Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem

Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem

Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen

RIVM Rapport 2018-0140

Colofon

© RIVM 2018
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2018-0140

H.W. Drewes (auteur), RIVM
N.J.E. van Vooren (auteur), RIVM
B. Steenkamer (auteur), RIVM
P.F. Kemper (auteur), RIVM
R.J. Hendrikx (auteur), RIVM
C.A. Baan (auteur), RIVM

Contact:
Hanneke Drewes
Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie
Hanneke.drewes@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport in het kader van de Landelijke Monitor Proeftuinen populatiemanagement

Dit is een uitgave van:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Voorwoord

De regionale proeftuinen ‘betere zorg voor minder kosten’ stonden de afgelopen vier jaar in het teken van een zoektocht naar hoe de kwaliteit van zorg te verbeteren en tegelijkertijd de stijging van de zorgkosten af te remmen. In deze periode hebben zij met veel enthousiasme gepionierd en geëxperimenteerd binnen de beschikbare kaders.

Dit gezamenlijke doel leidde tot negen verschillende invullingen specifiek voor de regio waar de proeftuin zich in bevond. Sommige proeftuinen deden vooral kennis en kunde op om een regionale data-infrastructuur op te bouwen met bestaande data, andere proeftuinen zijn een heel eind gekomen om op innovatieve wijze zorg in te kopen op specifieke thema’s zoals zorg voor ouderen. De proeftuinen verschilden in grootte en de mate van domeinoverstijgende samenwerking gedurende de jaren. Heterogeniteit die logisch is omdat de regio’s in het algemeen sterk verschillen. Met de kennis van nu is te stellen dat de proeftuinen voorlopers zijn van de bredere beweging naar: het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek.

De beweging die zij hebben ingezet is in lijn met de visie van het rapport ‘Juiste Zorg op de Juiste Plek’, van de gelijknamige Taskfore, waarin centraal staat: het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis als het kan verder weg als het nodig is) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health). De Taskforce heeft aangegeven dat de nadruk niet zozeer moet liggen op de aandoening of behandeling, maar op wat mensen nodig hebben om zo lang, zo goed en zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren. Aandacht voor wat iemand zelf kan doen om (verergeren van de) ziekte te voorkomen dan wel hiermee zo goed mogelijk om te leren gaan is hierbij van belang. De proeftuinen hebben hier oog voor gehad, bijvoorbeeld via het betrekken van inwoners.

In de monitor valt terug te lezen wat mogelijkheden zijn voor het organiseren van ‘betere zorg met minder kosten’, maar vooral ook waar soms nog onduidelijkheden zijn of onmogelijkheden gevoeld worden. De zorg verbeter je stap voor stap, en zoals de proeftuinen laten zien kom je ook verder met kleine stappen. Om met elkaar de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek te versnellen en te faciliteren, is het van belang dat partijen zich gesterkt voelen om die extra stap, groot of klein, te zetten, lef te tonen en verantwoordelijkheid te nemen. Dit moet vooral lokaal in de regio gebeuren tussen aanbieders en inkopers (zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren) en daar waar nodig en gewenst zal VWS daarin blijven ondersteunen. De lessen die de proeftuinen ons geven zijn een inspiratiebron. Zo is het de proeftuinen gelukt een gemeenschappelijke visie voor de regio op te stellen waardoor de verschillende partijen elkaar ook beter weten te vinden.

Met het uitkomen van deze monitor komt er formeel een einde aan de proeftuinen, maar de ervaringen zijn van groot belang voor een sterkere regionale oriëntatie en organisatie van zorg. Daarmee is het niet zo zeer een einde, maar eerder een mooi begin om de eerdergenoemde ingezette bredere beweging voort te zetten.

Bas van den Dungen, Directeur-Generaal Curatieve Zorg

Publiekssamenvatting

Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem

In Nederland zijn regionaal diverse samenwerkingsinitiatieven ontstaan om het zorgsysteem toekomstbestendig te maken. Het doel van deze initiatieven is om de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van zorg te verbeteren en de groei in (zorg)uitgaven te beperken (Triple Aim). Aangezien gezondheid niet alleen vanuit het zorgdomein wordt beïnvloedt, werken in deze initiatieven meerdere partijen zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, burgervertegenwoordiging en gemeenten in wisselende samenstelling samen om de overgang naar een 'gezondheidssysteem' te bewerkstelligen. Om dit te bereiken worden tal van interventies en strategieën ingezet, zoals een burgercoöperatie, inzet van medisch specialisten in de huisartspraktijk en een data- en kennisinfrastructuur voor de regio.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in 2013 negen regio's benoemd tot 'proeftuinen'. Het RIVM heeft tussen 2013 en 2018 in opdracht van het ministerie de ontwikkeling van deze proeftuinen in kaart gebracht. Op basis van de ontwikkelingen heeft het RIVM acht leidende principes geformuleerd die belangrijk zijn om een regionaal samenwerkingsinitiatief zowel qua structuur als proces goed in te richten. Onderwerpen die terugkomen in deze principes zijn bijvoorbeeld: een gezamenlijke visie, onderling vertrouwen, leiderschap, politiek draagvlak en een data- en kennisinfrastructuur. Dit rapport geeft inzicht in *hoe* de principes het beste kunnen worden vormgegeven.

De proeftuinen die stapsgewijs hebben ingezet op de acht leidende principes, boekten de meeste vooruitgang richting een gezondheidssysteem. Voor alle proeftuinen bleek de opgave moeilijker dan ze vooraf verwacht hadden. Zo zijn de eerste positieve resultaten zichtbaar op interventieniveau, maar zijn nog geen resultaten te verwachten op het niveau van de regionale populatie. Grotere veranderingen in het zorgsysteem, zowel qua verschuiving van budgetten, bekostiging als data- en kennisinfrastructuur, hebben in beperkte mate plaatsgevonden. Voor een versnelling van de beweging naar een gezondheidssysteem is onder andere het gevoel van urgentie in het huidige zorgsysteem nog te laag. Regionale en landelijke stakeholders hebben elkaar in deze transitie nodig. Het is complex maar samen is meer mogelijk, waarbij experimenteren en samen leren centraal staan.

Kernwoorden: duurzame zorg, integrale zorg, samenwerken, Triple Aim, populatiemanagement, gezondheidssysteem

Synopsis

Regions moving towards collaborative & sustainable healthcare systems

In the Netherlands, initiatives have been implemented at the regional level to drive collaboration and create more sustainable healthcare systems. The Triple Aim: improving population health and the quality of care while reducing the cost growth, underpins these initiatives. With the recognition that health and wellbeing cannot be driven by the healthcare sector alone, organisations from different sectors, e.g. healthcare providers, health insurers, patient and public representatives and municipalities, have begun implementing different kinds of collaborative initiatives. The aim of these initiatives is to transition to a 'health and wellbeing system'. Such initiatives consist of a variety of different interventions at the regional level, including for example, engaging communities, specialists providing care in GP practices, and interoperable data infrastructures.

In 2013, the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) selected nine regions, called the Dutch Monitor Pioneer sites for Population Management, to develop new and sustainable healthcare systems, which would act as an inspiration for the rest of the health system in the Netherlands. Commissioned by VWS, the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) monitored the Pioneer sites from 2013 to 2018 and mapped the pilots' evolution. Based on this five-year evaluation, the RIVM has generated eight guiding principles for the successful implementation of regional collaborative initiatives. The principles provide guidelines for successfully shaping initiatives' important aspects including governance, structures, and process. Commonly recurring themes within the principles include e.g. a shared vision, mutual trust, leadership, political support, and a shared data/knowledge infrastructure. The report highlights *how* the principles can best be implemented to form sustainable health and wellbeing systems.

The Pioneer sites that took a step-by-step approach to the eight guiding principles made the most progress towards a sustainable and collaborative health and wellbeing system. All Pioneer sites underestimated the task ahead and found it more difficult than they expected beforehand. This explains why the Pioneer sites made significant gains at the intervention-level, but struggled to make any progress towards regional population health. Larger changes in the healthcare system, including for example the joining of budgets and the sharing of data and knowledge infrastructures, are not yet commonplace. In order to achieve larger scale changes, the collaborating partners will need to feel a greater sense of urgency for change. Regional and national stakeholders will need to support each other during this transition to a health and wellbeing system. Creating sustainable health and wellbeing systems is no small task, but by working together and giving each other the time and space to experiment, more opportunities can be created.

Keywords: population health management, integrated care, sustainable healthcare system, realist evaluation, collaboration

Inhoudsopgave

Kernboodschappen — 11

1 Inleiding — 17
1.1 Regionale samenwerkingen als antwoord op toenemende druk op zorgsysteem — 17
1.2 Negen proeftuinen benoemd en gevolgd — 17
1.3 LMP-rapport 4 — 18
1.4 Relevante maatschappelijke en beleidsontwikkelingen — 20
1.5 Leeswijzer rapport — 20

2 Proeftuinontwikkelingen tussen 2013 en 2018 — 21
2.1 Vormgeving en sturing — 21
2.2 Interventies — 24
2.3 Financiering en bekostiging — 26
2.4 Reflectie op de proeftuinontwikkelingen — 28

3 Leidende principes om toe te werken naar een gezondheidssysteem — 31
3.1 Leidend principe 1: creëer en behoud draagvlak tussen organisaties om gezamenlijk te werken aan een toekomstbestendig gezondheidssysteem — 33
3.2 Leidend principe 2: leer elkaar begrijpen en creëer onderling vertrouwen — 37
3.3 Leidend principe 3: definieer randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoording om zo risico's en successen te delen — 40
3.4 Leidend principe 4: zorg voor politiek draagvlak en beïnvloed de beleidscyclus — 42
3.5 Leidend principe 5: zorg ervoor dat de financiële prikkels in lijn zijn met de gezamenlijke doelen — 44
3.6 Leidend principe 6: waarborg een verbetercyclus door een data- en kennisinfrastructuur op organisatie- en regioniveau te ontwikkelen — 47
3.7 Leidend principe 7: creëer inzicht in burgerperspectieven en maak ruimte voor burgerparticipatie — 49
3.8 Zet passende bestuurlijke representatie en leiderschap in om de beweging naar de gezamenlijke doelen te behouden en/ of te versnellen — 51
3.9 Overall analyse proeftuinen — 53

4 Inzicht in ontwikkeling van gezondheid, kwaliteit van zorg en (kosten)groei — 57

5 Beschouwing — 61
5.1 Samenvatting resultaten — 61
5.2 Resultaten in perspectief — 63
5.3 Reflectie op methoden — 69
5.4 Aanbevelingen — 70

Literatuur — 75

Dankwoord — 79

Afkortingen — 81

Bijlage 1 - Auteurs en begeleidende commissies — 83

Bijlage 2 - Methode en data — 84
B2.1 Onderzoekspopulatie — 84
B2.2 Manieren van gegevensverzameling — 84
B2.3 Analyse — 89

Bijlage 3 - Definities van ontwikkelingsfasen — 99
B3.1 Fase 1: Bereidheid tot deelname aan het PHM initiatief — 99
B3.2 Fase 2: Actief meedoen aan interventies binnen het PHM initiatief — 100
B3.3 Fase 3: Verbreden en verdiepen van samenwerking tot een plan van aanpak naar een toekomstgericht gezondheidssysteem — 101
B3.5 Fase 4: Veranderen naar een gezondheidssysteem — 102
B3.5 Fase 5: Institutionaliseren — 103

Bijlage 4 - Proeftuintabellen — 104
B4.1 Blauw Zorg — 106
B4.2 Friesland Voorop — 107
B4.3 Gezonde Zorg, Gezonde Regio (GZGR) — 108
B4.4 Goed*leven* — 109
B4.5 MijnZorg — 110
B4.6 PELGRIM — 111
B4.7 Samen Sterker in Zorg (SSiZ) — 112
B4.8 Slimmer met Zorg (SmZ) — 113
B4.9 Vitaal Vechtdal — 114

