De cijfers van het Zorginstituut zijn voorlopig: het gaat om ramingen van verzekeraars, die deze deels kunnen baseren op feitelijke declaraties. De cijfers zijn volledig overgenomen en gepresenteerd in de gebruikelijke kaders om een vergelijking te kunnen maken met de IZA-kaders. De cijfers zijn opgenomen in de begrotingsstukken die met het parlement worden gedeeld.

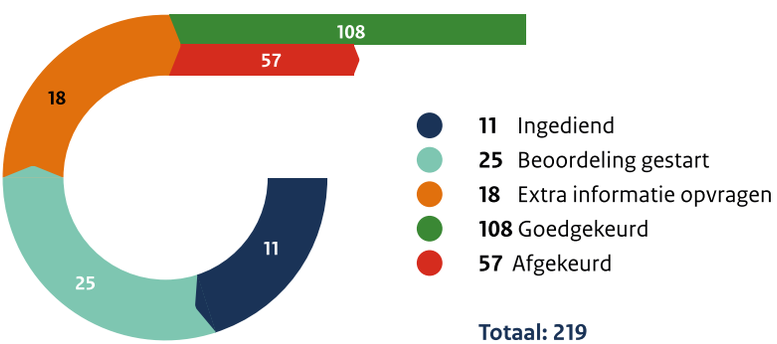
Uitkomsten

In de bijlage vindt u de laatste kwartaalrapportage (ook wel, de inputmonitoring). De belangrijkste uitkomsten binnen de vier onderdelen, staan hier kort geschetst. »

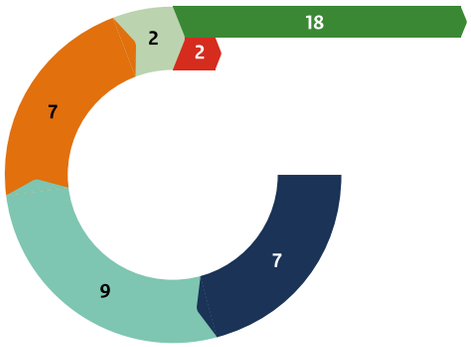
Voortgang afspraken per thematafel



Status snelle toetsen



Status ingediende transformatieplannen

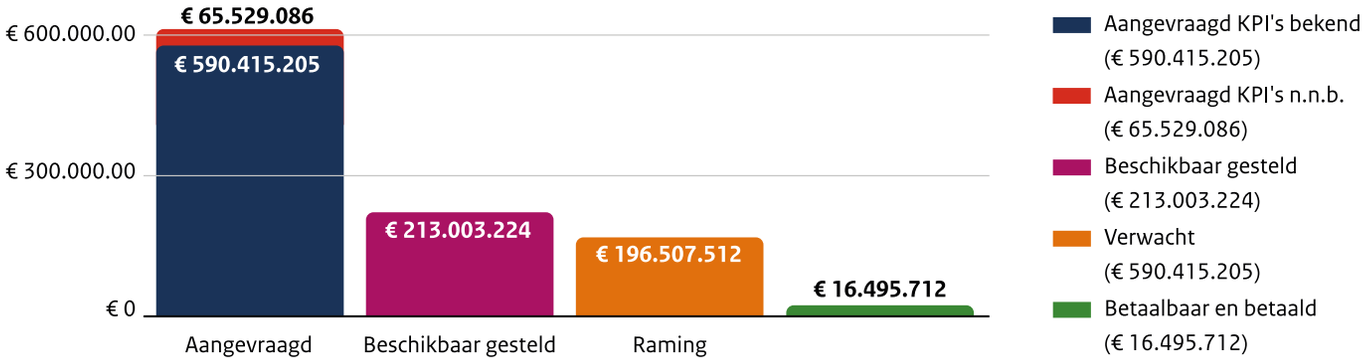


- **7** Transformatieplannen zijn ingediend maar nog niet in beoordeling door coördinerend ZV
- **9** Transformatieplan is ingediend en de beoordeling is gestart
- **7** Transformatieplannen zijn in beoordeling en er is extra informatie nodig om de transformatieplannen goed- of af te keuren
- **2** Transformatieplannen hebben de status voorgenomen besluit, 1ste en 2de ZV's zijn akkoord, de anderen ZV's hebben nog 2 weken de tijd om vragen te stellen
- **18** Transformatieplannen zijn goedgekeurd
- **2** Transformatieplannen zijn afgekeurd

Totaal: 45

Roeien met de riemen die je hebt
Deze monitors zijn opgesteld op basis van beschikbare databronnen. Méér, en betere data zou monitors verder kunnen verdiepen. Tegelijkertijd brengt intensievere dataverzameling ook meer administratieve lasten voor zorgpartijen met zich mee. Bij het al dan niet aanscherpen of intensiveren van de monitoring, is dat een dilemma waar IZA-partijen voor staan.

Bedragen van goedgekeurde transformatieplannen per status



Financiële kaders - actualisatie 2023

In onderstaande tabel is weergegeven wat de stand van de uitgaven in 2023 is op basis van verwachtingen van verzekeraars na 4 kwartalen aan declaraties (gebaseerd op Q4 cijfers van het Zorginstituut). Het cijferbeeld 2023 heeft daarmee een voorlopig karakter.

		MSZ	GGZ	Wijkverpleging	Huisartsenzorg	MDZ
1	Uitgaven stand februari 2024	€ 28.030	€ 5.023	€ 3.211	€ 3.978	€ 818
2	IZA kader	€ 28.135	€ 4.913	€ 4.049	€ 3.941	€ 825
3	Aanspraak IZA-Fonds wijkverpleging (buiten Zvw)	-	-	€ 75	-	-
4	Verschil incl. covid (+ is overschrijding)	€ -105	€ 110	€ -763	€ 37	€ -8
5	Correctie dure geneesmiddelen	€ -				
6	Resterend verschil	€ -105				
7	*Balanspost*	*28%*	*14%*	*9%*	*4%*	*3%*

Voortgang van de beweging

Met de monitoring van de beweging van het IZA wordt een blik geworpen op wat inspanningen vanuit het IZA opleveren (output) en in hoeverre deze inspanningen ons dichter bij onze (langetermijn)doelen brengen. Met andere woorden: zien we het beleid ook plaatsvinden in de praktijk? En brengt het ons dichter bij de beoogde doelen? Het beantwoorden van deze vragen is complex. De output van het IZA is breed, niet altijd goed in cijfers te vatten, of relevante, beschikbare data is beperkt. Daarbij kan het 'meten' van een beweging enkel over (langere) tijd. De output-monitor die voor deze MTR is opgesteld, geldt daarom in belangrijke mate als nulmeting: de eerste meting waaraan volgende metingen gespiegeld kunnen worden.

Deze monitor is opgedeeld in vijf deelmonitors die de 'thema's van de beweging' beslaan. De deelmonitor 'Passende zorg als norm' is daarbij overkoepelend en hangt als een paraplu boven de andere deelmonitors.

1. Passende zorg als norm

De deelmonitor probeert de beweging naar meer passende zorg te meten. Het zoomt daarvoor in op de vier belangrijkste principe uit het Kader Passende Zorg:

- waardegedreven en effectieve zorg;
- zorg komt rondom en samen met de patiënt tot stand;
- zorg vindt dichtbij de patiënt plaats en als nodig verder weg;
- zorg focust op gezondheid in plaats van ziekte.

De ontwikkeling van deze principes is zonder streefwaardes of ijkpunten lastig te duiden. Een duidelijke opbrengst van deze monitor is dat er samen met de IZA-partijen goede gesprekken zijn gevoerd over waar we de kortetermijneffecten op passende zorg mogen verwachten.

2. Versterken en verbeteren regionale samenwerking

Deze deelmonitor voorziet in een nulmeting die inzicht biedt in de stand van zaken van de beweging naar meer regionale samenwerking, door te kijken naar indicatoren uit databronnen als de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP), de GALA-monitor, een vragenlijst onder Domeinoverstijgende Samenwerkingsverbanden (DSV's) en een tool voor Population Health Management (PHM).

3. Versterken en verbeteren hybride zorg

Deze deelmonitor voorziet in een nulmeting die inzicht biedt in de beweging naar meer hybride zorg en ondersteuning, door te kijken naar dataverzamelingen tot en met 2023. Specifiek is gekeken naar de invloed op de werkdruk van zorgverleners, het identificeren en herontwerpen van geschikte (zorg)processen, de toegankelijkheid van hybride zorg en ondersteuning en de daadwerkelijke implementatie ervan.

4. Concentratie en spreiding in de medisch-specialistische zorg msz

Deze deelmonitor voorziet in inzicht in de ontwikkeling van concentratie en spreiding in de medisch-specialistische zorg, door te kijken naar een landelijk beeld van zorginterventies waarvoor voorgestelde volumenormen zijn. De monitor maakt inzichtelijk wat de huidige volumes zijn die worden verkregen van de instellingen die de interventies uitvoeren. Deze deelmonitor is momenteel geen onderdeel van de MTR, maar wordt in september gepubliceerd, zodat het besluitvorming over volumenormen kan dienen.

5. Versterking van de eerste lijn

Deze deelmonitor voorziet in een nulmeting over de staat van de eerste lijn, die zich grotendeels toespitst op de huisartsenzorg. Andere disciplines binnen de eerste lijn inclusief het sociaal domein, worden in volgende rapportages aangevuld. Deze monitor richt zich op de volgende vier uitdagingen, met binnen die uitdagingen aandacht voor het perspectief van burgers: (1) beweging naar een sterkere organisatie in de eerste lijn, (2) effectieve inzet van de beschikbare capaciteit, (3) passende zorg in de eerste lijn en (4) veranderende patiëntstromen.

Een blik op uitkomsten van zorg: de doelgroepenmonitor

Deze monitor kijkt naar de vijf groepen patiënten (de 'doelgroepen') waarvan bekend is dat de zorgvraag het grootst is, beziet daarbinnen trends in de uitkomsten van zorg. Dit gebeurt op het niveau van de zorgkantoorregio. Het maakt zo inzichtelijk hoe trends over aantallen patiënten en kwaliteit van zorg zich binnen regio's ontwikkelen. Deze nulmeting is gebaseerd op data uit 2022 en kijkt, onder andere, naar ervaringen van ggz-cliënten, complicaties bij bepaalde cardiovasculaire operaties, aantallen kwetsbare ouderen en hoe vaak deze op de SEH komen en heldere informatie over kankerdiagnoses. Deze deelmonitor, gepubliceerd op Regiobeeld.nl, is niet statisch, maar zal de komende maanden worden aangevuld met nieuwe indicatoren, onder andere uit populatiestudies.

Voorzorgcirkel boort zilveren zorgreserve aan

Zorgverzekeraar VGZ in gesprek met Henk Geene, initiatiefnemer van Voorzorgcirkels

Vergrijzing een onoplosbaar maatschappelijk probleem? Niet volgens zorgvernieuwer Henk Geene. "Hoe meer vergrijzing, hoe beter, zeg ik tegenwoordig. Want hoe meer vergrijzing, hoe meer gezonde, vitale ouderen. En hoe meer vitale ouderen, hoe meer handen aan het bed. De kunst is om dat reservoir van gezonde, vitale ouderen aan te boren."