Bijlage 5 – Beschrijving interventies per proeftuin — 115
B5.1 Blauwe Zorg — 115
B5.2 Friesland Voorop — 122
B5.3 Gezonde Zorg, Gezonde Regio (GZGR) — 128
B5.4 Goed*leven* — 141
B5.5 MijnZorg — 149
B5.6 PELGRIM — 163
B5.7 Slimmer met Zorg (SmZ) — 167
B5.8 Samen Sterker in Zorg (SSiZ) — 173
B5.9 Vitaal Vechtdal — 182

Bijlage 6 - Overzicht van toegepaste strategieën per ontwikkelingsfase — 191

Kernboodschappen

Landelijke Monitor Proeftuinen populatiemanagement
In Nederland zijn verschillende regionale samenwerkingsinitiatieven ontstaan om het zorgsysteem toekomstbestendig te maken. Het doel van deze initiatieven is om de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van zorg te verbeteren, en om de groei in (zorg)uitgaven te beheersen (Triple Aim). Aangezien gezondheid niet enkel vanuit het zorgdomein wordt beïnvloedt, werken in deze initiatieven meerdere partijen zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, burgervertegenwoordiging en gemeenten in wisselende samenstelling samen om de overgang naar een 'gezondheidssysteem' te bewerkstelligen. Hiertoe zetten de deelnemende partijen voor de populatie interventies op, waarin preventie, zorg en welzijn – maar ook onderwijs en bedrijfsleven - samenkomen.
De minister van VWS heeft in het voorjaar van 2013 aangegeven negen initiatieven actief te willen volgen en heeft deze benoemd als 'proeftuinen: betere zorg met minder kosten', ook wel geformuleerd als 'proeftuinen populatiemanagement'. In opdracht van het ministerie heeft het RIVM tussen 2013 en 2018 in kaart gebracht hoe deze proeftuinen zich hebben ontwikkeld. De opzet van de Landelijke Monitor Proeftuinen populatiemanagement (LMP) en de initiële vormgeving van de proeftuinen zijn in eerdere rapporten en factsheets beschreven.[1] Het huidige rapport doet verslag van de ontwikkelingen wat betreft de vormgeving en activiteiten, de leidende principes voor de verandering waar de proeftuinen aan werken, en wat de interventies in de proeftuinen hebben opgeleverd. Deze bevindingen zijn gebaseerd op interviews met betrokken bestuurders, managers en zorgprofessionals van de proeftuinen en op de beschikbare documenten en evaluaties van de interventies van de proeftuinen zelf.

Proeftuinen zijn adaptieve netwerken die zich volgens drie varianten hebben ontwikkeld
Alle proeftuinen zijn gestart vanuit een netwerkstructuur met een stuurgroep als besluitvormend orgaan. Gedurende de proeftuinperiode zijn deze stuurgroepen aangepast naar aanleiding van de ervaringen binnen de proeftuinen en nieuwe uitdagingen in de regio. De proeftuinen laten grofweg drie ontwikkelvarianten zien. In variant 1 startten regio's een proces waarbij ziekenhuizen, zorggroepen en verzekeraars in een netwerk begonnen met zorginhoudelijke en randvoorwaardelijke interventies (zoals het ontwikkelen van een data- en kennisinfrastructuur) om het regionale zorgsysteem te verbeteren. De regio's in deze variant groeiden, na verdieping van de samenwerking met de oorspronkelijke actoren, stapsgewijs door naar een breder netwerk van actoren. Ze ontwikkelden hierbij domeinoverstijgende interventies met bijbehorende bekostigingsvormen (bijvoorbeeld een wijkgerichte aanpak waarbij zorgdomein en sociaal domein met een gezamenlijk budget zich inzetten op de gezondheid van de wijkpopulatie). Bij variant 2 bestond het netwerk bij aanvang van de

[1] https://www.rivm.nl/Onderwerpen/D/Duurzame_preventie_zorg_en_ondersteuning

proeftuin uit een groter en meer divers aantal actoren dan bij variant 1 en wilde het netwerk een groot aantal interventies invoeren vanuit een brede regionale visie. Door het maken van te grote stappen is dit domeinoverstijgende en populatiegerichte gedachtegoed losgelaten en is teruggegrepen naar kleinere projecten met een beperkter bereik en impact. Bij variant 3 startten regio's – net als variant 1 – klein, en focusten zij zich op een optimalisatie van het zorgsysteem. In tegenstelling tot variant 1 wordt (nog) niet gewerkt aan een breder, domeinoverstijgend samenwerkingsinitiatief met een uitgewerkt populatiegericht plan om tot een gezondheidssysteem te kunnen komen.

Inzicht in leidende principes voor succesvolle populatiegerichte samenwerking

In de proeftuinen hebben de stakeholders verschillende strategieën ingezet om de beweging van een zorgsysteem naar een gezondheidssysteem te maken. De mate waarin de strategieën succesvol zijn, varieert. Het succes van deze strategieën was afhankelijk van de context waarin deze strategieën werden uitgevoerd en van het mechanisme dat hierdoor in gang is gezet. In de LMP zijn deze strategieën geanalyseerd aan de hand van de context waarin ze zijn ingezet en verklarende mechanismen die zijn getriggerd en tot een bepaalde uitkomst leidden. De toegepaste strategieën, met bijbehorende contexten, mechanismen en uitkomsten zijn geclusterd tot acht leidende principes (actiegerichte handvatten) die van belang zijn om de beweging naar een gezondheidssysteem te kunnen maken, namelijk:

1. Creëer en behoud draagvlak tussen organisaties om gezamenlijk te werken aan een toekomstbestendig gezondheidssysteem.
2. Leer elkaar begrijpen en creëer onderling vertrouwen.
3. Definieer randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoording om zo risico's en successen te delen.
4. Zorg voor politiek draagvlak en beïnvloed de beleidscyclus.
5. Zorg ervoor dat de financiële prikkels in lijn zijn met de gezamenlijke doelen.
6. Waarborg een verbetercyclus door een data- en kennisinfrastructuur op organisatie- en regio-niveau te ontwikkelen.
7. Creëer inzicht in burgerperspectieven en maak ruimte voor burgerparticipatie.
8. Zet passende bestuurlijke representatie en leiderschap in om de beweging naar de gezamenlijke doelen te behouden en/ of te versnellen.

Effecten op populatieniveau nog niet te verwachten; op interventieniveau voorzichtig positief

In de proeftuinen zijn voornamelijk interventies ingezet op specifieke doelgroepen om op kleinere schaal effecten te kunnen behalen. Aan het begin van de proeftuinen zijn vooral zorginhoudelijke interventies ingezet, zoals doelmatig geneesmiddelen voorschrijven en kaderartsen inzetten. Gezien de beperkte schaalgrootte van deze interventies is nog geen effect te verwachten op de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten van de totale populatie van proeftuin. De proeftuinen in ontwikkelvariant 1 hebben vervolgens het aantal en het type interventies uitgebreid, bijvoorbeeld met domeinoverstijgende interventies gericht op een wijkpopulatie. Hiermee is de potentiële

impact op de Triple Aim voor de vooraf afgebakende proeftuinpopulatie vergroot. De proeftuinen hebben een deel van de interventies geëvalueerd, om te weten welk effect een interventie heeft en of het zinvol is – en hoe – om ze uit te breiden of in te zetten in andere regio's. De helft van de interventies is geëvalueerd op het effect op gezondheid, kwaliteit van zorg en/of kosten. Deze beschikbare evaluaties geven een overwegend positief beeld op alle drie de uitkomstmaten.

Investeringen nodig voor regionale informatie- en kennisinfrastructuur

Een data- en kennisinfrastructuur is noodzakelijk om te kunnen sturen op interventies en om inzicht te krijgen welke interventies moeten worden ingezet om de Triple Aim voor de totale populatie te bereiken. De proeftuinen hebben hier op verschillende manieren en met wisselende inzet in geïnvesteerd. Dit varieerde van een klein opgezette, digitale informatiestructuur die breder kan worden uitgerold, tot een feedbackcyclus op interventieniveau. Alle proeftuinen zijn hierbij tegen de grenzen van de huidige informatie- en kennisinfrastructuur opgelopen (bijvoorbeeld dat informatie technisch niet uit het systeem te krijgen is). Het blijkt vooral lastig om de (zorg)kosten in kaart te brengen. Aan het einde van de proeftuinperiode werken de proeftuinen intensiever aan de benodigde data- en kennisinfrastructuur. Vooral voor de proeftuinen in ontwikkelvariant 1, waarbij meerdere domeinen (zorg, welzijn, bedrijfsleven, onderwijs) gaan samenwerken, wordt een regionale informatie- en kennisinfrastructuur nóg belangrijker, om data te kunnen delen en inzicht te kunnen krijgen in de Triple Aim van de populatie. Proeftuinen geven aan dat ze hierbij ondersteuning nodig hebben. Dat komt onder andere doordat een regionale informatie- en kennisinfrastructuur nog onvoldoende prioriteit kan hebben bij (een deel van) de stakeholders zelf. Daarnaast zijn onder andere juridische vraagstukken, zoals mogelijkheden om data te delen zonder de privacywetgeving te schenden, voor regio's individueel lastig op te lossen.

Het populatiebelang wordt niet gediend door de huidige bekostiging(shervormingen)

De huidige vormen van bekostiging in het zorgsysteem, bijvoorbeeld bekostiging per zorgactiviteit (*fee for service*), sturen niet aan op het behalen van de Triple Aim voor de proeftuinpopulatie. In toenemende mate wordt daarom gesproken over alternatieve bekostigingsvormen die aanbieders van zorg en welzijn zouden kunnen stimuleren om in de eerste plaats de populatie te dienen en niet de verkoop van een zorgproduct. Deze alternatieve vormen van bekostiging, zoals shared savings, uitkomstenbekostiging of populatiebekostiging, zijn, tegen de verwachtingen van de bestuurders in, weinig geïntroduceerd gedurende de proeftuinperiode. Hoewel de bestuurders binnen de proeftuinen dit soort bekostigingshervormingen als een benodigde stap in de verdere ontwikkeling van de proeftuinen naar een gezondheidssysteem zien, is invoering nog complex. De introductie van bijvoorbeeld shared savings wordt op dit moment niet zozeer door de huidige financieringskaders belemmerd, maar wel door een informatie-asymmetrie en een gebrek aan vertrouwen tussen zorgverzekeraar en aanbieders. Ondanks inzicht in de relevantie van andere bekostigingsvormen, weegt het gevoel van urgentie bij de bestuurders nog niet op tegen de risico's die zij ervaren.

In deze situatie kan sturing en stimulans vanuit de overheid eraan bijdragen om de benodigde urgentie en het vertrouwen te creëren.

Volg een stapsgewijze aanpak vanuit een gezamenlijke populatiegerichte visie

Zolang er bij de stakeholders geen verhoogde urgentie is om fundamentele wijzigingen door te voeren in het zorgsysteem, is het verstandig om in de regio stapsgewijs toe te werken naar een gezondheidssysteem. Start hierbij met investeren in draagvlak vanuit een gezamenlijke visie (leidend principe 1), creëer vertrouwen en leer elkaars rollen kennen (leidend principe 2), en zorg voor het benodigde leiderschap (leidend principe 8). Dit kan worden opgebouwd aan de hand van concrete gezamenlijke interventies, waarbij nog geen structurele/fundamentele veranderingen in financiering -en/of kennisinfrastructuur worden gevraagd. Start niet vanuit een bekostigingshervorming of een breed regionaal plan zonder deze randvoorwaarden. Gebeurt dit wel, dan worden onder andere te snel grote onzekerheden aangegaan of te grote investeringen gevraagd. De kans dat een energielek ontstaat of dat het draagvlak voor regionale samenwerking verder afneemt is hierbij groter.

Beweging zet zich vertraagd voort tenzij….

Bestuurders ervaren veelal nog onvoldoende urgentie, of verwachten zelf onvoldoende voordelen, om fundamentele wijzigingen door te voeren voor de ontwikkeling van een zorgsysteem naar een gezondheidssysteem. Bovendien geven diverse bestuurders aan dat er momenteel (te) grote risico's zijn om naar een gezondheidssysteem te ontwikkelen, zoals de onzekerheid of de benodigde extra middelen om een organisatie te kunnen aanpassen beschikbaar zijn. Doordat de *sense of urgency* niet opweegt tegen de risico's, worden grotere wijzigingen op weg naar het gezondheidssysteem vertraagd of tegengehouden. De burgers hebben wel baat bij deze beweging, maar zijn zelf (nog) niet bij machte om de vereiste grote maatschappelijke structurele verandering naar een gezondheidssysteem te versnellen. Politiek en beleid zouden meer kunnen investeren om de sense of urgency en het draagvlak te vergroten, alsook om de nodige kennis en expertise voor de systeemverandering te ontwikkelen en daarmee de snelheid van de beweging kunnen verhogen.

Conclusies

Proeftuinen hebben lef getoond door openlijk en grensoverschrijdend te werken aan de Triple Aim om tot een toekomstbestendig gezondheidssysteem te kunnen komen. De uitdagingen die zij tegenkwamen zijn illustratief voor de uitdagingen van andere regio's in Nederland. De beweging naar een gezondheidssysteem omvat behalve organisatorische veranderingen een maatschappelijke culturele verandering die een grote impact op de samenleving heeft en daardoor tijd vergt. Het hangt samen met de verschuivingen van 'ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag', van klinische gezondheid naar positieve gezondheid, en van verzorging naar participatie. Een aantal proeftuinen heeft de regionale samenwerking versterkt en is toe aan grotere systeemveranderingen op weg naar een gezondheidssysteem waar gezamenlijk door meerdere domeinen als preventie, zorg, welzijn, onderwijs en het bedrijfsleven aan de gezondheid van de populatie

wordt gewerkt. Belangrijk in deze beweging is een informatie- en kennisinfrastructuur voor een goede populatiegerichte verbetercyclus over organisaties en domeinen heen, de juiste financiële prikkels en een goede governance (qua structuur en proces). De beweging kan worden versneld door het verhogen van de sense of urgency, met ondersteuning vanuit de overheid en input van de rol en perspectieven van de burger. De beweging naar een gezondheidssysteem is complex, maar er is meer mogelijk door samen te experimenteren.

1 Inleiding

1.1 Regionale samenwerkingen als antwoord op toenemende druk op zorgsysteem

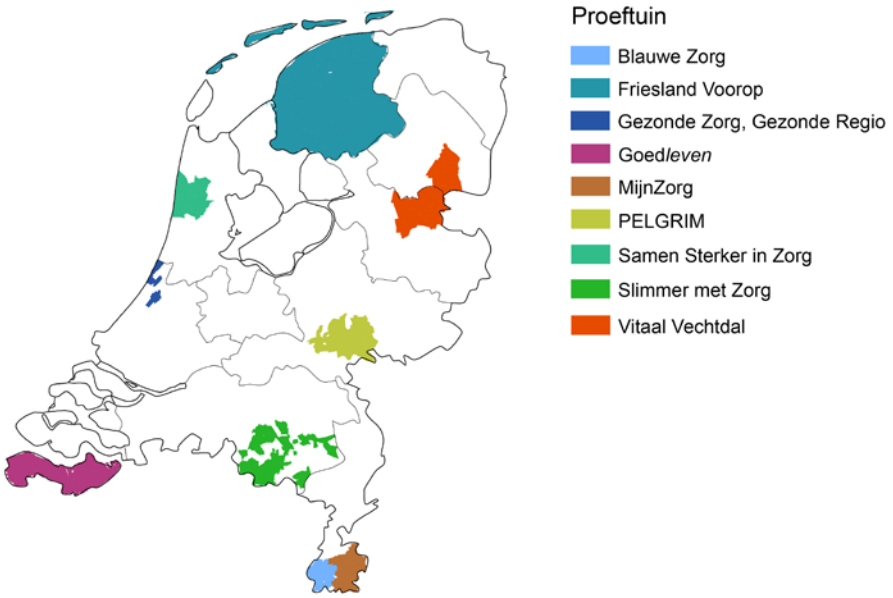
De druk op het zorgsysteem neemt toe. Zo stijgen de zorguitgaven elk jaar met 2,9 procent, onder andere door vergrijzing en door kosten van nieuwe medische technologie (VTV, 2018). De zorguitgaven zullen zonder nieuw beleid in 2040 verdubbeld zijn ten opzichte van 2015. Tevens neemt de druk op de beschikbaarheid van de formele en informele zorg toe. Momenteel zijn er al personeelstekorten in bijvoorbeeld de intensieve psychogeriatrische zorg, terwijl het aantal patiënten ruim zal verdubbelen tot 2040. Wat betreft de informele zorg halveert in de toekomst het aantal 50-64-jarigen per 85-plusser. Dat betekent dat er minder potentiële mantelzorgers zijn voor de oudere die langer thuis woont. Bovendien blijkt dat het aanbod van zorg en ondersteuning niet goed aansluit op de behoefte van de inwoners. Om deze veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg te kunnen dragen, ook op de lange termijn, zijn aanpassingen nodig in de huidige manier van werken (VTV, 2018; Kaljouw & Van Vliet, 2015). Zowel in de praktijk als vanuit het beleid wordt daarom gezocht naar manieren om de zorg anders vorm te geven. De focus van de gezondheidszorg verschuift van overwegend reactieve benadering naar een proactieve benadering. De inzet is dat mensen met een ziekte kunnen blijven functioneren, bij voorkeur in de eigen omgeving. Dit alles heeft ertoe geleid dat er meerdere regionale samenwerkingsinitiatieven zijn opgezet met als doel toe te werken naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Binnen het gezondheidssysteem worden de krachten over de domeinen heen gebundeld om het aanbod van preventie, zorg en welzijn, maar ook domeinen als onderwijs en bedrijfsleven zodanig te verbinden en aan te passen dat de Triple Aim voor de (regionale) populatie wordt bediend.

1.2 Negen proeftuinen benoemd en gevolgd

Negen van deze regionale initiatieven zijn op aangeven van de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) benoemd tot proeftuinen ‘beter zorg met minder kosten’ en zijn actief gevolgd in de Landelijke Monitor Proeftuinen populatiemanagement (LMP) (VWS, 2013) van het RIVM. De proeftuinen zijn aangedragen door de zorgverzekeraars en zijn geselecteerd op basis van marktaandeel, historie van samenwerking, innovatie en de motivatie van de betrokkenen om gezamenlijk te werken aan preventie, zorg en welzijn (zie Figuur 1.1 voor de ligging van de negen proeftuinen). Het doel van de proeftuinen is om toe te werken naar de Triple Aim: de kosten(groei) van de zorg verlagen, en de kwaliteit van zorg en van de gezondheid van de populatie verbeteren.

Het RIVM heeft de negen proeftuinen vanaf 2013 tot 2018 gevolgd. Deze monitor geeft inzicht in de ervaringen van de betrokken stakeholders van de proeftuinen en in de uitkomsten op het gebied van de Triple Aim. Bovendien hebben de proeftuinen deelgenomen aan platformbijeenkomsten waarin ervaringen zijn uitgewisseld. Hier waren naast de andere proeftuinen het ministerie van VWS, Vilans, de

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en het Zorginstituut Nederland (ZiN) aanwezig. Verder heeft het ministerie van VWS de proeftuinen bezocht.



Figuur 1.1: regio's waarin de negen proeftuinen actief zijn

1.3 LMP-rapport 4

In het vierde LMP-rapport '*Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem'* zijn de ontwikkelingen van de proeftuinen tussen 2013 en2018 weergegeven. De volgende onderzoeksvragen worden behandeld:

1. Hoe hebben de proeftuinen zich in de periode tussen 2013 en 2018 ontwikkeld? (Hoofdstuk 2)
2. Welke leidende principes zijn er om toe te werken naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem? (Hoofdstuk 3)
3. Welk inzicht geven de proeftuinen over de effecten op gezondheid, kwaliteit van zorg, en kosten(groei)? (Hoofdstuk 4)

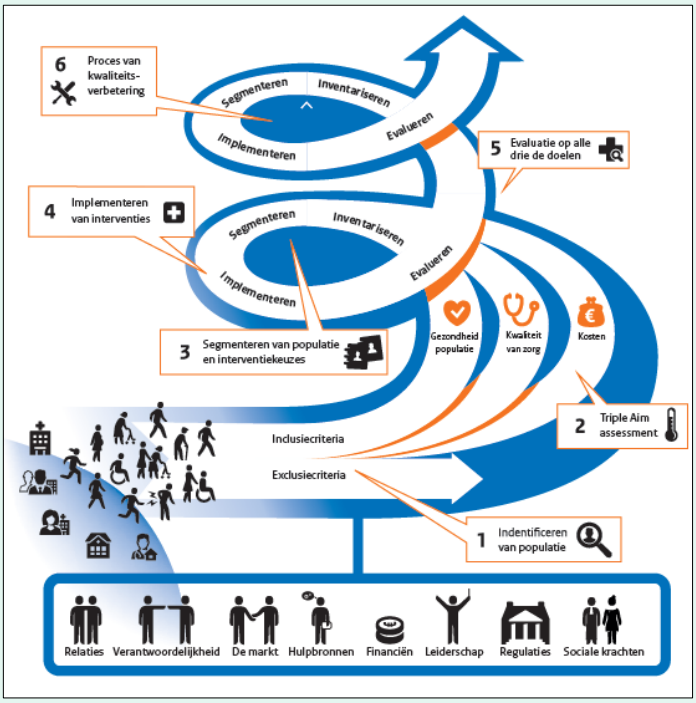
Voor de eerste onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van actualisaties van de proeftuinen. De vragen in deze actualisaties zijn gebaseerd op het analytisch raamwerk voor een populatiegerichte aanpak (Tekstbox 1). Voor de tweede onderzoeksvraag zijn 132 respondenten bevraagd over de ervaringen met de proeftuinen. Voor de analyse van deze interviews is gebruikgemaakt van de *realist evaluation*-benadering, wat de mogelijkheid biedt om de complexiteit van de ontwikkeling van de proeftuinen te ontrafelen (Pawson, 2006; 2013). Deze benadering richt zich op het mechanisme dat verklaart waarom en hoe een strategie in een specifieke context een specifieke uitkomst oplevert. Een gedetailleerde beschrijving van de methoden staat in Bijlage 2. Voor onderzoeksvraag 3 hebben we ons gericht op de evaluaties van de proeftuininterventies zoals die zijn aangeleverd door de proeftuinen zelf.

Tekstbox 1: Analytisch raamwerk voor een populatiegerichte aanpak

Voor het uitvoeren van de LMP is gebruikgemaakt van een raamwerk voor de evaluatie van een populatiegerichte aanpak (Struijs et al., 2015). Dit raamwerk gaat uit van zes stappen van een populatiegerichte aanpak, ook wel populatiemanagement genoemd (zie onderstaande figuur):

1. **Populatie identificeren:** de populatie wordt gedefinieerd door het regionale samenwerkingsverband of door de proeftuin.
2. **Triple Aim status vaststellen:** de gezondheid, kwaliteit van de zorg en de kosten van de zorg voor de gedefinieerde populatie worden vastgesteld.
3. **Populatie segmenteren en interventiekeuze onderbouwen:** op basis van kennis uit stap 2 wordt de populatie verdeeld in subgroepen voor wie specifieke interventies kunnen worden ingezet.
4. **Interventies implementeren:** de gekozen interventies worden geïmplementeerd. Ook kunnen aanvullend randvoorwaardelijke interventies worden geïmplementeerd om gedrag of context te beïnvloeden.
5. **Interventies evalueren:** dit wordt gedaan aan de hand van verschillende uitkomstmaten. Deze komen idealiter overeen met de drie doelen van de Triple Aim.
6. **Feedback-loop:** verbetercycli kunnen worden ingezet op basis van de kennis uit stap 5.