Om deze reserve te activeren, ontwikkelde gepensioneerd psycholoog Geene de afgelopen jaren een eigen instrument: de voorzorgcirkels. Dit zijn kleinschalige, informele verbanden van ouderen, familieleden, vrijwilligers of buren, die afspreken elkaar bij te staan wanneer ze zorg en ondersteuning nodig hebben. Sleutelwoorden: nabijheid, wederkerigheid en vrijwilligheid. "Het zijn clubs van acht tot veertien mensen die tegen elkaar zeggen: vanaf nu verhouden we ons tot elkaar en spreken we af dat we elkaar helpen op het moment dat dit nodig is", aldus Geene.

Die nadruk op zelfredzaamheid in gemeenschappelijkheid resoneerde bij Coöperatie VGZ. De zorgverzekeraar ziet de samenleving individualiseren en traditionele steunverbanden afbrokkelen. Daardoor belanden veel hulpvragen in het zorgdomein, terwijl ze daar niet thuishoren. En dat kan de samenleving zich niet veroorloven nu zowel de personeelstekorten als de zorgvraag groeien. "Ons systeem is erg ingericht op formele aanspraken", constateert bestuursvoorzitter Marjo Vissers, "maar niet op iedere vraag is een medisch antwoord nodig. Wij vinden het daarom belangrijk dat je juist het eigen netwerk van mensen in een buurt en de sociale cohesie versterkt." Maar hoe doe je dat dan grootschalig, dat was de vraag.

Veranderaanpak met directe impact

Dat was precies wat Geene al deed met zijn voorzorgcirkels. Niet alleen in woonplaats Wanroij, maar ook in Land van Cuijk, Helmond, Almere en Deventer. Met tastbare resultaten. Een veranderaanpak, dus met directe impact op verschillende plekken. Veel meer had VGZ niet nodig om de voorzorgcirkels te omarmen. Dit betekent dat VGZ de komende maanden met Geene in drie kernregio's tenminste driehonderd voorzorgcirkels gaat uitrollen. Eind 2024 volgt de rest van Nederland, want de voorzorgcirkels zijn er voor iedereen, VGZ-verzekerd of niet.

Over de vraag naar de kracht van de voorzorgcirkels hoeft Geene niet lang na te denken. "Het is helemaal uit het leven van alledag ontstaan. Ik ben schatplichtig aan al die ouderen die duizenden reacties hebben aangeleverd

waardoor ik het concept kon ontwikkelen. Er zit geen woord kamergeleerdheid in." Dat is heel belangrijk, geeft VGZ aan, want met alle goede bedoelingen kijken wij toch vaak naar de wereld door onze eigen bril. Henk is naast ouderen gaan staan en heeft naar de wereld gekeken zoals zij die ervaren. Het gaat erom dat het werkt voor de mensen voor wie het bedoeld is. Hoe willen zij het hebben?

"Ouderen gaven aan dat ze voor hulp en steun liefst vlak in de buurt zouden zoeken; in de eigen straat, in de eigen wijk, in het eigen dorp", vat Geene een van zijn bevindingen samen. "Een voorzorgcirkel waarvoor je in de auto moet stappen kun je vergeten. We zoeken altijd op loop- en fietsafstand. Je laat bij wijze spreken de hond uit en komt ook nog langs het huis waar je eventjes naar binnen moet om oud papier buiten te zetten of ogen te druppelen."

We hebben elkaar nodig

Burgers mogen volgens Geene dan graag iets voor elkaar willen betekenen, vragen blijkt een stuk lastiger. "We zitten in Nederland met grote vraagverlegenheid", stelt Geene. "Mensen bieden makkelijker hulp en steun dan dat ze er om vragen. Elke zorgcirkel krijgt daarom een verbinder, die vraag en aanbod samenbrengt. Mijn generatie heeft volstrekt afgeleerd om hulp te vragen. Dat komt omdat het ons de afgelopen decennia economisch zo goed is gegaan."

"Henk is naast ouderen gaan staan en heeft naar de wereld gekeken zoals zij die ervaren. Het gaat erom dat het werkt voor de mensen voor wie het bedoeld is."

Daar komt volgens Geene in hoog tempo verandering in. "Ouderen zien steeds meer in dat ze elkaar nodig hebben en ook zelf aan de bak moeten. Dat proces zal sneller gaan naarmate de druk groter wordt door het tekort aan arbeidskrachten in de zorg. Over een paar jaar komt de thuiszorg echt niet meer langs om zorgvragers op het toilet te zetten. Die mensen zijn er gewoon niet meer."

Het is volgens Geene dan ook onvermijdelijk dat steeds meer zorgtaken bij de burger terecht komen. »

Dit roept de vraag op waar straks de grens ligt tussen formele en informele zorg. Een boodschapje doen is één ding, maar oog druppelen of steunkousen aantrekken, laat staan iemand op de po zetten, een heel ander. “Onder druk wordt alles vloeibaar”, zegt Geene. “Steunkousen aandoen en oog druppelen gebeurt in de praktijk al. Ik zie dat we in de zorg op allerlei punten grenzen verleggen. Er zijn al ziekenhuizen die vrijwilligers opleiden om te prikken of andere activiteiten uit te voeren.”

“De kracht van de voorzorgcirkels is juist het informele, laagdrempelige karakter dicht bij de leefwereld van ouderen.”

Het gaat niet zozeer over grenzen verschuiven, als wel het anders gaan kijken naar wat een zorgvraag is. Misschien past het antwoord gewoon beter in de eigen context van mensen.

Voorzorgcirkels, een vorm van preventie

Hoe de afbakening tussen formele en informele zorg er ook uit komt te zien, volgens Geene is een nauwere samenwerking hoe dan ook nodig. In één van de proefregio’s gaat VGZ daarom onderzoeken hoe dit zou kunnen werken. Voorzorgcirkels zijn zoals de naam zegt in feite een vorm van preventie. Als onderdeel van het transformatieplan Mooi Maasvallei gaat VGZ bekijken of ze ook onderdeel kunnen zijn van een formeel zorgtraject. Want misschien kan iemand na een kortdurende opname makkelijker naar huis als het ziekenhuis weet dat er in de betreffende wijk een stevige voorzorgcirkel is. Dan zou ondersteuning thuis op die manier geregeld zijn, ook al is de patiënt alleenstaand. En in dat geval worden die voorzorgcirkels dan onderdeel van de revalidatiecontext.

Nauwere samenwerking brengt nieuwe uitdagingen mee. Wat te denken van het gevaar van institutionalisering? “Dat risico is er”, beaamt Geene. “Het gaat nu vaak over IZA, WOZO en GALA. Dat noem ik het geweld van het geld. Dan kun je de gekke situatie krijgen dat financiers willen praten over de kostprijs van een voorzorgcirkel, terwijl een burger die zelf aan de slag gaat nul euro kost.”

“Wat moeten de voorzorgcirkel een zetje geven zonder het concept te institutionaliseren. Voor je het weet is het dan formele zorg, compleet met betaaltitel en aanspraak.” Daarmee zouden we wat VGZ betreft het paard achter de wagen spannen. “De kracht van de voorzorgcirkels is juist het informele, laagdrempelige karakter dicht bij de leefwereld van ouderen. Als mensen aan de slag gaan en de voorzorgcirkels zich als een olievlek gaan verspreiden, zullen mensen merken dat het er warmer, zorgzamer en leuker van wordt. Dat kon wel eens heel besmettelijk blijken te zijn.”

Henk Geene, initiatiefnemer Voorzorgcirkels

Cardiologisch onderzoek thuis

Hartritmeonderzoek zonder wachttijden

IZA-doelgroep: *Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten*

René Bloem, huisarts
"Voor mij is dit een uitstekend voorbeeld van efficiëntere zorg. De patiënt heeft de zorg dichtbij,het onderzoek heeft geen wachttijd en is goedkoper dan een verwijzing naar een cardioloog. De patiënt hoeft de deur niet uit en als huisarts heb ik er minder werk aan."

Wat is de passende zorgpraktijk?

Mensen met hartklachten krijgen in Nederland diagnostisch onderzoek. Dit kan met een holter- of eventonderzoek. Een holter of eventrecorder is een apparaat dat het hartritme één tot zeven dagen lang kan registeren. De patiënt haalt de recorder op en levert deze na de meting in bij een medisch diagnostisch centrum, laboratorium, huisartsenpraktijk of ziekenhuis.

Bij Ksyos werken ze met de Thuis Holter. De patiënt krijgt de Thuis Holter thuisgestuurd en doet een hartritmeonderzoek zonder de deur uit te moeten. Van tevoren bepaalt de huisarts, in overleg met de patiënt en diens naasten, of het onderzoek thuis kan gebeuren. Na indicatie van de huisarts, wordt het opgestuurd en kan de patiënt zelf thuis de meting doen. Patiënten die vragen hebben, kunnen terecht bij de polikliniek van Ksyos. Als de meting klaar is, stuurt de patiënt de recorder terug. Cardiologen interpreteren de resultaten en delen de uitslag met de huisarts.

Het reguliere holteronderzoek wordt al gebruikt door 3.500 huisartsen praktijken voor in totaal ongeveer 35.000 patiënten per jaar. De Thuis Holter is al toegepast voor 5.000 patiënten.

Kernelementen

- De huisarts bepaalt samen met patiënt en naasten of thuisonderzoek mogelijk is.
- Inrichten van multidisciplinaire samenwerking tussen Ksyos en huisartsenpraktijk.
- Inregelen van logistiek proces verzenden en retour ontvangen van holter- of eventrecorder.

Aandachtspunten:

- Koppeling met het huisartseninformatiesystemen (HIS) is essentieel voor de implementatie.

Wat levert het op?

Mensgerichtheid

- Juiste zorg op de juiste plek: diagnostiek in thuissituatie.
- Minder belastend voor de patiënt: er zijn geen reisbewegingen en wachttijden.

Houdbaarheid

- Minder werkdruk in het diagnostisch centrum dat anders de holter zou aansluiten. De patiënt kan met vragen terecht bij de polikliniek van Ksyos.