De zes stappen worden beïnvloed door tal van factoren. Deze factoren zijn met een literatuurstudie in kaart gebracht en zijn samengevat in acht componenten. Deze acht componenten (relaties, verantwoordelijkheid, de markt, hulpbronnen, financiën, leiderschap, regulaties, sociale krachten) zijn van invloed op het proces om taken en activiteiten over de domeinen publieke gezondheid, gezondheidszorg, sociaal domein en burgers heen te reorganiseren en integreren – met als doel de Triple Aim voor de populatie te bereiken. Zie Bijlage 2, Tabel 2.3 voor een uitgebreide beschrijving van de componenten en de onderliggende theorieën/modellen.



1.4 Relevante maatschappelijke en beleidsontwikkelingen

Naast de proeftuinen zijn andere regionale populatiegerichte samenwerkingsinitiatieven ontstaan om toe te werken naar een gezondheidssysteem, waar door de verschillende domeinen wordt samengewerkt om de Triple Aim te realiseren (Van Vooren et al., 2018; Lemmens et al., 2017). Deze beweging van de proeftuinen en deze andere regionale initiatieven zijn beïnvloed door meerdere ontwikkelingen in het land. Zo is sinds 2015 de decentralisatie ingezet van enkele overheidstaken voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg voor chronisch zieken en ouderen naar de gemeenten.[2] Andere ontwikkelingen, zoals de gemeenteraadsverkiezingen in het voorjaar van 2014 en 2018, en de kabinetswisseling in 2017, kunnen ook van invloed zijn geweest op de ontwikkeling van de proeftuinen. In 2016 heeft VWS de brief ‘Preventie in het Zorgstelsel’ uitgebracht, om de samenwerking van gemeenten en verzekeraars voor preventie te stimuleren (VWS, 2016). Hiervoor kan subsidie worden aangevraagd in de vorm van ‘preventiecoalities’. In 2018 is in de taskforce ’Zorg op de juiste plek’ het belang van samenwerking over de domeinen heen wederom benoemd (Taskforce, 2018).

1.5 Leeswijzer rapport

Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen van de proeftuinen wat betreft de sturing, vormgeving en financiering. Hoofdstuk 3 beschrijft de leidende principes voor de beweging naar een gezondheidssysteem, op basis van de ervaringen van de bestuurders en managers in de proeftuinen. Vervolgens laat hoofdstuk 4 zien welk inzicht de proeftuinen hebben in de gezondheid van de populatie, de (ervaren) kwaliteit van zorg en de kosten(groei). In dit hoofdstuk staan de resultaten van de interventies en de uitvoering van de evaluaties beschreven. In hoofdstuk 5 wordt een beschouwing gegeven van de resultaten en worden deze in een breder perspectief geplaatst. In de bijlagen zijn de gebruikte methoden en databronnen verantwoord (Bijlage 2 en 3), en worden de beschrijvingen van de proeftuinen (Bijlage 4) en de interventies (Bijlage 5) gegeven. Verder worden de leidende principes voor de beweging van een zorgsysteem naar een gezondheidssysteem en bijbehorende toegepaste strategieën door de proeftuinenproeftuinen samengevat in Bijlage 6.

[2] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten

2 Proeftuinontwikkelingen tussen 2013 en 2018

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen van de proeftuinen tussen 2013 en 2018 beschreven. Deze ontwikkelingen zijn elk half jaar opgevraagd bij de proeftuinen (Tekstbox 2.1). Paragraaf 2.1 gaat in op de vormgeving en sturing van de proeftuinen. Hierna worden de interventies beschreven in paragraaf 2.2. Paragraaf 2.3 belicht de ontwikkeling van financiering en contractering binnen de proeftuinen. Hierna wordt in paragraaf 2.4 een overkoepelend beeld gegeven van drie verschillende ontwikkelingen die de proeftuinen hebben doorgemaakt: de drie ontwikkelingsvarianten.

Tekstbox 2.1: Onderzoeksmethode beschrijving proeftuin
Vanaf begin 2014 tot en met half 2018 is namens de LMP elk half jaar een update opgevraagd van de stand van zaken van de proeftuinen en bijbehorende interventies. Deze updatetabel is ingevuld door de programmamanager of een bestuurder van de proeftuin. De opbouw van deze update is gebaseerd op een inventarisatie naar relevante elementen die in de literatuur worden genoemd (Heijink et al., 2014). De tabellen bevatten informatie over de volgende elementen:

- Doelstellingen van de proeftuin (zo SMART mogelijk).
- Organisatiekenmerken van de proeftuin (juridische entiteit, betrokken organisaties en hun rol, organisatiestructuur, burger- en/of patiëntparticipatie, governance structuur, zorgverleners).
- Kenmerken van contracten op proeftuinniveau (reikwijdte, voorwaarden vormgeving en prikkels, inclusiecriteria patiënten en contractduur).
- De uitwerking van de zes stappen van populatiemanagement (zie analytisch raamwerk in Tekstbox 1, van hoofdstuk 1).
- Beschrijving van alle interventies die zijn ontwikkeld of geïmplementeerd (zie Bijlage 5).

2.1 Vormgeving en sturing

Proeftuinen zijn adaptieve regionale netwerken

Proeftuinen zijn regionale netwerken waarin verschillende organisaties samenwerken om de Triple Aim van een gespecificeerde populatie te bevorderen. Binnen de proeftuinen zijn variërend zorgaanbieders, patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, gemeenten, werkgevers en scholen betrokken. De proeftuinen richten zich op regionaal afgebakende populaties (binnen een gemeente of bredere regio) of op patiënten populaties van bepaalde huisartsengroepen. In de loop van de jaren hebben de proeftuinen ontwikkelingen doorgemaakt, zowel in de vormgeving en sturing, de ontwikkeling van de interventies, als de financiering ervan.

Enkele stuurgroepen gaan uiteen in gelegenheidscoalities

De proeftuinen zijn in 2013 gestart met een onderling vergelijkbare structuur. Deze bestond uit een sturend niveau met een stuurgroep en een uitvoerend niveau met werkgroepen en/of projectgroepen. In een stuurgroep werken drie of meer typen kernactoren uit de regio die gezamenlijk op bestuurlijk niveau richting geven aan de proeftuin.

Onder kernactoren in de regio vallen de zorgaanbieders, burgervertegenwoordiging, gemeenten en zorgverzekeraars. Na de benoeming van de proeftuinen ging de stuurgroep van Friesland Voorop uit elkaar in drie kleinere stuurgroepen. De zorgverzekeraar was hierbij de verbindende schakel tussen de programma's die apart van elkaar werden ingezet. Inmiddels hebben nog twee andere proeftuinen de structuur aangepast en de overkoepelende stuurgroep opgeheven, omdat samenwerking op stuurgroepniveau niet voldoende van de grond kwam. In deze proeftuinen zijn gelegenheidscoalities gevormd: bestuurders van verschillende netwerkpartners werken daar waar energie zit samen met elkaar, in wisselende samenstellingen. Om de netwerkfunctie te behouden, is in beide proeftuinen een halfjaarlijks informerend overleg ingesteld.

Toename typen actoren in alle lagen van de proeftuinen

In Tabel 2.1 is de betrokkenheid van de actoren in de stuurgroep van de proeftuinen weergegeven. In alle proeftuinen zit altijd een zorgverzekeraar, ziekenhuis en/of zorggroep in de stuurgroep. Ook zijn er in enkele proeftuinen nog andere zorgorganisaties betrokken in de stuurgroep, bijvoorbeeld laboratoria, apothekers en de GGZ. In 2013 neemt in zeven proeftuinen de patiëntvertegenwoordiging, Zorgbelang, deel aan de stuurgroep van de proeftuin. In één proeftuin is dit de vertegenwoordiger van een burgercoöperatie. De patiëntvertegenwoordiging die betrokken was bij Goed*leven* moest tijdens de proeftuinperiode vanwege bezuinigingen de deuren sluiten, om deze reden is binnen Goed*leven* geen patiëntvertegenwoordiging meer in de stuurgroep betrokken in 2017. De gemeente zit zowel in 2013 als 2017 bij drie proeftuinen in de stuurgroep. In twee andere proeftuinen heeft de gemeente nog geen sturende functie, maar wordt op interventieniveau wel met de gemeente samengewerkt (bijvoorbeeld in de wijk en op het gebied van ouderenzorg). Behalve met de gemeente wordt in toenemende mate samengewerkt met andere typen actoren, zoals het onderwijs en werkgevers.

*Tabel 2.1 Deelname van actoren in stuurgroep van de proeftuin in 2014 en 2017**

	Zorggroep/ huisartsen		Ziekenhuis/ specialisten		Overige Zorg-aanbieders **		Zorg Verzekeraar		Gemeente		Burger (vertegen-woordiging)		Overige (kennis/ advies) ***	
	'14	'17	'14	'17	'14	'17	'14	'17	'14	'17	'14	'17	'14	'17
1	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓	✓	✓		
2	✓	-	✓	-	-	-	✓	-	✓	-	✓	-	-	-
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
5	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓			✓	✓		✓
6	✓	✓			✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓
7	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-		-		-		-
8	✓	-	✓	-		-	✓	-		-	✓	-		-
9	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

1. Blauwe Zorg; 2. Friesland Voorop; 3. Gezonde Zorg, Gezonde Regio; 4. Goed*leven;* 5. MijnZorg; 6. PELGRIM; 7. Samen Sterker in Zorg; 8. Slimmer met Zorg; 9. Vitaal Vechtdal.
- Deze proeftuinen hebben geen overkoepelende stuurgroep meer.
* Nuances ten aanzien van bovenstaande tabel: er kunnen meerdere actoren binnen één actorgroep vallen; participatiegraad en actoren zijn vermeld zoals door de proeftuinen aangegeven.
** Overige zorgorganisaties betreffen laboratoria (proeftuin 3), jeugdzorg, GGZ, langdurige zorg, revalidatie (proeftuin 4), en apothekers (proeftuin 5 en 6), en GGZ en laboratoria (proeftuin 7).
*** Overige (kennis/advies) betreffen ROS-organisaties (proeftuin 3, 5 en 6), ICT-bedrijven (proeftuin 3) en het bedrijfsleven (proeftuin 9).

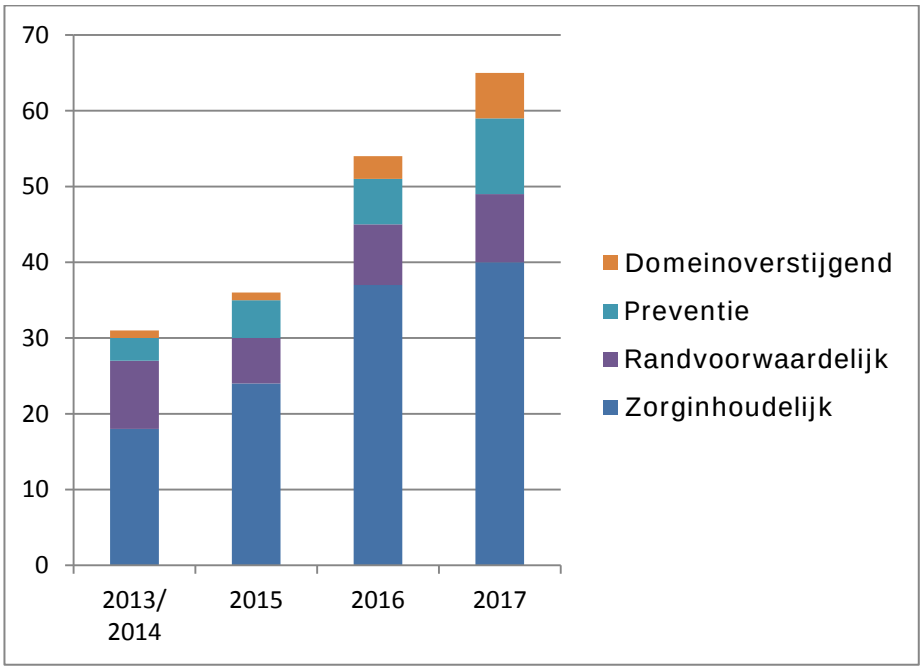
Wisselingen in het programmamanagement van de proeftuinen

Ook de organisatie van het programmamanagement is gedurende de proeftuinperiode aangepast. Twee van de proeftuinen met gelegenheidscoalities hebben het overkoepelende programmamanagement afgeschaft en hier wordt het projectmanagement vanuit partijen zelf uitgevoerd. Binnen PELGRIM en Friesland Voorop wordt het programmamanagement ingezet vanuit de eigen organisaties, respectievelijk de zorggroepen en de zorgverzekeraar. In vijf proeftuinen worden externe 'overkoepelende' programmamanagers ingezet, voornamelijk vanuit een Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS). De continuïteit van de bemensing van het programmamanagement varieert tussen de proeftuinen. Twee proeftuinen hebben gedurende de hele proeftuinperiode dezelfde programmamanager gehad. In de overige proeftuinen zijn binnen de proeftuinperiode twee tot vier verschillende programmamanagers aangesteld. Afhankelijk van de visie en capaciteiten van de programmamanager kon dat zowel bevorderende als belemmerende invloed op de proeftuinbeweging hebben.

2.2 Interventies

Voornamelijk zorginhoudelijke interventies ingezet

De proeftuinen beoogden met de interventies vernieuwing te introduceren. Idealiter konden ze bij succes worden voortgezet zonder inspanning van de proeftuinen, bijvoorbeeld door deze interventies te implementeren in het reguliere zorgaanbod. In Figuur 2.1 zijn de typen interventies weergegeven die zijn geïmplementeerd in 2014 tot 2018. Het gaat om interventies waar de proeftuinen op dat moment aan werkten: het kan zo zijn dat een interventie waaraan de proeftuinen in 2014 en 2015 werkten, vanaf 2016 in het reguliere zorgaanbod is opgenomen, en daarom niet meer wordt meegenomen in dit overzicht. Zie Bijlage 5 voor een gedetailleerdere beschrijving van de interventies. In alle jaren is het merendeel van de interventies zorginhoudelijk van aard, met door de jaren heen voornamelijk een grote toename van interventies die gericht zijn op geïntegreerde zorgpaden. Het aantal interventies gericht op preventie is licht gestegen. Vijf van de negen proeftuinen hebben ingezet op preventie-interventies. Twee proeftuinen richten zich specifiek op zorggerelateerde preventie. In de andere drie proeftuinen wordt ook ingezet op selectieve en universele preventie, zoals het ontwikkelen van een gezondheidswaaier en het inzetten op alcoholvermindering in de interventie IkPas. Het aantal lopende randvoorwaardelijke interventies is afgenomen. De randvoorwaardelijke interventies in 2014 waren grotendeels gericht op bijeenkomsten als heidagen, waar de visie, missie en doelstellingen van de proeftuin is besproken. De meeste proeftuinen hebben deze heidagen enkel in 2013/2014 ingezet. Eén proeftuin is gedurende de proeftuinperiode doorgegaan met dit soort bijeenkomsten en heeft nu ook de visie verbreed naar een focus op domeinoverstijgende interventies. Andere randvoorwaardelijke interventies waren gericht op het opzetten van een data-infrastructuur en het uitvoeren van een inventarisatie.



Figuur 2.1: Aantal interventies waaraan de proeftuinen werkten, uitgesplitst naar type en jaar

Domeinoverstijgende interventies in enkele proeftuinen opgestart

Eén proeftuin heeft vanaf het begin ingezet op samenwerking over de domeinen heen. Er werden casuïstiektafels vormgegeven tussen zorgverzekeraar en gemeenten op thema's die op het grensvlak van beide domeinen liggen, zoals schizofrenie, dementie, zorg in de wijk en de 1-loket functie voor hulpmiddelen. Vanaf 2016 zijn ook in drie andere proeftuinen domeinoverstijgende interventies opgestart. Zo wordt in drie proeftuinen vanuit een bredere regionale visie ingezet op samenwerking op het gebied van zorg en welzijn in de wijk, waarbij twee van deze proeftuinen ook integrale ouderenzorg hebben opgestart. Twee voorbeelden zijn uitgelicht in Tekstbox 2.2; zie Bijlage 5 voor een volledig overzicht.

Tekstbox 2.2: Interventies ter illustratie uitgelicht

Blauwe Zorg in de Wijk

Bij gezondheidsproblemen kunnen verschillende vormen van zorg nodig zijn uit de somatische, geestelijke en sociale zorgdomeinen. Wanneer een zorgvraag meerdere domeinen beslaat, kunnen problemen ontstaan in bijvoorbeeld stapeling van zorg. In vier Maastrichtse wijken zijn knelpunten bij zorg- en dienstverlening vanuit meerdere domeinen in kaart gebracht. Op basis van de uitgangspunten van positieve gezondheid is het initiatief 'Blauwe Zorg in de Wijk' met deze knelpunten aan de slag gegaan. Knelpunten betroffen onder andere onvoldoende afstemming en samenwerking tussen de beroepskrachten, en onvoldoende aansluiting van de zorg op de behoefte en vaardigheden van de inwoners De voorbereidingen van de pilot zijn met een lumpsumbedrag bekostigd. Voor de zorg in het project Blauwe Zorg in de Wijk worden financiële middelen van de Provincie Limburg, gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ samengebracht. Dit is het begin van de ambitie om geld de zorg en ondersteuning te laten volgen.

Zorgcontinuüm ouderen OZL

Het aantal thuiswonende ouderen in een kwetsbare positie neemt toe. De zorgvraag van deze ouderen is divers en omvat meerdere domeinen. Om beter op deze zorgvraag te kunnen inspelen, wordt binnen 'zorgcontinuüm ouderenzorg' van MijnZorg gewerkt aan het opzetten van integrale, proactieve en samenhangende eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen in de wijk. Er wordt ingezet op drie deelprojecten: de samenwerking in de eerstelijn (tussen wijkverpleging, huisartsen en de specialist ouderengeneeskunde), het opzetten van een eerstelijnskliniek en de ontwikkeling van PlusPunt ouderen Kerkrade. Financiering van deze projecten komt nog voornamelijk vanuit de Zvw, maar voor het opzetten van de eerstelijnskliniek wordt ook vanuit de Wmo bijgedragen.

2.3 Financiering en bekostiging

Eerste interventies gestart met bekostiging vanuit zowel Wmo als Zvw

Het grootste deel van de interventies wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). In twee van de domeinoverstijgende interventies worden al afspraken gemaakt over gezamenlijke financiering vanuit zowel de Zvw als de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In proeftuin Blauwe Zorg wordt in een pilot gewerkt met een lumpsumbedrag voor vier wijken waar vanuit positieve gezondheid wordt gewerkt. Hierbij heeft zowel de gemeente als de zorgverzekeraar de intentie uitgesproken om elkaar tegemoet te komen als dit nodig mocht zijn. De andere interventie betreft het opzetten van een eerstelijnskliniek voor tijdelijke opvang van ouderen in nood in proeftuin MijnZorg. Hierbij dragen zowel zorgverzekeraar als gemeente gelden bij (zie Tekstbox 2.2).

Bekostiging blijft voornamelijk per patiënt of zorgactiviteit plaatsvinden

Er zijn vier klassieke vormen van bekostiging (zie Tekstbox 2.3). Het merendeel van de proeftuininterventies wordt bekostigd per patiënt of zorgactiviteit. De kwaliteit van zorg wordt enkel meegenomen in (meerjaren)contracten. Deze (meerjaren)contracten kunnen worden ontbonden als de kwaliteit van de geboden zorg onvoldoende is. In twee proeftuinen waar anderhalvelijnszorg is opgezet wordt de specialist die de eerstelijnsconsulten bijwoont betaald vanuit een contract tussen de zorggroep en de zorgverzekeraar. De proeftuinen hebben getracht ook andere vormen van alternatieve bekostiging te introduceren, maar die zijn in de uitwerkingsfase (vooralsnog) gestrand. Zo is in een van de proeftuinen gewerkt aan *bundled payment* voor geboortezorg en een abonnementstarief voor huisartsen voor alle 75-plussers. Verder heeft een aantal proeftuinen geprobeerd afspraken te maken over populatiebekostiging. Tot slot heeft een gemeente getracht om de financiële verantwoordelijkheid bij de aanbieders neer te leggen door een totaalbudget toe wijzen voor de Wmo. Deze nieuwe vormen van bekostiging werden soms vertraagd of tegengehouden door een informatie-asymmetrie tussen de betrokken actoren. Daarnaast was er sprake van te weinig vertrouwen tussen de zorgaanbieders en verzekeraars, waren er tegenstrijdige financiële prikkels en ontbrak mogelijk het benodigde risicokapitaal bij de proeftuin.

Eerste shared savings gerealiseerd; nog geen vervolgafspraken

Binnen vier proeftuinen (Blauwe Zorg, Goed*leven*, Slimmer met Zorg en MijnZorg) zijn *shared savings*-afspraken (zie Tekstbox 2.3) gemaakt over de farmacieprojecten. Het gaat hierbij om het doelmatig voorschrijven van groepen geneesmiddelen. Bij alle vier de projecten zijn *shared savings* behaald, variërend van een relatief klein positief resultaat tot *shared savings* van meer dan 250.000 euro. De *shared savings* zijn (nog) niet in alle proeftuinen uitbetaald, doordat er na de verrekening met voorfinanciering niets overbleef om uit te betalen, of door het ontbreken van een betaaltitel. Bij het farmacieproject van MijnZorg zijn de behaalde resultaten in eerste instantie gereserveerd onder beheer van de verzekeraar en vervolgens zijn deze geïnvesteerd in een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), voor zowel de oostelijke

als westelijke mijnstreek. Bij de start van de proeftuinen zijn ook plannen gemaakt om *shared savings* op proeftuinniveau te realiseren, maar deze plannen zijn nog niet tot uiting gekomen vanwege de complexiteit van deze constructie. Dit vereist onder andere contracten van 5 tot 10 jaar en een afrekening op de totaalkosten die de regio maakt voor alle patiënten. Wel heeft een van de proeftuinen, MijnZorg, afgesproken dat alle besparingen die worden gerealiseerd met interventies van de proeftuin zullen worden gedeeld via *shared savings*. Hoe dit vervolg er concreet uit komt te zien is nog onbekend.