Duurzaamheid

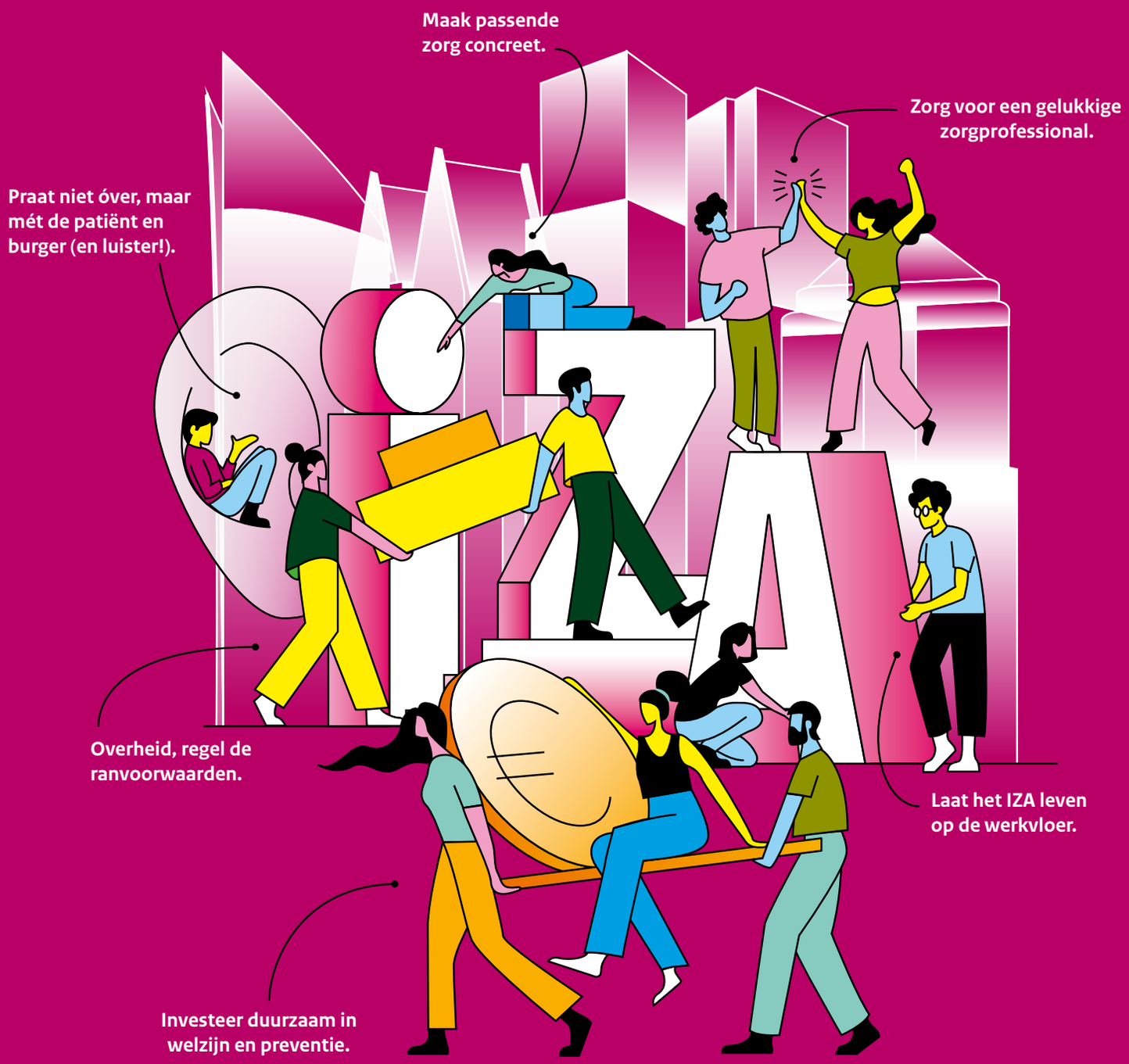
- Het is aannemelijk dat deze werkwijze geen negatieve impact heeft op duurzaamheid.[1]

1 bron: zorginstituut

Mevrouw Visser uit Limmen (52 jaar):
"Mijn huisarts had me aangemeld voor een 72-uurs onderzoek. Het was heel fijn dat dit thuis kon. Ik kreeg het kastje thuisbezorgd met daarbij een instructie. Het onderzoek was echt goed te doen. Ik werd er 's nachts niet van wakker en heb er ook mee gesport. Kort na het onderzoek kreeg ik een telefoontje van mijn huisarts met de uitslag. Hij kon mij gelukkig vertellen dat er niks met mijn hart aan de hand is. Dat is een hele geruststelling."

IZA-talentennetwerk

“Het tempo moet omhoog en de vrijblijvendheid moet omlaag!”



Het IZA-talentennetwerk is een netwerk van jonge zorgprofessionals. Wij zijn een afvaardiging van burgers, patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars, zorgorganisaties en overheidsinstanties. Als uitvoerders van de zorg brengen wij onze dagelijkse ervaringen uit de praktijk mee, maar zijn wij tevens de gebruikers van de zorg in de toekomst. Daarom zijn wij actief betrokken bij het veranderen van de zorg en denken wij graag mee over hoe we de zorg toegankelijk houden, ook over 50 jaar. Wij hebben de voortgang van het IZA geëvalueerd via een focusgroep binnen ons netwerk. De resultaten staan hieronder vermeld en de inhoud en quotes zijn subjectief: ze brengen de discussie die gevoerd is tot leven.

Reflecties op het IZA vanuit het talentennetwerk

In Nederland staan we voor de grote maatschappelijke opgave om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Onze belangrijkste oproep is: “het tempo moet omhoog en de vrijblijvendheid moet omlaag!” Zet daarom volop in op:

1. **Stop met praten óver de patiënt en burger, maar ga mét ze in gesprek en luister echt.**
2. **Laat het IZA leven op de werkvloer. Betrek iedereen die in de zorg of in welzijn werkt.**
3. **Zorg voor een gelukkige zorgprofessional.**
4. **Passende zorg is te vaag en te vrijblijvend, maak het concreet.**
5. **Investeer duurzaam in welzijn en preventie.**
6. **Overheid pak je verantwoordelijkheid, regel de randvoorwaarden.**

Mede mogelijk gemaakt door Neeltje Spierings, Manon Crijns, Nickie van der Wulp, Elize Michels, Alisha Schenk, Mischa Knol en Brechje Brouwer (afgevaardigden van het IZA talentennetwerk).

1. Stop met praten óver de patiënt en burger, maar ga mét ze in gesprek en luister echt.

Het succesvol realiseren van de doelstellingen van het IZA vraagt om een gedragsverandering bij de zorgprofessional, maar ook bij de patiënt en burger. Hun inbreng is cruciaal om de zorg te veranderen, bijvoorbeeld door gezonder te leven en mantelzorg te verlenen. Niet alles hoeft en kan met zorg worden opgelost. Er moet een maatschappelijk debat worden aangejaagd over de besteding van ons zorgbudget. Helemaal nu de toegankelijkheid van zorg onder druk staat en het algemeen heersende gevoel van ‘recht op zorg’ niet altijd waargemaakt kan worden.

> *“Neem de burger mee in de transformatie die het IZA probeert te bewerkstelligen, alleen dan kunnen we stappen gaan zetten en de zorg echt gaan transformeren.”*

De alom levende overtuiging dat ‘de patiënt altijd alles wil’, strookt niet perse met de werkelijkheid. Om dit te kunnen vaststellen, moet je de patiënt en burger bevragen en het eerlijke gesprek voeren. Hierbij moet je luisteren, luisteren en nog eens luisteren. Zo zorg je ervoor dat de patiënt of burger daadwerkelijk wordt gehoord, er wederzijds begrip ontstaat »

en men wordt gefaciliteerd de juiste keuze te maken. Wij missen op dit moment de dialoog tussen overheid, burgers en patiënten over wat passende zorg is.

"Als het recht op zorg afneemt dan zullen we met elkaar kaders moeten stellen om het zorgstelsel solidair te houden."

2. Laat het IZA leven op de werkvloer. Betrek iedereen die in de zorg of in welzijn werkt.

Het IZA is opgesteld en bedacht door bestuurders en beleidsmedewerkers. Maar met iets opschrijven, is het nog niet geregeld. Uit de focusgroep kwam naar voren dat het IZA onvoldoende bekendheid heeft onder zorgprofessionals.

De uitvoering van het IZA zal op veel onderdelen bottom-up tot stand moeten komen. Wij vinden daarom dat er meer ruimte moet komen voor leiderschap vanuit de zorgprofessionals. Laat zorgprofessionals meepraten, meebepalen en invloed uitoefenen en zet duaal leiderschap meer centraal.

"Zet de zorgprofessional in the lead en geef hen ruimte en het vertrouwen om de noodzakelijke veranderingen aan te jagen en vorm te geven."

Daarnaast pleiten wij voor meer betrokkenheid van zorgprofessionals bij bestuurs- en beleidstafels. Zorg er hierbij voor dat zorgprofessionals niet alleen aanwezig zijn voor de bühne, maar dat er ook daadwerkelijk naar ze wordt geluisterd en dat er iets wordt gedaan met hun ideeën, vragen of zorgen.

"Voor alleen een beweging kom ik mijn praktijk niet uit"

3. Zorg voor een gelukkige zorgprofessional.

De groeiende werkdruk onder zorgprofessionals in alle sectoren is een verontrustende trend. Om goede zorg te blijven bieden, is het essentieel dat zorgverleners in staat zijn om open te staan voor alle fundamentele aspecten van zorg: het luisteren naar de patiënt, het tonen van empathie en het leveren van de benodigde zorg. Om dit vol te houden, moet worden geïnvesteerd in het welzijn van de zorgprofessional.

Zaken die hier onder andere aan kunnen bijdragen zijn het betrekken van zorgprofessionals bij beslissingen over de zorg van de toekomst en het schrappen van overbodige administratie.

"Een warme zorgprofessional is onwijs belangrijk; dat is wat je als patiënt en naaste wil."

Op dit moment heerst er een gebrek aan onderling vertrouwen tussen zij die de zorg verlenen en zij die de zorg faciliteren. Dit beperkt de autonomie van de zorgprofessional en kost onnodig tijd, energie en middelen. Door dit vertrouwen op te bouwen en de autonomie van zorgverleners te versterken, kunnen we een omgeving creëren waarin professionals gedijen en de zorgsector aantrekkelijk blijft voor toekomstige generaties. Hun veerkracht is de sleutel tot het leveren van hoogwaardige zorg en het behoud van een gezonde en bloeiende zorgsector.

"Willen mijn kinderen later nog wel in de zorg werken?"

4. Passende zorg is te vaag en te vrijblijvend, maak het concreet.

In het IZA hanteren we passende zorg als leidend principe. Maar hoe voer je het uit in de praktijk als er geen consensus is over wat we passend vinden en wat niet? De principes voor passende zorg, zoals gedefinieerd in het IZA, laten veel ruimte voor interpretatieverschillen. Iedereen verstaat er wat anders onder en bedoelt er wat anders mee.

"Voor wie moet het 'passend' zijn? De patiënt, de zorgverlener, de maatschappij?"

Het is nodig dat de overheid actiever ingrijpt om passende zorg te concretiseren en gevestigde belangen te doorbreken. Nu bestaat namelijk het idee dat veel heilige huisjes in stand worden gehouden. De overheid moet in overleg met zorgprofessionals sneller en duidelijker aangeven wat passende zorg is en we moeten stoppen met het vergoeden van niet-passende zorg. Dit vereist heldere afspraken en heeft consequenties voor iedereen. Er moet bereidheid zijn om deze consequenties gezamenlijk te dragen.

"Het IZA is een transitie; er moeten dingen worden opgebouwd, maar ook worden afgebroken en dat laatste gebeurt maar matig."