Geen structurele bekostiging van het programma
De overkoepelende programmakosten en externe programmamanagers worden in de meeste proeftuinen gedeeltelijk via de verzekeraar gefinancierd door innovatiegelden, ROS-gelden of een combinatie hiervan. De verzekeraars CZ en VGZ hebben gezamenlijke ondersteuningsgelden ondergebracht bij Versterking Eerstelijn Zuid-Nederland (VEZN) waaruit projectfinanciering is aangevraagd. In de proeftuinen Goed*leven*, MijnZorg, Gezonde Zorg, Gezonde Regio en Vitaal Vechtdal hebben de leden een financiële bijdrage geleverd aan de stichting. Hiermee wordt een deel van de overheadkosten en kosten voor randvoorwaardelijke interventies betaald. Aparte projectkosten en projectleiders worden veelal door de betrokken organisaties zelf betaald. In de komende jaren gaat een aantal proeftuinen een subsidie aanvragen voor een preventie-coalitie om een deel van de programma- of projectkosten te dekken.

Tekstbox 2.3: Vormen van bekostiging
Zoals beschreven in het vorige rapport over de LMP (Drewes et al., 2017, p 27-28), bestaat er een aantal traditionele bekostigingsmethoden in de zorg (Eijkenaar & Schut, 2015):
1) per zorgactiviteit (*fee-for-service*);
2) per zorgbundel per patiënt (*bundled payment*/integrale bekostiging);
3) per zorgbundel per verzekerde (capitation);
4) per periode (salaris of budget).

Betaling per zorgactiviteit is de meest gebruikte methode en staat voor het betalen per geleverde zorgactiviteit, zoals een consult of een behandeling.
Bij **betaling per zorgbundel per patiënt** ontvangt de zorgverlener één bedrag per patiënt voor een bundel van zorgactiviteiten, behorende bij een specifieke diagnose. Deze zorgactiviteiten kunnen door één of verschillende zorgverleners worden uitgevoerd. Een voorbeeld hiervan is de keten-DBC diabetes waarbij één bedrag per diabetespatiënt wordt betaald.
Betaling per zorgbundel per verzekerde staat voor het betalen van één bedrag om de kosten van een bredere set aan zorgactiviteiten te dekken, onafhankelijk van de vraag of de verzekerde wel of geen zorg nodig heeft en dus ook onafhankelijk van een eventuele diagnose.
Tot slot wordt bij **bekostiging via salaris of budget** een totaalbedrag per periode voor een vooraf bepaald takenpakket afgesproken zonder dat er sprake is van een duidelijk afgebakende populatie.

Naast deze traditionele methoden wordt de laatste jaren steeds vaker gesproken over het belonen van zorgverleners op basis van behaalde

uitkomsten, ofwel **uitkomstbekostiging.** Er bestaan verschillende definities van uitkomstbekostiging, afhankelijk van hoe het begrip 'uitkomst' wordt ingevuld. De minister benoemde uitkomstbekostiging als 'bekostiging gericht op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandeling in termen van kwaliteit en kosten' (VWS, 2013). Eijkenaar en Schut (2015) hanteren een breder begrip van uitkomstbekostiging, waarbij vijf soorten uitkomsten worden onderscheiden: 1) goede kwaliteit van zorg, 2) kostenbewust gedrag, 3) goede coördinatie en doelmatige substitutie, 4) kosteneffectieve innovatie en 5) effectieve preventie. Ze spreken van **adequate uitkomstbekostiging** wanneer een bekostigingsmethode alle vijf de uitkomsten stimuleert. De vier traditionele bekostigingsvormen kunnen al elementen van adequate uitkomst-bekostiging bevatten. Zo stimuleert bekostiging per zorgbundel per patiënt kostenbewust gedrag en substitutie binnen de zorgbundel. Het nadeel van bekostigingsmethoden als integrale bekostiging en capitation is dat ze een prikkel bevatten om minder zorg te leveren en mogelijk daarmee op kwaliteit in te leveren (behalve als dit samengaat met hogere kosten van zorg). Vandaar dat bij het gebruik van zorgbundels wordt gesproken over het toevoegen van expliciete financiële prikkels om goede kwaliteit van zorg te leveren. Met andere woorden: de beloning van de zorgverlener hangt dan ook af van zijn/haar kwaliteit volgens expliciete kwaliteitsindicatoren.

Tot slot wordt er, ook binnen de proeftuinen, veel gesproken over het maken van afspraken over zogenoemde ***shared savings*** als stimulans voor kostenbewust gedrag en doelmatige substitutie. Bij dergelijke afspraken wordt eerst een schatting gemaakt van de verwachte zorgkosten voor een groep patiënten/verzekerden. Wanneer in de praktijk lagere zorgkosten worden gerealiseerd, wordt een gedeelte van het bespaarde bedrag uitgekeerd aan zorgaanbieders als bonus voor de geleverde besparing. *Shared savings*-afspraken kunnen zo een onderdeel zijn van uitkomstbekostiging. In de Verenigde Staten bestaan voorbeelden van contracten waar voorwaarden worden verbonden aan het uitkeren van *shared savings*, onder andere op het gebied van kwaliteit (Song et al., 2014; McWilliams et al., 2018). Naast *shared savings*-afspraken kunnen ook afspraken worden gemaakt over het verdelen van eventuele kostenoverschrijdingen (shared losses).

Naast uitkomstbekostiging wordt de term **populatiebekostiging**, of **populatiegebonden bekostiging**, veel gebruikt. In algemene zin gaat populatiebekostiging over het bekostigen van de zorg voor een afgebakende populatie, waarbij de afbakening kan zijn gebaseerd op bijvoorbeeld regio, zorgverzekeraar of ziekte. Eijkenaar en Schut (2015) spreken over *'ziekte-overstijgende, multidisciplinaire bekostiging van afgebakende zorgvormen voor afgebakende populaties (patiënten of verzekerden)'*.

2.4 Reflectie op de proeftuinontwikkelingen

De proeftuinen hebben gedurende de proeftuinperiode elk eigen ontwikkelingen doorgemaakt op onder andere structuur, focus van

interventies en financiering en bekostiging. Deze ontwikkelingen naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem kunnen grofweg worden beschreven aan de hand van drie ontwikkelingsvarianten.

Variant 1: geleidelijke opbouw naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem
In variant 1 beginnen ziekenhuizen, zorggroepen, verzekeraars en burger(vertegenwoordiging) in een netwerk om de regionale gezondheidszorg te verbeteren: te beginnen bij het zorgdomein met zorginhoudelijke en randvoorwaardelijke interventies. Dit netwerk breidt zich, na verdieping, stapsgewijs uit naar een breder netwerk van actoren als gemeenten en werkgevers. De focus van interventies breidt zich uit naar domeinoverstijgende interventies waarbij wordt ingezet op gezamenlijke bekostiging door verzekeraar en gemeente. Bovendien worden door samenwerking op wijkniveau de eerste voorzichtige stappen gezet richting systeemverandering: van een zorgsysteem naar een gezondheidssysteem.

Variant 2: herbezinning na (te) grote stappen richting regionale samenwerking
In variant 2 bestaat het oorspronkelijke netwerk van de proeftuin al bij de start uit een groter en meer divers aantal actoren dan het netwerk in variant 1. Zo zijn bijvoorbeeld ook de gemeente(n), meerdere zorggroepen en/of ziekenhuizen, andere zorgorganisaties en bijvoorbeeld werkgevers actief betrokken bij het begin van de proeftuin. De focus van dit samenwerkingsinitiatief is vanaf de start al gericht op een bredere inzet op interventies, beleidslijnen en programma's. Grotere systeemveranderingen als nieuwe bekostigingsmodellen met impact op populatieniveau, en wijzigingen van patiëntenstromen tussen organisaties zijn hierbij onderwerp van gesprek. In deze variant wordt gedurende de looptijd van de proeftuinen dit grotere gedachtegoed losgelaten en wordt teruggegrepen naar kleinere projecten met een beperkte scope en impact. Het domeinoverstijgende en populatiegerichte element wordt hierdoor losgelaten.

Variant 3: blijvende focus op verbetering van het zorgsysteem
In variant 3 start de samenwerking van de ziekenhuizen, zorggroepen, verzekeraar en burger(vertegenwoordiging) klein, net als in variant 1. Ook interventies richten zich op het verbeteren van het zorgsysteem. In deze variant verbreedt dit initiatief zich niet en blijven de interventies gericht op het verbeteren van het zorgsysteem. Er vindt nog geen doorgroei plaats naar een gezondheidssysteem.

3 Leidende principes om toe te werken naar een gezondheidssysteem

Dit hoofdstuk beschrijft acht leidende principes die het RIVM heeft geformuleerd om vanuit een regionaal netwerk toe te werken naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem (zie Tekstbox 3.1 voor de methode). Per leidend principe zijn de toegepaste strategieën van de proeftuinen beschreven per ontwikkelfase richting een toekomstbestendig gezondheidssysteem.
De acht leidende principes staan kort beschreven in Tekstbox 3.2. De paragrafen 3.1 tot en met 3.8 behandelen elk één leidend principe uitgebreider. Hierbij wordt de relevantie van elk leidend principe kort toegelicht, gevolgd door een beschrijving van hoe de proeftuinen zelf op het leidend principe hebben ingezet. Omdat er per ontwikkelingsfase verschillende behoeften zijn per leidend principe, zijn pvoor ieder leidend principe de toegepaste strategieën van de proeftuinen beschreven per ontwikkelfase (Tekstbox 3.3). Hierbij worden ook de bevorderende en belemmerende factoren gegeven die in desbetreffende fase van toepassing zijn voor de ontwikkeling naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Zie Bijlage 6 voor een overzicht van alle in te zetten strategieën per ontwikkelingsfase. Ook wordt toegelicht waarom bepaalde strategieën wel en niet succesvol zijn voor een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Paragraaf 3.9 geeft een overkoepelend beeld van wanneer op welke leidende principes ingezet zou moeten worden om de ontwikkeling naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem te kunnen maken.

Tekstbox 3.1 Methode

De ervaringen van de betrokken actoren op weg naar een gezondheidssysteem zijn in drie interviewrondes (2014, 2016, 2017) bevraagd (zie Bijlage 2). In totaal zijn 132 bestuurders, managers, zorgprofessionals en experts gesproken. De interviews zijn geanalyseerd aan de hand van de *realist evaluation*-benadering, waarbij je je richt op ‘wat werkt, voor wie, in welke context en met welke uitkomst’ (Pawson, 2013). Om hier antwoord op te geven worden strategieën gerelateerd aan de context, het verklarende mechanisme en de uitkomst (SCMO’s). Om ook actiegerichte handelingsopties te kunnen bieden zijn deze geïdentificeerde SCMO’s vervolgens geclusterd tot toepasbare leidende principes, met de bijbehorende relaties tussen strategie- context-, mechanisme en uitkomst die van invloed zijn op het wel of niet succesvol inzetten op dit principe. De clustering is gedaan op basis van uitkomsten die van belang zijn om naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem te bewegen en die veelvuldig terugkwamen in de resultaten.

Tekstbox 3.2. Acht leidende principes om te werken van een zorgsysteem naar een gezondheidssysteem

1. Creëer en behoud draagvlak tussen organisaties om domeinoverstijgend te werken;
2. Leer elkaar begrijpen en creëer onderling vertrouwen.
3. Definieer randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoording om zo risico's en successen te delen.
4. Zorg voor politieke steun en beïnvloed de beleidscyclus.
5. Zorg ervoor dat de financiële prikkels in lijn zijn met de gezamenlijke doelen.
6. Borg een verbetercyclus door een data- en kennisinfrastructuur op organisatie- en regioniveau te ontwikkelen.
7. Organiseer inzicht in en input van burgerperspectieven.
8. Zet leiderschap in binnen een netwerk om de beweging naar de gezamenlijke doelen te behouden en/of te versnellen.

Tekstbox 3.3 Afbakening ontwikkelingsfasen naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem

De vijf fasen zijn gebaseerd op de ontwikkelingsfasen van Erickson (2017) en aangepast aan de Nederlandse proeftuincontext. Gedetailleerdere definities van elke fase, en specifiekere afbakeningen per leidend principe zijn te vinden in Bijlage 3.

Fase 1: Bereidheid tot deelname aan het regionale initiatief

Vanuit de wens om gezamenlijk zorg, welzijn en preventie vorm te geven wordt een gezamenlijke visie vormgegeven.

Fase 2: Actief meedoen aan interventies binnen het regionale initiatief

Vanuit de gezamenlijke visie worden interventies ontwikkeld en wordt samenwerking verdiept binnen de huidige domeingrenzen, voornamelijk op zorginhoudelijk domein.

Fase 3: Verbreden en verdiepen van samenwerking tot een plan van aanpak naar een toekomstgericht gezondheidssysteem

Stakeholders breiden het netwerk over verschillende sectoren uit met nieuwe stakeholders en populatiegroepen om de Triple Aim-doelen te bereiken in de regio. Het portfolio van de proeftuin wordt aangepast van een zorgsysteemperspectief naar een gezondheidssysteemperspectief, en bestaat in toenemende mate uit domeinoverstijgende interventies en strategieën met bijbehorende financiële arrangementen.

Fase 4: Veranderen naar een gezondheidssysteem

Stakeholders reorganiseren en integreren diensten vanuit het adaptieve netwerk om zodanig een nieuw systeem te ontwerpen dat gezondheid en welzijn produceert.

Fase 5: Institutionaliseren

Denken en werken vanuit een gezondheidssysteem is de norm. Triple Aim-resultaten zijn zichtbaar op het niveau van de regionale/verzekerde populatie.

3.1 Leidend principe 1: creëer en behoud draagvlak tussen organisaties om gezamenlijk te werken aan een toekomstbestendig gezondheidssysteem

Relevantie

Organisaties binnen een netwerk hebben elk hun eigen organisatiebelangen. De bestuurders binnen de proeftuinen hebben ervaren dat werken aan gezamenlijke doelen op gespannen voet kan staan met de afzonderlijke organisatiebelangen. Daarom is draagvlak nodig bij organisaties om gezamenlijk een duurzaam gezondheidssysteem te realiseren. Door de proeftuinen zijn twee typen strategieën ingezet om draagvlak te creëren en behouden: een gezamenlijke visie realiseren (strategie 1, zie Tabel 3.1) en inspelen op de bestuurlijke motivatie van de afzonderlijke organisaties om aan die gezamenlijke visie mee te werken (strategie 2, zie Tabel 3.2). Hierbij hebben verschillende bevorderende en belemmerende factoren een rol gespeeld.

Proeftuinontwikkelingen

De bestuurders van betrokken organisaties van de proeftuinen hebben er hard aan gewerkt om draagvlak van organisaties te realiseren voor een gezamenlijke visie op preventie, zorg en welzijn. Alle proeftuinen hebben het label van de proeftuin ingezet om het draagvlak onder de bestuurders voor hun visie te vergroten. De onvrede over het huidige systeem werd bij enkele proeftuinen sterk en succesvol ingezet; vooral in de regio's met sterkere vergrijzing en krimp dan gemiddeld in Nederland. Daarnaast hebben meerdere proeftuinen gedurende de proeftuinperiode aangegeven dat een visionair leider wordt gemist in de regio. In de proeftuinen met visionair leiderschap wordt meer draagvlak ervaren.

Een analyse van de drie ontwikkelvarianten van de proeftuinen, zoals beschreven in paragraaf 2.4, toont dat variant 1 (stapsgewijs ontwikkelen naar een gezondheidssysteem) het draagvlak voor de aanpak van de beweging naar een gezondheidssysteem heeft opgebouwd en verstevigd. Toch ontbreekt ook hier nog draagvlak voor de daadwerkelijke (her)inrichting van het systeem tot een gezondheidssysteem: de transitie. Dit komt doordat er geen draagvlak is bij de zorgverzekeraars alsook bij aanbieders die door de herinrichting onder druk kunnen komen te staan. Bestuurders ervaren vanuit het zorgsysteem te weinig *sense of urgency* om de transitie aan te gaan.

Er is een wil, er is een gezamenlijke visie. Door de visie kan het naar beneden landen, maar hier zie je ook dat men die visie echt omarmt en vandaaruit elkaar aanspreekt. R3-Interview21

…de grote roze olifant, benoem dat dan meteen. Bijvoorbeeld in het begin speelde heel erg dat het ziekenhuis bang was voor productieverlies. Dus, die zeiden wel: 'we doen mee, we doen dat graag'. Maar als we dan bij de uitvoering zaten, merkten we heel erg allerlei vertragingstactieken en dan waren de stukken weer niet aangeleverd, […] Nou ja, als je dat op tafel legt waar iedereen omheen draait […] dan krijg je een ander soort gesprek en dan komt het meer in beweging. R3-Interview42

Strategieën door de fasen heen

Om tot een gezamenlijke visie op het gebied van preventie, zorg en welzijn te komen wordt op twee typen strategieën ingezet; het vormen van de gezamenlijke visie, en de motivatie om aan deze visie mee te werken. Het belang van de gezamenlijke visie moet voor de afzonderlijke organisaties groter zijn dan de risico's. Een hogere urgentie voor een gezamenlijke visie kan gecreëerd worden met behulp van visionair leiderschap, gesteund door financiers. Wanneer organisaties die nieuwe visie omarmen in fase 1, zal het in fase 2 onder andere afhangen van de balans van de nieuwe netwerkdoelstellingen met de eigen organisatiedoelen of de organisaties daadwerkelijk de netwerkdoelstellingen zullen uitwerken. Commitment aan de gezamenlijke visie hoeft echter niet te betekenen dat alle stakeholders handelen conform de visiedoelen (fase 2). Zo kunnen stakeholders die een negatieve balans zien tussen de organisatiebelangen en de gezamenlijke visie, barrières creëren voor de verdere ontwikkeling. Ze zullen echter wel aangehaakt blijven om imagoschade – ontstaan door het afhaken bij de proeftuin – te voorkomen. Pas wanneer het belang groot genoeg is, en de samenwerking door de fasen 2 en 3 is versterkt, worden de missie en doelstellingen verbreed vanuit een domeinoverstijgend en regionaal perspectief. Om hierna door te kunnen groeien naar fase 4 is het van belang dat organisatiebelangen soms ondergeschikt zijn aan de netwerkbelangen. Zie de tabellen 3.1 en 3.2 hieronder voor de in te zetten strategieën om respectievelijk de gezamenlijke visie te vormen, en bestuurlijke motivatie te creëren.

Tabel 3.1: Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen van strategie 1 van leidend principe 1 bevorderen en belemmeren

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Ontwikkel een gezamenlijke visie voor preventie, zorg en welzijn en draag deze uit **Bevorderend voor draagvlak** Onvrede met het huidige systeem dat onvoldoende de sense of urgency adresseert in de regio, triggert stakeholders om een gezamenlijke visie te ontwikkelen. Het hebben van een visionair leider in je netwerk, gesteund door financiers, helpt om de urgentie voor een gezamenlijke visie over te brengen. Een gedelegeerde leiderschapsstructuur: het communiceren van de visie door zogenoemde *change agents* in alle lagen van de organisaties triggerde stakeholders om zich bewust te worden van wat de visie en overeenkomstige doelstellingen voor hen betekent en van hen vraagt. Het communiceren en 'branden' van de visie in idealistische en concrete bewoordingen conform de huidige tijdsgeest spreekt meer tot de verbeelding van stakeholders, waardoor de visie wordt ervaren als een duidelijke en verleidelijke boodschap ('*an offer you can't refuse*').	**Benut de 'branding' van het initiatief, gebaseerd op de gezamenlijke visie, als basis voor het versterken van de identiteit en doelen van het PHM-initiatief** **Bevorderend** Het 'label' van de proeftuin/PHM-initiatief als symbool van de verandering speelt meer in op het gevoel van urgentie dan de oorspronkelijke identiteit en doelen van de organisatie.	**Verbreed en verdiep de doelstellingen van de visie met uitbreiding van nieuwe stakeholders en focus op een grotere populatie** **Bevorderend** De uitbreiding met nieuwe stakeholders dwingt alle stakeholders om de visie en doelen voor de regio te bespreken, te heroverwegen en te bestendigen. Als andere stakeholders dan de visionaire leider ook de rol van ambassadeur van de regionale visie op zich nemen, bevordert dit het draagvlak. Vooral als de regionale waarden zijn vertolkt in symboliek en taalgebruik (in bijvoorbeeld beleidsdocumenten) worden deze de norm van de nieuwe ambassadeurs. De (hernieuwde) groei van het belang van preventie en een bredere visie op gezondheid (bijvoorbeeld door concepten als positieve gezondheid) creëert urgentie bij stakeholders. (zie ook paragraaf 3.2) Het hebben van een regionale visie vergemakkelijkt het ambassadeurschap van organisaties die ook een regionale oriëntatie hebben, zoals gemeenten.	**Creëer draagvlak voor de relevantie en verwachtingen rondom systeemverandering** **Bevorderend** Het sociaal domein heeft al ervaring in de financiële gevolgen van systeem veranderingen. Door deze ervaringen en het besef dat het systeem anders moet worden ingericht is er een gedeelde consensus over het feit dat een systeemverandering nodig is, ondanks de mogelijke negatieve (financiële) gevolgen.

Tabel 3.2: Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen van strategie 2 van leidend principe 1 bevorderen en belemmeren

Fase 1	Fase 2	Fase 3
Motiveer bestuurders die in staat zijn de systeemverandering vorm te geven en hier de eigen organisatie in mee te nemen. **Bevorderend** Positieve ervaringen met samenwerking, een gedeelde sense of urgency, consensus over de visie en een grote overeenkomst tussen de doelstellingen van de organisatie en die van het regionale initiatief, bevorderen commitment van leiders om toe te treden tot het initiatief en de gezamenlijke visie	**Motiveer betrokken organisaties en leiders door aansluiting van de visie van het initiatief bij de eigen organisatiebelangen** **Belemmerend voor voortgang samenwerking** Organisaties die al worden bedreigd in hun bestaan en nog meer dreigen te verliezen door de samenwerking in het PHM-initiatief, kunnen bewust barrières opleggen voor verdere ontwikkeling. Dit doen ze omdat ze geen imagoschade willen oplopen door zelf af te haken bij de proeftuin. Individuele organisatiebelangen kunnen in de loop van de tijd veranderen (zoals door faillissement, wisseling bestuurders). Dit beïnvloedt de motivatie van leiders op een negatieve manier omdat de belangen van het PHM-initiatief niet meer passen bij de nieuwe belangen van de organisatie. Dit leidt tot gebrek aan probleemeigenaarschap voor het PHM-initiatief. Inzicht geven in de behaalde resultaten tot dan toe kan leiders mogelijk motiveren om de samenwerking te hervatten. Top down communicatie over een volledige *reshuffle* van zorg, omringd door een opeenstapeling van onzekerheden wat deze *reshuffle* inhoudt, veroorzaakt angst voor verandering. Partijen zijn pas bereid om mee te denken als inzicht wordt verkregen in de randvoorwaarden van het veranderproces, vooral door een financieel onderbouwd sociaal plan, het financieel comfort, het tijdsbestek en de stip op de horizon. Een complexe marktcontext (o.a. een sterke concurrentie binnen de regio), dreigend financieel verlies door beoogde PHM-projecten, onzekerheid door te late betrokkenheid van en onvoldoende communicatie tussen stakeholders creëert onzekerheid bij leiders, ondanks de consensus over de gezamenlijke visie.	**Houd rekening met de verschillen in belangen en doelstellingen van organisaties over de domeinen heen, die van invloed zijn op het commitment van de afzonderlijke organisaties om de samenwerking over de domeinen heen vorm te geven.** **Bevorderend** Stakeholders loslaten wanneer zij om bepaalde redenen niet kunnen deelnemen aan bepaalde projecten (zoals onzekerheid door het niet kunnen dragen van risico's). De overtuiging van de zorgverzekeraar dat investeren in de bredere visie van gezondheid bijdraagt aan gezondheid en behoud van zorgkosten, sluit beter aan bij de doelstellingen van de gemeente. Dit creëert een motivatie bij de zorgverzekeraars om samen te werken met gemeenten. **Belemmerend** Wanneer de zorgverzekeraar een niet voldoende groot marktaandeel heeft in een regio, ontbreekt er stimulans en verantwoordelijkheid bij die zorgverzekeraar om een gezondheidssysteem te realiseren.