5. Investeer duurzaam in preventie en welzijn.

Preventie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Zorgprofessionals kunnen er een positieve bijdrage aan leveren, maar het is niet alleen hun verantwoordelijkheid. Preventie vereist eigenaarschap en goede financiering, maar dit ontbreekt momenteel. Kortetermijninvesteringen en eenmalige financiële injecties zijn niet voldoende; we hebben blijvende en duurzame veranderingen nodig. Als we al vroeg in het leven met preventie aan de slag gaan, dragen we zorg voor de toekomst.

"Overheid, stimuleer zelfredzaamheid van de mensen! Richt de leefomgeving en de maatschappij zo in dat mensen zelf meer kunnen doen op het gebied van preventie."

Binnen het welzijnswerk zijn veel voorbeelden te vinden van goede initiatieven die zorgen voor het verminderen van de zorgvraag. Het is echter onduidelijk of deze voorbeelden representatief zijn voor het hele land. Daarnaast hebben gemeenten vaak de beschikking over tijdelijke financiële middelen en zijn de transformatiemiddelen ook voorbijgaand. Hierdoor kampen goede lokale voorbeelden met een bestendigheidsprobleem. Dit terwijl financiële zekerheid essentieel is om een echt duurzame verandering te kunnen realiseren.

"Welzijn is een belangrijke sleutel in het terugdringen van de groeiende zorgvraag"

6. Overheid pak je verantwoordelijkheid, regel de randvoorwaarden.

Het IZA geeft opdracht tot een grootschalige transformatie van ons zorglandschap. Samenwerking en communicatie zijn daarbij essentieel. In de focusgroep werd veelvuldig de vraag gesteld of dit haalbaar is zolang de randvoorwaarden om deze opdracht te vervullen niet goed geregeld zijn. Met name op het gebied van ICT, financiën en (regionale) samenwerking tussen instellingen worden belemmeringen ervaren.

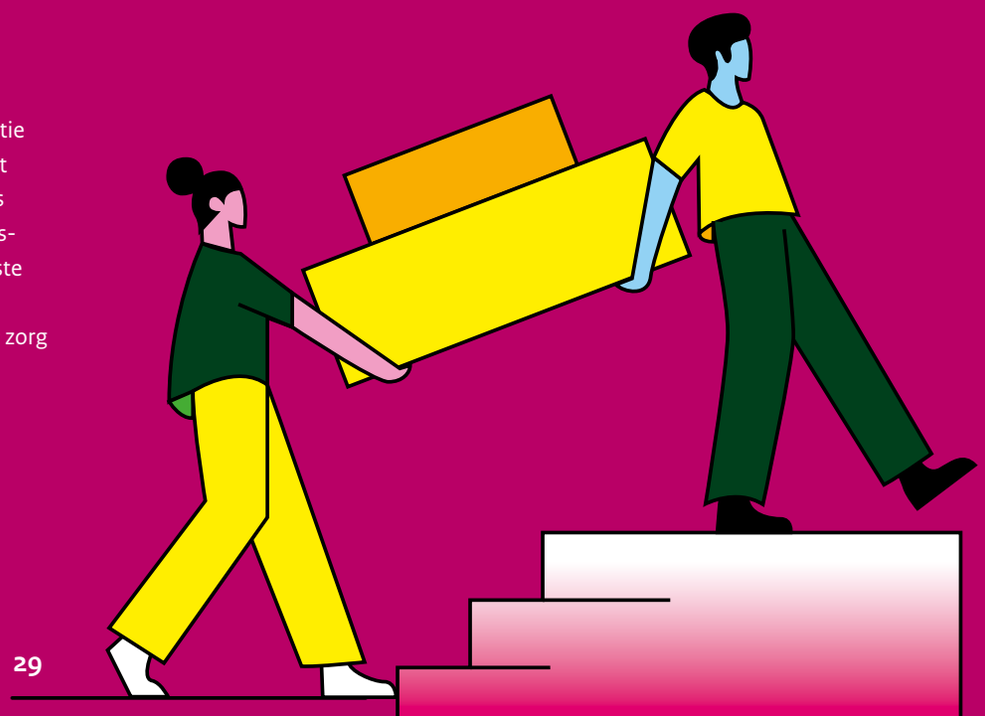
"ICT zou een nutsvoorziening vanuit de overheid moeten zijn, het digitale spoorwegennetwerk".

"Je bent geen patiënt maar een financieel label (Wlz, Zvw, Wmo)"

"Leiders moeten veranderingen doorvoeren die ten koste kunnen gaan van hun eigen zorginstelling. Wat kunnen we eraan doen om hen te helpen toch te kiezen voor samenwerking en passende zorg?"

Concluderend

Wij roepen op tot actie om de zorgtransformatie te versnellen en te verdiepen. Het tempo moet omhoog en de vrijblijvendheid omlaag! De zes in deze mid-term review genoemde aandachtsgebieden zijn naar onze mening de belangrijkste onderwerpen om nu op te focussen. Alleen zo kunnen we met elkaar goede en toegankelijke zorg behouden voor de generaties die komen.



Bouwen op vertrouwen

Gezonde Groningers, Gezonde Zorg

Wilja Strating (links)
Regiomanager bij Menzis, de grootste zorgverzekeraar in de regio.
Manouska Molema (rechts)
Wethouder in Groningen voor Groenlinks

Tekst Jos Leijen
Interview Aiko de Raaf en Yvonne Wilkens

Het netwerk Gezond Groningen presenteerde als een van de eerste hun regioplan, met als ondertiteltitel 'Gezonde Groningers, Gezonde zorg'. We gaan daarom in gesprek met Manouska Molema, wethouder in Groningen voor GroenLinks, en Wilja Strating, regio-manager bij Menzis, de grootste zorgverzekeraar in de regio.

"Ik moest wel lachen om jullie verzoek", opent Manouska het gesprek. "Een interview voor een mid-term review, terwijl we pas in september geld hebben gekregen om plannen uit te voeren."

Er wordt uitgelegd: de aanleiding is dat IZA-partijen inmiddels anderhalf jaar werken aan het Integraal Zorgakkoord en dat het opstellen van de MTR een mooi moment is om iedereen te informeren over de stand van zaken. Daarbij gaat het niet alleen om tastbare resultaten, maar ook over bijvoorbeeld de ontwikkeling en samenwerking in de regio's, waar de regioplannen een belangrijk onderdeel van zijn.

"Het maatschappelijk effect dat we voor ogen hebben, is nog niet bereikt, dat vraagt nog veel werk en tijd", zegt Manouska. "Een belangrijk effect is wel dat de verbinding tussen sectoren enorm

“We kiezen voor interventies die op langere termijn effect hebben. Door de focus op gezinnen met kinderen willen we voorkomen dat mensen chronisch ziek worden en dat ze heel lang kwakkelen. Zodat we op termijn zorgkosten voorkomen.”

is verbeterd. Dat zit vooral in menselijk contact. We kunnen elkaar beter vinden. Dat begon al met de regiovisie. We hebben elkaar leren kennen en er is een relatie opgebouwd. Dan kun je daarna ook wat scherper het gesprek voeren.”

Wilja: “We hebben bijvoorbeeld besloten dat het zorgoverleg en het preventieoverleg aan dezelfde tafel moet komen. Alles wat in de regio loopt, moet aan de regiotafel besproken worden, anders weten we niet goed van elkaar wat de ander doet.”

Samen de schouders eronder

Wilja is regiomanager bij Menzis van de regio’s Noord en Oost. Menzis was initiatiefnemer van de regiovisie die in november 2022 het licht zag. “Dat deden we vanuit onze rol als preferente zorgverzekeraar in Groningen. Daarbij hebben we contact met alle partijen in de regio van WLZ aanbieders, gemeenten en ZvW aanbieders. Ten tijde van het vaststellen van het IZA , lag het voor de hand dat wij het voortouw zouden nemen. En dat werd ook door alle partijen geaccepteerd.”

Manouska: “Als gemeente is onze intrinsieke drijfveer om de maatschappij beter te maken voor onze inwoners. Het is mooi als je bij andere partijen en personen diezelfde motivatie ziet. Dat geeft vertrouwen: als we hier samen onze schouders onder zetten, dat kunnen we het. Dat gevoel heb ik in de samenwerking met Menzis.”

Het regioplan bestaat uit vijf ‘actielijnen’, waarbij koppels van betrokken bestuurders toezien op de voortgang. Daarbij is met opzet gekozen voor bestuurders met verschillende expertises en perspectieven. Bij de actielijn ‘Mentale gezondheid’ zijn bijvoorbeeld bestuurders betrokken van de geestelijke gezondheidszorginstelling Lentis de gemeente Eemsdelta.

Wilja: “Door bestuurders zo bij elkaar te brengen leer je elkaar kennen, kijk je bij elkaar in de keuken en leer je elkaars sector kennen. Op die manier kom je gemakkelijker tot integraliteit. Je bent samen verantwoordelijk. Je hoeft het niet altijd eens te zijn met elkaar, maar je moet het samen oplossen.”

Gezondheidsachterstanden verminderen

Wat zijn de eerstvolgende stappen die jullie willen maken?

Manouska: “De spreiding van voorzieningen moet beter. Nu is alles in de stad Groningen en niet in de Ommelanden. Dat raakt overal aan. De prioriteit ligt bij buurten waar we de meeste impact kunnen maken, en dan vooral bij gezinnen met kinderen. Zodat we een gezonde generatie krijgen en kinderen zich breder ontwikkelen. Met name in gebieden met lage sociaaleconomische status.”

Wilja: “In het regioplan leggen we de focus op groepen aan de onderkant van de samenleving om de gezondheidsachterstanden te verminderen. Het is niet zo dat we alle andere groepen verwaarlozen, maar je kunt niet overal de focus op hebben. Je zult keuzes moeten maken”

Manouska: “We kiezen voor interventies die op langere termijn effect hebben. Door de focus op gezinnen met kinderen willen we voorkomen dat mensen chronisch ziek worden en dat ze heel lang kwakkelen, zodat we op termijn zorgkosten voorkomen. Daarbij is het wel belangrijk dat we daar structurele financiering voor vinden. Dat we niet over drie jaar de stekker eruit moeten trekken. Daarnaast hebben we bewust gekozen voor normaliseren, collectiveren en demedicaliseren om een zo groot mogelijke impact te maken.”

Meer capaciteit op gezondheid

Jullie zijn er buiten volop aan de slag met het IZA. Maar wat betekent het voor je eigen organisaties? Welke stappen heb je daar gezet?

Manouska: “We hadden te weinig capaciteit op gezondheid. Daar hebben we de IZA-gelden deels voor ingezet; er zijn nu meer mensen actief en de sturing is beter. Het ambtelijk overleg op gezondheid is ook verbeterd. Om de zoveel weken zitten onze ambtenaren met regionale mensen aan tafel om informatie uit te wisselen en gevoeligheden op te halen.”

Wilja: “In ons team hadden we een regiomanager die al haar focus had op het sociale domein die nu gepositioneerd is als netwerkregisseur voor de samenwerking aan de regiotafel Gezond Groningen. Ik heb al vaker voorgesteld om de juiste mensen vanuit onze eigen organisaties te positioneren in Gezond Groningen en zie dat nu steeds meer gebeuren in de regio. Voor mij is het een tweede »

baan, met hetzelfde aantal uren. Dat is het me echter meer dan waard. We hadden bij Menzis al een kanteling gemaakt door in regioteams te werken. Alle zorg zit bij elkaar in zo'n team. Dat geeft integraliteit bij de inkoop. Dat helpt, want veel actielijnen raken aan meerdere domeinen."

Organisatorisch beter inrichten

Wilja: "Manouska en ik zijn bestuurlijke trekkers van een van de actielijnen, maar zijn nu ook nog veel bezig met de uitvoering".
Manouska: "Eigenlijk is het niet te doen zoals wij het invullen. We hadden dat vanaf het begin anders moeten organiseren, maar we hebben dat gaandeweg gedaan. De tijd was er niet en er moest zo veel gebeuren. We hebben de stuurgroep nu gevraagd om met een programmastructuur te komen. Bij het volgende bestuurlijk overleg wordt een concreet uitgewerkt voorstel voorgelegd om de ondersteuning beter te regelen met een programmadirecteur en programmamanagers."
Wilja: "We hebben eerst vooral de ontwikkeling willen aanjagen en mensen willen inspireren; laten snappen waar we naartoe moeten. Dat is goed gelukt. Alle neuzen staan dezelfde kant op, ook die van bestuurders. Iedereen omarmt het. Nu moeten we het organisatorisch beter gaan inrichten."
Manouska: "Desondanks hebben we een gedeelde visie kunnen formuleren en een koers uitgezet. En er is interactie tussen de partijen. Als er iets is of iemand komt er niet uit, zoeken we contact. We durven beter aan elkaar de hulpvraag te stellen. Dat hadden we een jaar geleden niet."
Wilja: "Dat is het vertrouwen dat is gegroeid. Het gevoel dat we samen verantwoordelijk zijn voor het regioplan. En dat we elkaar bellen als er iets is wat ons niet zint. Dat is geen zwakte, dat is kracht."

Kwetsbaarheid

Wat nou als er straks gemeenteraadsverkiezingen zijn en er komt een andere wethouder? In hoeverre hangt dit aan jou als persoon?
Manouska: "Daar praten we wel over. Ook met Menzis. Moeten we niet een samenwerkingsagenda opstellen, want als een van ons wegvalt weet je niet wat er gebeurt. Waar kunnen we sowieso samen in optrekken? Want Menzis heeft een lobby richting landelijk beleid te doen en eigenlijk is dat dezelfde lobby die wij doen, met name op de toekomstbestendige financiering van transformatie."
Wilja: "Daar zit wel een kwetsbaarheid. Je bouwt vertrouwen en dat hangt aan mensen. Als mensen vervangen worden kost dat vaak weer veel tijd. Maar we zijn er voor dezelfde inwoners. Ieder heeft daar wel zijn eigen accenten bij, maar we hebben hetzelfde doel. Dan moet je op zoek naar wat je bindt."

Inwoners beter betrekken

Hoe zit het met inwonerbetrokkenheid? Hoe neem je dat geluid mee?
Manouska: "Dat hebben we bij het opstellen van de plannen niet goed genoeg gedaan. Daar was ook geen tijd voor, er zat te veel druk op. Er zaten wel belangenbehartigers aan tafel, maar dat is niet genoeg. We vinden dat er meer moet gebeuren op dat vlak. Er komt wel een communicatiecampagne met aandacht voor burgerparticipatie. Aan de andere kant is het wel erg hoog over voor veel mensen."
Wilja: "Het is best ingewikkeld, hoor ik ook van vertegenwoordigers van welzijn en bijvoorbeeld Zorgbelang. Hoe raak je in gesprek met inwoners met een lage sociaaleconomische status en wantrouwen tegen alles wat met overheden te maken heeft? We missen nu een grote groep. Daarom hebben we een bureau ingeschakeld om daarbij te helpen. Het wordt gemakkelijker als het gaat om concrete projecten in buurten en wijken. Ouders, wat vinden jullie hiervan? Leerkracht, hoe denk je hierover? In de uitvoering is het een vereiste dat je weet wat mensen willen. Er zit veel kracht bij de inwoners die we in de toekomst hard nodig hebben."
Manouska: "Het heeft ook te maken met legitimiteit. We zetten grote bewegingen in gang met grote gevolgen voor de inwoners. Dan moet je hen erbij betrekken. Dan is het niet

Regioplan Groningen: Gezonde Groningers, Gezonde zorg

Zorgaanbieders, welzijnspartijen, overheden en andere belanghebbenden in Groningen en de kop van Drenthe maakten in 2019 al een regiobeeld, in 2022 gevolgd door een regiovisie. De regiovisie was het fundament voor het regioplan voor Groningen. In het regioplan spreken partijen vijf actielijnen af:

1. Meer doen met beschikbare middelen
2. Meer preventie, welzijn en samenleving
3. Beschikbaarheid van data en monitoring
4. Professionals voor de toekomst
5. Mentale gezondheid

Groningen heeft een voordeel op veel andere regio's doordat de grenzen van de zorgregio vrijwel gelijk zijn aan die van de provincie, plus de kop van Drenthe. Partijen kennen elkaar. Ze komen elkaar steeds weer tegen. Wilja Strating: "De verhoudingen zijn goed en er is een breed gedeeld besef dat we dingen anders moeten doen, omdat de zorg anders vastloopt."

Met name in de Ommelanden, het gebied buiten de stad Groningen, hebben veel mensen klachten die samenhangen met armoede en een ongezonde leefstijl, zoals overgewicht, diabetes en hart- en vaatziekten. Daarnaast zijn er lange wachttijden voor oogheelkunde en orthopedie.

De aardbevingsproblematiek zorgt voor veel problemen bij mensen, zoals mentale problematiek, lichamelijke klachten, kansenongelijkheid en bestaansonzekerheid.

Veel Groningers doen een beroep op geestelijke gezondheidszorg, waarbij trajecten gemiddeld langer duren door sociaaleconomische problematiek. Dit leidt tot lange wachttijden voor ggz. Manouska Molema: "We hebben ook een enorme uitdaging met de jeugd: Er is veel in te halen op kansengelijkheid en bestaanszekerheid. We scoren slecht op de lijstjes over kindermishandeling en geweld. En de suïcide in Groningen is hoger dan gemiddeld in Nederland."

genoeg om een visie op te stellen, hierover een inloopavond te houden en dan een vinkje te zetten bij burgerparticipatie."

Transformatiegeld voor sociaal domein

Binnenkort is er bestuurlijk overleg van de IZA-partijen en kijken ze waar op bijgestuurd kan worden. Wat is jullie boodschap?

Manouska: "Sowieso dat transformatieplannen richting het sociaal domein automatisch gehonoreerd worden en dat de discussie stopt. Niets is zo demotiverend als partijen met plannen komen die van zorg naar gezondheid gaan en dat het dan wordt afgewezen. Dat is frustrerend."

Wilja: "Als zorgverzekeraar willen we graag duidelijkheid over wat we met de transformatiegelden voor het sociaal domein kunnen doen."

Manouska: "Het zou goed zijn om ook naar de samenhang tussen zorg en veiligheidsvraagstukken te kijken, bijvoorbeeld rond forensische zorg. Verder wil ik wel in gesprek met het bedrijfsleven. De wachtlijsten hebben ook een grote economisch impact, maar dat staat nauwelijks op de agenda. Hier zit een deel van je langdurige ziekteverzuim en WIA-aanvragen en die verbinding maken we niet tot nauwelijks. Misschien kun je wel het dubbele inzetten aan transformatiegelden als dat bijdraagt aan een gezonde beroepsbevolking. We moeten ons ook afvragen hoe we omgaan met de schaarste die er nu al is. Mensen op de wachtlijsten voor ggz en de oogarts. Over tien jaar hebben we misschien veel opgelost. Maar wat doen we tijdens de transformatieperiode voor mensen in de meest kwetsbare omstandigheden? Die hebben nu een acuut vraagstuk en kunnen niet tien jaar wachten op een betere verdeling van schaarse menskracht."

Opkomen voor de meest kwetsbaren

Waarom moeten we doorgaan op de ingeslagen weg?

Wilja: "Omdat het niet anders kan. Als we blijven doen wat we deden, komen we van alles te kort en dat raakt helaas vaak eerst de meest kwetsbaren in de samenleving. De schaarste is er al, daar lopen we al dagelijks tegenaan. We moeten scherpere keuzes maken wat we wel en niet doen. In de covid-tijd hebben we ook voor dit soort keuzes gestaan, dus ervaring hiermee is er."

Manouska: "We moeten dit doen omdat het niet rechtvaardig is dat een grote groep mensen eerder doodgaat. De meest kwetsbare mensen zijn de dupe van dit systeem. Als je een rechtvaardige samenleving wilt, moet je het anders organiseren. Dat vraagt publieke regie. Daarom moeten we doorgaan. Omdat het nu niet eerlijk is."

Beeld Renze Bemelmans

NOA is er voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie

Het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam eerste lijn (NOA) is een samenwerking tussen zeven zorg-organisaties (Amsta, Amstelring, Cordaan, Evean, Family Supporters, Vivium en Zorggroep Amsterdam Oost) en ketenpartners (Amsterdamse Huisartsenalliantie, Amsterdam UMC, Amsterdam Vitaal & Gezond en Sigra). Het NOA is er voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie en ter ondersteuning van de huisarts.

Wat is NOA?

Het NOA werkt als één team van specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten ouderenzorg en andere zorgprofessionals. Het team is gespecialiseerd in zorg en behandeling van kwetsbare ouderen met complexe (multi)morbiditeit. Het NOA heeft als doelstelling een waardevolle bijdrage te leveren aan de zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen in de thuissituatie in Amsterdam en Diemen. Deze samenwerking ondersteunt huisartsen en praktijkondersteuners door de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen bij complexe hulpvragen rondom kwetsbare ouderen. De specialist ouderengeneeskunde is expert op het gebied van patiënten met complexe (multi) morbiditeit.

De Start van NOA

Slechts twee jaar geleden werd in Amsterdam het NOA opgericht - een netwerk van Amsterdamse zorgorganisaties en ketenpartners, gericht op het ondersteunen van huisartsen en praktijkondersteuners bij het behandelen van kwetsbare ouderen. Het was een geesteskind van Cees Hertogh (hoogleraar Ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC), Barbara Wendrich (projectleider Free Finch) en Sandra Oud (bestuurder Evean). Uit de huisartsenenquête die in 2021 is verzonden naar alle huisartsen in Amsterdam, bleek dat het slecht was gesteld met de kennis over de samenwerkingsmogelijkheden met specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn. De enquête, samen met onder andere een maatschappelijke businesscase, bleek het startschot voor het opstellen van een plan om “ouderengeneeskunde aan huis” verder neer te zetten. Daaruit kwam het NOA.

Uitwerking in de praktijk

Het NOA biedt huisartsen in Amsterdam vier wijkgerichte diensten aan: telefonisch collegiaal overleg, deelname aan het multidisciplinair overleg, thuisconsultatie en een cognitieve screening bij ouderen met een migratieachtergrond. Deze diensten worden verricht door specialisten ouderengeneeskunde; maar ook door andere zorgprofessionals die een belangrijke rol spelen, zoals verpleegkundig specialisten en psychologen.

Het plan bleek succesvol. De implementatie in Amsterdam leidde in het eerste jaar al tot 1100 verwijzingen van ruim 150 verschillende huisartsenpraktijken. Het bracht betere communicatie en zichtbare verbeteringen in de patiëntenzorg. De inzet en betrokkenheid van specialisten in de ouderengeneeskunde is hierin ontzettend belangrijk; zij zagen in het NOA een effectieve manier om hun kennis en expertise breder en beter te kunnen inzetten.

Het succes van het NOA heeft Barbara en Sandra ertoe aangezet het project te vergroten en bestendigen. Daartoe hebben ze ook een transformatieplan ingediend. Ze willen hiermee het netwerk van betrokken huisartsen vergroten en de financiering verstevigen, zodat een volledig geïntegreerde, duurzame dienstverlening in de eerstelijns ouderenzorg kan ontstaan.

Belangrijkste Inzichten en Uitdagingen

Barbara benadrukt wat voor grote operatie het NOA nu al is geworden, met ruim 200 deelnemende huisartsenpraktijken, zeven VV&T organisaties en ruim 40 zorgprofessionals. De IZA-aanvraag is een complex traject geweest, onder andere door een veelheid aan betrokken zorgpartijen en nog relatieve onbekendheid bij de overheidsinstanties. Ook kan het voor koepelorganisaties lastig zijn om te beslissen voor iedereen uit de achterban. “Politieke sensitiviteit en een gerichte aanpak zijn daarom onmisbaar in zo’n grootschalig project.”

Sandra onderschrijft de zakelijke aanpak die ze hebben gehanteerd. “We hebben een business case en een dedicated projectleider. Zo iemand heeft de kennis van zaken, staat met de voeten in de klei, houdt focus op het eindresultaat en onderhoudt de verbinding met de stakeholders. Je ziet vaak dat men teveel bezig is met de processen, maar je hebt ook iemand nodig die constant iedereen bij de les houdt. Vertrouwen en een gedeelde visie onder alle stakeholders zijn cruciaal.”

Meer weten? noaeerstelijn.nl

Eerste analyse effecten van het IZA op *toegankelijkheid*

Onafhankelijk onderzoek door Significant public en Pluut&Partners
Hoofdauteurs Marion van den Hurk, Sandra Zwijsen

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) bevat afspraken die het dreigende verschil tussen vraag en aanbod van zorg en welzijn moeten verminderen. Onze opdracht voor dit onderdeel van de MTR is het opleveren van een gedragen beeld over de toegankelijkheid van de zorg en de invloed van het IZA hierop. We hebben nadrukkelijk niet onderzocht of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. Dat valt onder het regulier toezicht van de NZa. We onderzochten de bijdrage van het IZA aan de toegankelijkheid van de zorg middels twee onderliggende vragen:

- *Wat zijn de verwachte ontwikkelingen in het gat tussen vraag en aanbod?*
- *Wat is het verwachte effect van de regionale acties uit het IZA op dit gat?*

Context en methode

De vraag naar de bijdrage van het IZA aan toegankelijkheid van zorg is methodologisch complex. Er is geen vastomlijnd pakket van maatregelen met effecten op de toegankelijkheid en de IZA-maatregelen voltrekken zich in een ecosysteem waarin alle onderdelen met elkaar samenhangen.

Het belangrijkste knelpunt in de toegankelijkheid van de zorg is, volgens zowel de landelijke databronnen als de regio- en ROAZ-beelden, dat de zorgvraag toeneemt terwijl het aantal beschikbare zorgprofessionals afneemt.

We hebben gekozen voor een aanpak waarin we onderzoeken of het aannemelijk is dat de in de regio's geplande maatregelen positief gaan bijdragen aan de toegankelijkheid, daarbij hebben we gekeken naar:

- **Wat is de toekomst waarnaar de regio's toewerken?**
- **Wat zijn de strategieën en (geplande) acties om de gewenste toekomst te bereiken?**
- **Hoe zijn de (beoogde) kortere termijn effecten van deze acties?**

Uitgebreide toelichting op aanpak en methodologie is terug te vinden in de bijlagen.

Kernbevindingen

Wat zijn de verwachte ontwikkelingen in het gat tussen vraag en aanbod?

Het belangrijkste knelpunt in de toegankelijkheid van de zorg is volgens zowel de landelijke databronnen als de regio- en ROAZ-beelden dat de zorgvraag toeneemt terwijl het aantal beschikbare zorgprofessionals afneemt. De belangrijkste oorzaak hiervan is de vergrijzing. De wachttijd neemt in bijna alle sectoren toe en er zijn zorgen over gelijke toegankelijkheid voor mensen met gezondheidsachterstanden en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Wat is het verwachte effect van de regionale acties uit het IZA op dit gat?

Doordat de activiteiten vanuit IZA grotendeels nog in de fase van planvorming zijn, zijn effecten van deze activiteiten nog niet zichtbaar. Daarnaast zijn verwachte effecten van plannen vaak (nog) niet gekwantificeerd. Is het glas dan halfleeg of halfvol? Het uiteindelijke succes hangt af van de mate waarin de regio's erin slagen om hun plannen daadwerkelijk te concretiseren en realiseren. Daarom weten we niet in welke mate de IZA-maatregelen in de regio's gaan bijdragen aan de toegankelijkheid. Tegelijkertijd zijn er signalen die aannemelijk maken dat IZA effect gaat hebben:

- In alle regio's is helder waar de belangrijkste knelpunten zitten.
- Alle regio's hebben plannen gemaakt voor activiteiten die de toegankelijkheid beïnvloeden, gericht op het verminderen van de zorgvraag en het zorggebruik, het efficiënter organiseren van de zorg en/of het borgen van voldoende beschikbaarheid van personeel.
- De geplande activiteiten grijpen in op meerdere sectoren en doelgroepen waarmee er oog is voor de balans in het ecosysteem.
- De grote variatie aan geplande activiteiten levert veel leerervaringen op over wat wel en niet werkt in het verbeteren van de toegankelijkheid.
- In regio's die de verwachte effecten van hun acties hebben gekwantificeerd, zien we dat het aannemelijk is dat deze acties ook daadwerkelijk zullen bijdragen aan het verkleinen van het gat tussen zorgvraag en zorgaanbod. De vraag of deze bijdrage voldoende is, is op dit moment nog niet te beantwoorden. »

Adviezen

De kernbevindingen laten zien dat er mooie eerste stappen zijn gezet in de bijdrage van IZA aan de toegankelijkheid, passend bij deze fase van de transitie van de zorgsector. Om ervoor te zorgen dat IZA daadwerkelijk gaat werken zijn vervolgstappen nodig.

Vervolgstappen in de transitie

Om de toegankelijkheid van de zorg te borgen is een verdere beweging nodig. Om deze beweging te stimuleren adviseren wij een investering in vijf punten:

1

Het aanbrengen van concretisering en focus. De meeste plannen bevatten passages waarin staat dat concretisering in de eerste helft van 2024 volgt. Naar ons idee is naast concretisering ook focus nodig. Op dit moment bevatten de plannen nog een waaier aan oplossingsrichtingen, te veel om allemaal tegelijk op te pakken.

2

Proactieve keuzes maken in het afbouwen van activiteiten. Het hele zorgstelsel werkt toe naar een nieuwe werkelijkheid. Dat betekent niet alleen dingen anders gaan doen maar ook dingen niet meer doen. In de regioplannen zagen we beperkt activiteiten terug gericht op het afbouwen of afschalen van activiteiten.

3

Het breed uitdragen van het veranderhaal. In de transitie van de zorg is iedereen nodig. Om iedereen mee te krijgen in de beweging is het belangrijk dat er een gedeeld begrip is van waarom de verandering nodig is, en waar we met elkaar naar toe bewegen.

4

Het aan elkaar verbinden van vergelijkbare initiatieven in verschillende regio's. Coalities kunnen van elkaar leren en de beweging versnellen en verbreden. Goed werkende initiatieven in meerdere regio's kunnen opgeschaald worden.

5

Het invullen van landelijke randvoorwaarden. Verschillende regioplannen bevatten een overzicht van landelijke randvoorwaarden voor het realiseren van hun plannen. Landelijke regie op het invullen van deze randvoorwaarden draagt bij aan de voortgang van de beweging. Tijdens de uitvoering van de plannen zullen er nieuwe obstakels bijkomen. Het is belangrijk om deze te identificeren en waar mogelijk weg te nemen.

Voorbeelden

Mooie voorbeelden van concretisering en focus bevatten de regioplannen van Zeeland en Midden-Brabant. Zij hebben een inschatting gemaakt van de wijze waarop de geplande activiteiten moeten gaan bijdragen aan meer toegankelijke zorg. Dit geeft richting voor de kortere en langere termijn, maakt het mogelijk om tijdig bij te sturen als een activiteit niet het gewenste effect heeft en om successen te vieren.

Aanpak Zeeuwse Zorg Coalitie

In het onderzoek van Significant is onder andere het regioplan van Zeeland genoemd als mooi voorbeeld van concretisering en focus. Daarom hebben we de Zeeuwse Zorg Coalitie om meer informatie gevraagd. Ze leggen hier uit hoe zij aan de slag zijn gegaan.

De Zeeuwse Zorg Coalitie bestaat uit een verzameling van meer dan 70 regionale zorg- en welzijnsaanbieders uit alle subsectoren, zorgverzekeraar CZ, de provincie Zeeland, álle dertien Zeeuwse gemeenten en de NZa. In het najaar van 2022 hebben we onze reeds bestaande werkplannen door Strategy&, onderdeel van PwC, laten doorrekenen om te kijken of ze toereikend waren om de ambities en doelen van de werkplannen te realiseren. Dat bleek niet het geval. Als we zouden blijven doen wat we doen en niets veranderen, krijgt de zorg in Zeeland in 2030 een personeelstekort van 7.500 mensen. Dan zijn er dus 7.500 medewerkers extra nodig, bóvenop de 32.000 mensen die nu al in de zorg werken en die we ook hard nodig blijven hebben. Bovendien krimpt in diezelfde periode het mantelzorgpotentieel met 33%. Het goede nieuws is dat uit deze analyse ook is gebleken dat Zeeland een scala aan nog niet (volledig) benutte mogelijkheden heeft om de doelen wél te kunnen halen. Deze hebben we vervolgens in ons regioplan 'Samen houden we Zeeland én de Zeeuwse zorg gezond' verder uitgewerkt.

In dat regioplan hebben we naar beste inzicht en geweten een aantal oplossingsrichtingen geformuleerd met de toekomstige zorg- en ondersteuningsvraag van de Zeeuw als uitgangpunt. Geen definitieve antwoorden, maar zeer gedegen, cijfermatig onderbouwde oplossingsrichtingen op hoofdlijnen. Ook heeft in 2023 het Burgerberaad Zorg Zeeland plaatsgevonden. Het digitale platform Denk Mee Zorg Zeeland en de Klankbordgroep Zorg Zeeland zijn sindsdien nog steeds actief. Op die manier betrekken we de inwoners van Zeeland bij het opstellen en uitvoeren van de plannen.

Het actuele regiobeeld, de regioanalyse, de wijkbeelden en de analyse van Strategy& vormen het cijfermatige fundament waarop wij ons regioplan hebben gebaseerd. Daarnaast gaat de Zeeuwse Zorg Coalitie het regiobeeld in 2024 verbreden met gezondheidsdata en gegevens uit het sociaal domein. Pas dan hebben we een volledig beeld van onze startpositie en maatschappelijke opgave. Daar waar nodig zal het regioplan daarna nog worden verrijkt en versterkt. De uitdagingen in Zeeland zijn groot. Maar het vertrouwen dat we deze samen aan kunnen pakken ook. We kunnen aan de verwachte zorg- en ondersteuningsvraag van Zeeuwen in 2030 voldoen en de toegankelijkheid, kwaliteit én betaalbaarheid van zorg borgen.

Beeld Evert van Moort

De Zeeuwse Zorg Coalitie heeft een publieksvriendelijke versie van hun IZA-aanvraag gepubliceerd, om zo hun kennis, ervaringen en leerpunten te delen met andere regio's.

Integrale aanpak in Zorg en Welzijn

De rol van Jolanda Buwalda en Omring in de realisatie van het IZA

Noord-Holland Noord is een regio met forse demografische uitdagingen met haar dubbele vergrijzing – een toename van zowel 65+'ers als 80+'ers – en ontgroening. Jolanda Buwalda, voorzitter van de Raad van Bestuur van Omring, is een belangrijke speler in het oplossen van deze uitdagingen. Onder haar leiding speelt Omring, een VVT zorgorganisatie op het snijvlak van "cure, care en community", een cruciale rol in de ontwikkeling en implementatie van het Integraal Zorgakkoord (IZA) in de regio.

Jolanda: "We maken nu in de regio de transitie naar een netwerkorganisatie. Dat maakt dat je in meerdere domeinen actief bent en je daar ook in moet verdiepen."

Deze transitie in de regio heeft ervoor gezorgd dat de organisatie nu actief is in meerdere domeinen en zich verdiept in een breed spectrum van gezondheidsbehoeften. Er is nu een betere afstemming van de diensten op de specifieke behoeften van de lokale bevolking. Vanuit urgentie ligt de nadruk op gezondheidsbevordering, kwaliteit van leven en arbeidsbesparende inzet. Je wilt de beweging vanuit positieve gezondheid met elkaar impactvol laten zijn.

Als regio ken je de lokale zorgvraag en omstandigheden. Je weet samen waar de oplossingen zitten, vanuit burgers of organisaties. Zo hebben wij hier op de 1000 inwoners 2,2% wijkverpleging, tegenover een landelijk gemiddelde van 3,4%. Deels komt dat door de cultuur in Noord-Holland Noord. Mensen kijken anders naar gezondheid of ziekte en vragen minder snel zorg. We willen ook weg van ziekte en zorg. We moeten naar gezondheid en gedrag. In onze regio zijn we daarbij ook gericht bezig met de mens en maatschappij. Zo hebben we inwonersraden waar men in gesprek gaat over, bijvoorbeeld, ouder worden."

Arbeidsmarktplatform

Een belangrijke pijler in de aanpak van Buwalda is haar focus op arbeidsmarktinnovatie. Als voorzitter van het Arbeidsmarktplatform Zorg & Welzijn/Sigra in de regio heeft zij alle relevante organisaties betrokken bij initiatieven rond de inzet van arbeid en digitalisering. Dit heeft tot een betere dienstverlening geleid, maar ook gezorgd voor een zorgsysteem dat in staat is om in te spelen op de specifieke uitdagingen van de regio. Hieraan doen alle zorg- en welzijnsorganisaties in de regio mee. Zo werkt men samen aan de juiste inzet van arbeid, menskracht, digitalisering en regionaal werkgeverschap.

Zinnige zorgorganisatie

Tijdens de COVID-19 pandemie heeft Buwalda zich sterk gemaakt voor de ouderenzorg binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Deze periode van onmacht bracht ook onverwachte positieve effecten mee qua capaciteitmanagement en patiëntenlogistiek. Zo ontstond er meer cohesie tussen huisarts, ziekenhuis en VVT, wat de overgang naar geïntegreerde zorgverlening heeft vergemakkelijkt.

Jolanda: "Het IZA streeft nu naar een integrale aanpak over de sectoren heen om de zorg toegankelijk te houden. Dit sluit aan bij de eerdere ontwikkelingen in Noord-Holland Noord om niet alleen per sector een hoofdlijnenakkoord te maken, maar om vanuit alle branches, organisaties en patiënten samen de stap te zetten naar anders werken om de gezondheidszorg passend en solidair te houden."

“We maken nu in de regio de transitie naar een netwerkorganisatie. Dat maakt dat je in meerdere domeinen actief bent en je daar ook in moet verdiepen.”

Deze samenwerking richt zich op het normaliseren van zorg waar mogelijk en het specialiseren waar nodig. Met uiteindelijk als doel de toegankelijkheid van zorg te verbeteren en bestendig te houden. Flexibiliteit is daarom essentieel.

Wat heb je nodig als zorgorganisatie

Jolanda vervolgt: “Er zit veel onzekerheid in krimp als strategie om de zorg te heralloceren. Je wil als bestuurder niet alleen leergeld betalen, maar ook return on investment zien. Doordat dit ook onzeker en risicovol is, heb je de steun van zorgverzekeraars en zorgkantoren nodig. Zo is er enkele jaren voor het IZA, via Alliantie Zinnige Zorg, een soort firewall ingebouwd voor het niet-leveren van zorg, met als succesbepalende factor extra innovatiemiddelen en een meerjarencontract. Dit bood genoeg risicodempend comfort om te kunnen veranderen.

“Je doet dit voor de mensen die hier wonen, dus ook voor mijn medewerkers. De meeste wonen hier allemaal, zijn hier geboren. Je wilt dat ze hier gezond kunnen leven en hun kinderen gezond kunnen laten opgroeien. Je wilt een beweging naar gezond leven vanuit een positief mensbeeld.”

Later ontstond echter onzekerheid, zo vlak voor IZA, werd het heel spannend. Dat was een dieptepunt, omdat zorgverzekeraars ook aangaven dat PxQ hét gangbare bekostigingsmodel zou zijn. Door de akkoorden IZA/WOZO/GALA[1] was het echter mogelijk met de ingezette transitie verder te gaan, inclusief het vooruitzicht van bijvoorbeeld meerjarencontractering of innovatiebudget. Dit ombouwcomfort met een meerjarenperspectief is nodig, om de transitie impactvol waar te maken en om te kunnen handelen.”

Cultuuromslag

Afsluitend geeft Jolanda ons nog een inzicht mee: “Het gaat om anders denken, anders werken, duurzaam veranderen. Je wilt weg van pilots die awards winnen en voorbeelden die niet te implementeren zijn, omdat er geen betaaltitels zijn. Wat je wél wilt is dat we – als dappere professionals in de zorg – ook kunnen initiëren en van doorslaggevend belang zijn. We willen passende zorg mogelijk maken. Ik heb het dan ook over *proudly copied by* versus *not invented here*; als iets in Brabant goed werkt (bijvoorbeeld een programma ziekenhuisverplaatste zorg), laten we dat dan van elkaar overnemen en delen. De burgers halen ons ondertussen in. Zij hebben zorg nodig en verwachten dat er iemand beschikbaar is, terwijl we samen redzaam moeten worden via “zorg dichtbij met, door en voor jou”.

1 Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO); Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)

Het gaat om zinnige tijdsbesteding

Interview met Toosje Valkenburg, huisarts en speciaal gezant regeldruk

"Het gaat me niet zo zeer om de regels, maar om zinnige tijdsbesteding. Daarmee bedoel ik dat professionals hun tijd besteden, daar waar ze echt het meest toevoegen."

Kan je jezelf kort introduceren?
"Ik ben Toosje Valkenburg, al 25 jaar actief als huisarts en hospicearts in de Bilt. Ik ben daarnaast actief als medisch directeur van Unicum, een regionale huisartsenorganisatie. Dus met mijn voeten in de klei als huisarts in de praktijk, maar ook betrokken bij de uitwerking van IZA in de regio Midden-Nederland.

Ik ben betrokken bij de beweging Optimale zorg - Dappere Dokters en bij Het Roer Moet Om. De laatste is een actiecomité gestart in 2015, die onder andere de kwaliteit en regeldruk in de huisartsenzorg ter discussie stelde en daarmee aan de basis stond van [Ont]regel de Zorg. En nu dus gevraagd als speciaal Gezant op te treden op het onderwerp regeldruk."

Vanuit Het Roer Moet Om ben je al lang betrokken bij het onderwerp regeldruk. Wat is jouw persoonlijke motivatie om je hier opnieuw voor in te zetten?
"Het gaat me niet zo zeer om de regels, maar om zinnige tijdsbesteding. Daarmee bedoel ik dat professionals hun tijd besteden, daar waar ze echt het meest toevoegen. En dat ze zich niet bezig hoeven te houden met dingen die gewoon niet zo relevant zijn. Daar komt de motivatie vandaan; kunnen we elkaar allemaal serieus nemen? Het gaat om het nemen van verantwoordelijkheid, zelfbewust optreden van de mensen die het vak uitoefenen. Het moet en kan veel meer vanuit de professionals zelf komen: 'dit is wat ik doe, en op deze manier kan je me controleren'. Je oefent een publieke taak uit, dus je moet verantwoording afleggen. Maar de oproep aan de systeempartijen is dan; als wij zeggen, dit is hoe we het zouden willen doen, dan moet de ander het los durven laten en zeggen, 'daar kan ik op vertrouwen'.

Deze hele regeldruk terugbrengen heeft te maken met: ben jij in staat als een van de spelers in het veld, of je nou dokter of zorgverzekeraar of beleidsmaker bent, om zo kritisch naar je eigen aandeel te kijken en bedenken 'wat draag ik hier zelf aan bij?' en niet 'wat doet de ander?'.

Wat vraag ik zelf en kan dat anders? Wat heb ik nodig om de ander te leren vertrouwen? En de ander moet nadenken: wat voor comfort kan ik geven om ervoor te zorgen dat dat wantrouwen, die extra vink, niet gezet hoeft te worden."

Stephan Valk en jij zijn beiden net gestart als speciale gezanten regeldruk. Wat is dan nu het eerste dat jullie gaan aanpakken?

"De IZA-afspraak is om twee uur minder administratietijd te realiseren per week, die kan worden gestoken in patiëntenzorg. Dat is heel belangrijk voor het plezier in het werk, maar vooral ook om te zorgen dat we de noodzakelijke zorg kunnen blijven bieden. Het eerste dat we gedaan hebben om dit te realiseren het samen met IZA-partijen opstellen van een plan van aanpak. We hebben aan iedereen gevraagd wat ze willen agenderen. We hebben de koepelpartijen die professionals vertegenwoordigen daarbij vooral gevraagd: hou het simpel! Laten we een beperkt aantal zaken echt aanpakken, een top vijf, om deze eerste stap van twee uur te realiseren. Waarmee maak je jezelf onsterfelijk op de werkvloer, als je dat oplost? Alle partijen hebben nu punten aangeleverd, er ligt een plan van aanpak, na de zomer volgt de concrete werkagenda."

Staan daar dingen in waarvan je denkt, dit gaat echt een verschil maken voor die 2 uur?

"Ja, dat denk ik wel. In potentie moet dat kunnen, maar het is nog wel een *hell of a job* om dat op te lossen."

Wat hoop je over een jaar bereikt te hebben?

"Dat de aanpak in woord en daad echt op de agenda staat in het veld, bij instellingen, bij brancheverengingen. Dat iedereen begrijpt, dit is niet iets waar je ongeduldig over moet zijn, dit moet je echt omarmen. Het draagt namelijk echt bij aan dat behoud van personeel en op dat mensen trots zijn op hun vak. Als ons dat lukt, om het overal zó concreet te agenderen, dat mensen tijd vrij krijgen en dat het bestuur het een prioriteit maakt dan brengt dat meer op gang dan alleen dat ene uur. Het brengt namelijk ook een andere manier van denken op gang over de inzet van de professionals en over verantwoorden en vertrouwen."

We proberen dit al heel lang – regeldruk terugdringen – waarom gaat het nu wel lukken?

"Ja, het is heel stroperig, maar we hebben tegen iedereen gezegd: het is ook een kans. Die afspraak van twee uur staat er, iedereen heeft ervoor getekend en iedereen vindt dit belangrijk. Daarnaast hebben we het uitgekomen *RVS-rapport Blijk van Vertrouwen - anders verantwoorden voor goede zorg*[1] en een aangenomen motie van Tweede Kamerlid Fleur Agema over het halveren van de tijd die zorgmedewerkers kwijt zijn aan administratie. We hebben daarom gelijk een plan van aanpak (red. als bijlage bij deze MTR gevoegd) gemaakt met zowel aandacht voor de korte termijn, de looptijd van het IZA, als de middellange termijn. Voor mij was een belangrijke reden om deze opdracht überhaupt aan te nemen, dat er een ambitie en concrete afspraak beschreven staat. Zodat we nu, met elkaar, een echt ambitieus plan neerleggen voor de toekomst."

1 Blijk van Vertrouwen - anders verantwoorden voor goede zorg, gepubliceerd in mei 2015 door de Raad Volksgezondheid en Samenleving (RVS)

Reflecties op de uitvoering van het IZA in de Regio

Aiko de Raaf
Landelijk kwartiermaker IZA in de regio (Ministerie van VWS)

Als kwartiermaker ben ik door de IZA partijen gevraagd om te reflecteren op de uitvoering van het IZA in de regio's. De centrale vraag die ik hierbij probeer te beantwoorden is: zijn we op de goede weg? In de anderhalf jaar dat ik betrokken ben bij de uitvoering van het IZA, ben ik voornamelijk op pad geweest op zoek naar het antwoord op deze vraag.

Op basis van de vele gesprekken die ik heb mogen voeren en de signalen die ik daarbij uit de regio's heb meegekregen beschrijf ik de huidige stand van zaken van de uitvoering van het IZA (opbrengsten). Gevolgd door mijn observaties (uitdagingen), om tot slot te eindigen met conclusies en aanbevelingen voor verdere stappen.

Opbrengsten: vooruitgang en samenwerking

Uit de analyse van de opbrengsten over de uitvoering van het Integraal Zorg Akkoord in de regio komt het volgende beeld naar voren:

- De weg die we zijn ingeslagen, is veelbelovend. In heel Nederland zijn regio's actief betrokken bij de beweging die door het IZA op gang is gebracht. Hiermee is de beweging een feit geworden.
- De gestelde deadlines voor het publiceren van regiobeelden en -plannen hebben geleid tot de vorming en versterking van nieuwe of bestaande regionale samenwerkingsverbanden in alle regio's.
- De uitvoering van het IZA in de regio's heeft voor het eerst het sociale en zorgdomein samengebracht, waarbij gezamenlijke ambities zijn geformuleerd.
- Het IZA heeft duidelijk gemaakt dat oplossingen voor problemen in het ene domein vaak te vinden zijn in het andere domein.
- Overheden, zoals VWS, kunnen ondersteuning bieden zonder directe financiële middelen en regulering.
- Het is van cruciaal belang om te onderzoeken hoe we sneller van elkaar kunnen leren, waardoor de uitvoering van het IZA in de regio's versneld kan worden. Dit vereist niet alleen leren tussen regio's en hun partners, maar ook een heroverweging van het landelijke systeem om alle integrale opgaven adequaat uit te voeren.
- Het veranderen van de leefwereld vanuit de regio zal automatisch leiden tot aanpassingen in de

systeemwereld, waaronder wetten, regelgeving en regionale bekostiging. Het stimuleren van maatschappelijk leiderschap, het omarmen van digitale innovatie en het daadwerkelijk centraal stellen van de mens lijken cruciale aspecten te zijn voor een succesvolle uitvoering van het IZA in de regio.

Uitdagingen: samenhang en uitvoering

- De huidige regioplannen lijken zich voornamelijk te concentreren op optimalisatie in plaats van werkelijke transformatie, waarbij men aanvankelijk nog steeds vanuit de eigen sectorale silo's denkt.
- Onderwerpen worden veelal vanuit de eigen sector aangepakt, waardoor verbindingen tussen verschillende domeinen en organisaties nog beperkt zijn.
- Betrokken organisaties worstelen met veranderende rollen en verantwoordelijkheden, zowel extern als intern.
- Het merendeel van het IZA wordt door betrokken organisaties gezien als een programma dat 'erbij wordt gedaan', terwijl de daadwerkelijke uitvoering in de lijnen van organisaties zou moeten plaatsvinden.
- Governance op regionaal niveau lijkt nog sterk gesegmenteerd te zijn, wat integratie bemoeilijkt.
- De complexiteit neemt toe doordat financieringsmiddelen anders zijn voor regionale samenwerkingspartners dan voor individuele organisaties.
- Gemeenten vragen zich af hoe ze tot een structurele financieringswijze kunnen komen om het sociaal domein te versterken (en zo indirect de druk op de zorg te verminderen).

> ***"Organisaties worstelen met veranderende rollen en verantwoordelijkheden, zowel extern als intern."***

Daarnaast zijn er punten die meer betrekking hebben op specifieke uitdagingen en behoeften in de samenwerking en implementatie van het IZA:

- De beoogde transformatieplannen vanuit het sociaal domein en kleinere partijen lijken moeilijker tot stand te komen, »

Mijn conclusies zijn dat hoewel de basis voor verandering is gelegd, er nog vele vragen open-staan over hoe de uitvoering van het IZA in de regio's versneld en verbeterd kan worden, zelfs na de looptijd van het IZA.

wat vrees opwekt voor mogelijke uitsluiting van transitiemiddelen.
- Betrokken organisaties vanuit het welzijns- en zorgperspectief zoeken nog naar een meer gelijkwaardige samenwerking.
- Er is behoefte aan ondersteuning vanuit VWS om het eerlijke verhaal te kunnen vertellen en legitimiteit te verkrijgen voor verandering in de regio.
- De focus van de uitvoering ligt voornamelijk op de zorg zelf, met minder aandacht voor de behoeften en perspectieven van inwoners en hun welbevinden.
- Op landelijk niveau is er vaak een gescheiden aanpak van onderwerpen, terwijl in de praktijk integrale opgaven spelen die moeilijk te verbinden zijn.
- De looptijd van het IZA roept vragen op over wat er daarna gebeurt en hoe de ingezette veranderingen structureel kunnen worden ingebed.
- Er wordt gepleit voor meer vertrouwen en veel minder administratieve lasten in het governance-model van zowel de organisatie als financiën.

Aanbevelingen: versnelling en versterking

1

Stel de behoeften van de mens centraal in de regio, zodat de regionale bestuurstafel in samenhang de benodigde pijnlijke keuzes kan en durft te maken. Door te handelen vanuit de behoefte van de inwoners kunnen deze besluiten effectief geïmplementeerd worden in de wijken, buurten en bij de mensen thuis.

2

Maak het gezondheidsperspectief meer leidend door het realiseren van ambitieuze regionale transformatieplannen voor het sociale domein.

3

Geef bestuurders meer comfort door experimenteerruimte zonder directe financiële gevolgen toe te voegen en door vandaag te starten met een gesprek over structurele financiering van de gewenste toekomstige situatie in de regio.

4

Zet de belangrijkste stakeholder aan tafel (behoefte inwoners) en geef de regio de sleutelpositie die het verdient door als betrokken organisatie zelf ook te veranderen door je hierop in te richten.

5

Creëer een lerend netwerk waarin regio's onderling leren samenwerken en ondersteun de regio werkelijk integraal door de krachten zo veel mogelijk te bundelen van alle al bestaande en nieuw gecreëerde regio-(netwerk)organisaties.

Dit betreft een samenvatting, voor het hele advies zie bijlage.

Bijlagen

Mid-term review

- Analyse gezant passende zorg Prof. Jan Kremer
- Advies Jonge IZA-talenten
- Reflecties uitvoering IZA in de Regio – landelijk kwartiermaker Aiko de Raaf
- Voortgangsrapportage IZA Q2 2024
- Onderzoek Significant zorgplicht
- Uitgebreide financiële analyses
- Onderzoek kader wijkverpleging Equalis
- Nulmeting monitor van de beweging IZA
  - Passende zorg
  - Regionale samenwerking
  - Hybride zorg
  - Sterkere eerste lijn
- Doelgroepenmonitor

Deze bijlage zijn te vinden op:
dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/mid-term-review-iza/

Colofon

Dit is een uitgave van:
ActiZ • De Nederlandse ggz • Federatie Medisch Specialisten • InEen • Landelijke Huisartsen Vereniging • Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra • Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen • Nederlandse Zorgautoriteit • Patiëntenfederatie Nederland • Vereniging van Nederlandse Gemeenten • Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland • Zelfstandige Klinieken Nederland • Zorginstituut Nederland • Zorgthuisnl • Zorgverzekeraars Nederland • Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Vormgeving: Enof creatieve communicatie
Tekst en redactie: Programmateam IZA
Fotografie en beeld: Renze Bemelmans, Evert van Moort, Bram Petraeus, Things To Make and Do en anderen.