3.2 Leidend principe 2: leer elkaar begrijpen en creëer onderling vertrouwen

Relevantie

De stakeholders binnen een netwerk hebben hun eigen taal, normen, waarden en rollen. Dit onderscheid is zichtbaar bij de verschillende beroepsgroepen en over de domeinen heen. Kennis van dit onderscheid heeft invloed op onderling begrip en samenwerking. Het is nodig om deze bestaande rollen, normen en waarden te onderkennen en te overbruggen. Hiermee kan vertrouwen worden gecreëerd om zo tot gezamenlijke verandering te kunnen komen. Er zijn door de proeftuinen twee typen strategieën ingezet om onderling begrip en vertrouwen te kunnen creëren. Als eerste is het van belang bewustwording te creëren van ieders rollen, normen en waarden, zodat onderling begrip kan ontstaan (strategie 1, zie Tabel 3.3). En ten tweede: leer elkaar kennen en investeer daarin om vertrouwen op te bouwen (strategie 2, zie Tabel 3.4).

Proeftuinontwikkelingen

Elkaar leren kennen wordt door de proeftuinen als de basis voor verdere samenwerking beschouwd. De proeftuinen investeren in de onderlinge samenwerking door de fasen heen. Vanaf het begin van de proeftuinen liepen de stakeholders aan tegen de verschillen tussen organisaties en beroepsgroepen. Om deze verschillen te overbruggen, is geïnvesteerd in heidagen en zijn relatief kleine interventies instrumenteel benut. Ondanks deze inzet is in alle ontwikkelvarianten het vertrouwen tussen de actoren gedurende de eerste jaren van de samenwerking gedaald. Bestuurders merkten tijdens deze periode hoe lastig en complex het samenwerken was en dat afspraken niet altijd zo werden uitgevoerd zoals besproken. Hierbij ervaarden de proeftuinen van ontwikkelvariant 2, waarbij vanaf het begin een flink aantal stakeholders participeerde, een grotere uitdaging vanwege de vele actoren met verschillende belangen, normen en waarden. Elkaar begrijpen en vertrouwen was in deze ontwikkelvariant niet met kleine interventies opgebouwd. Daar waar voorheen bepaalde interventies al geïmplementeerd zouden zijn, was extra investering in onderling begrip en vertrouwen nodig. Dat werkte vertragend. De proeftuinen van ontwikkelvariant 1 hebben door de stapsgewijze opbouw tijdig vertrouwen en begrip kunnen opbouwen en konden daardoor succesvol doorgroeien naar fase 3.

...dat je even afkomt van zo'n strakke agenda en de formele setting. Dat helpt ook om elkaar sneller te leren kennen. Elkaar aan te spreken op; […] wat is je belang hierin, waarom wil je dit, waar zitten je angsten of beperkingen? […]meer dat soort fundamentele discussies aan de voorkant voeren. We zijn eigenlijk meer door schade en schande wijs geworden. R3-Interview42

...de allerbelangrijkste leerervaring van mij is geweest dat communicatie en overleg misschien wel alles bepalend is voor het slagen. Begrip voor elkaars positie en elkaars situatie en … daar zit dan een werkmethodiek achter en daar zitten weer belangen achter, daar zit financiering achter; daar zit heel veel. Maar als je wilt samenwerken en je communiceert met elkaar en je overziet elkaars uitdagingen en kansen, dan is er heel veel mogelijk. R3-Interview11

Strategieën door de fasen heen

De bewustwording van ieders rollen, normen en waarden is door de fasen heen op verschillende wijzen van belang, omdat de stakeholders in alle fasen worden 'geconfronteerd' met samenwerking met andere sectoren en domeinen. In fase 1 is het vooral van belang dat de stakeholders zich bewust worden van hun verwachte en gewenste rollen ten opzichte van de gezamenlijke visie en dat ze op basis van eigen normen, waarden en identiteit afwegen of ze zich bij deze visie willen aansluiten. Ook is het relevant dat stakeholders zich bewust worden van de investering die nodig is om elkaar beter te leren kennen. Dit is een lang proces, maar nodig voor een verdere duurzame samenwerking. Naarmate de samenwerking een actievere vorm gaat innemen, in fase 2, zullen de stakeholders worden geconfronteerd met verschillende werkwijzen van de verschillende beroepsgroepen. Naarmate deze beroepsgroepen vaker met elkaar werken en elkaar vaker tegenkomen, biedt dit kansen om vertrouwen te laten groeien en begrip te ontwikkelen voor ieders werkwijzen. In fase 3 wordt de samenwerking uitgebreid en versterkt met nieuwe stakeholders, waarbij wederom vertrouwen wordt opgebouwd. In fase 3 staat een actievere samenwerking met stakeholders uit nieuwe domeinen centraal, waardoor ook hier weer een afweging in rollen en werkwijzen wordt gemaakt.

Tabel 3.3 Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen bevorderen wat betreft strategie 1 van leidend principe 2

Fase 1	Fase 2	Fase 3
Creëer bewustwording voor nieuwe rollen van personen en organisaties binnen het initiatief. [geen input vanuit de proeftuinen verkregen]	**Creëer bewustwording van ieders verschillen in werkwijzen en standaarden** **Bevorderend** Het bestuur van het initiatief draagt nieuwe visie uit en benadrukt onderlinge samenwerking, gezamenlijke verantwoordelijkheid en zelfinitiatief. Dit bevordert de omwenteling in denken o.a. bij het regionaal MKB en burgers naar participatie en zelfinitiatief ('wat kan de maatschappij - de overheid voor mij/de organisatie doen', in 'wat kan ik/de organisatie doen voor de maatschappij'). Beroepsgroepen dienen veel verschillende (inter)nationale standaarden na te leven. Interactie tussen beroepsgroepen waarin de verschillen tussen werkwijzen en standaarden besproken worden, creëert bewustwording van elkaars uitgangspunten en wijze van handelen en leidt tot begrip en/of duidelijkheid. Dit kan een basis zijn voor van consensus over de nieuwe rollen, werkwijzen en uitgangspunten van een gezamenlijk protocol.	**Creëer bewustwording van de normen, waarden en rollen van nieuwe netwerkpartners** **Bevorderend** Nieuwe concepten zoals Positieve Gezondheid, 1 gezin-1 plan-1 regisseur, kunnen gepaard gaan met financiële steun, het opleiden van professionals, en het aanspreken en uitnodigen van burgers op hun zelfredzaamheid. Dit maakt dat professionals en burgers zich meer bewust worden van de eigen normen en waarden en hoe deze zich verhouden ten opzichte van de omgeving.

Tabel 3.4 Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen bevorderen wat betreft strategie 2 van leidend principe 2

Fase 1	Fase 2	Fase 3
Investeer in interactie om ieders perspectief en behoeften te leren kennen als basis voor verdere samenwerking **Bevorderend** In een complexe context waar niet iedereen elkaar kent, is het van belang elkaar te leren kennen. Dit kost tijd, maar hierdoor weet men beter van elkaar wat de bewegingsruimte is voor verdere ontwikkeling. Ondanks de vele ideeën om gezamenlijk aan de slag te gaan is het van belang om eerst te investeren in de onderlinge samenwerking. Partijen leren elkaar en elkaars perspectieven kennen, wat een goede basis is voor samenwerking. **Belemmerend** Belangen van individuele organisaties kunnen gevolgen hebben voor de mate waarin zij de doelstellingen van het regionale initiatief ondersteunen of kunnen invullen. Dit geldt ook voor culturele factoren of andere redenen. Hierdoor wordt niet open gecommuniceerd tussen de stakeholders. Problemen worden dan niet zichtbaar en kunnen niet worden opgelost. Stakeholders hebben geen volledig draagvlak voor de gezamenlijke visie, maar blijven aangehaakt om de bestaande relaties niet te schaden.	**Investeer in interactie om ieders perspectief en behoeften te leren kennen als basis voor verdere samenwerking op operationeel niveau** **Bevorderend** Goede ervaringen in samenwerking en langlopende onderlinge relaties creëren een gunfactor voor de integrale samenwerking. Wanneer verschillende beroepsgroepen die voorheen in verschillende organisaties werkten, met elkaar in eenzelfde locatie gaan samenwerken, creëert dat meer interactie. Met als gevolg meer inzicht in elkaars werkwijze en meer onderlinge afstemming in het nieuwe werkproces.	**Investeer in interactie om het perspectief en de behoeften van nieuwe stakeholders te leren kennen om de samenwerking te bevorderen** **Bevorderend** Heersend wantrouwen en onbekendheid met de belangen door verschillen tussen de domeinen, staan aan de basis van de wens om meer tijd te investeren om elkaar te vertrouwen en begrijpen. Maar het is geen garantie op de gewenste uitkomst van de samenwerking. Bij slecht ervaren samenwerking tussen beroepsgroepen en domeinen kan een dienend leider, die investeert in het opbouwen van een vertrouwensband, de stakeholders motiveren om de samenwerking weer aan te gaan en vertrouwen op te bouwen. Verzekeraar en gemeente hebben elk verschillende doelgroepen, een andere manier van werken en een andere taal. Het proces om elkaar over de domeinen heen te leren kennen, vergt om deze reden andere stappen dan wanneer zij elkaar binnen de domeinen leren kennen. Een historie van bestuurlijke samenwerking in de regio en sterke bestuurlijke regionale overlegtafels die de langetermijnvisie ondersteunen, motiveert partijen het initiatief te ondersteunen. **Belemmerend** Onvoldoende inzicht in hoe het relationele netwerk op te bouwen en wie doorzettingsmacht heeft, hindert om de status quo te veranderen.

3.3 Leidend principe 3: definieer randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoording om zo risico's en successen te delen

Relevantie

In de ontwikkeling naar de Triple Aim ervaren de stakeholders onzekerheid over hun eigen organisatie, zoals over de kosten of het imago van de eigen organisatie. Wanneer in een netwerk wordt samengewerkt, wordt de verantwoordelijkheid voor de eigen organisatie uitgebreid met verantwoordelijkheid over het gezamenlijke initiatief. De bestaande onzekerheden waar organisaties mee te maken krijgen wordt op deze manier vergroot. De onzekerheden kunnen worden verminderd wanneer de stakeholders de gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen het netwerk vastleggen (zie tabel 3.5) .

Proeftuinontwikkelingen

Alle proeftuinen hebben met hun netwerkpartners een convenant getekend. Dit convenant is gebaseerd op een gezamenlijke visie die ze hebben omarmd in fase 1. Gedurende de proeftuinperiode zijn in fase 2, op projectniveau, afspraken gemaakt om risico's en successen te delen. Dit verliep meer dan eens lastig, en is beperkt gebleven tot het delen van financiële successen (*shared savings*). Geen van de proeftuinen is zo ver gekomen dat er afspraken over risico's en successen vanuit een systeembenadering zijn gemaakt. Dit zat er nog niet in, omdat ze geen risico's konden en wilden dragen door gebrek aan inzicht in de te verwachten risico's en successen en/of investeringskapitaal ontbrak.

Ja, verantwoording is ook van belang. Die hebben we gevat in de governance structuren, dus we weten nu duidelijk wie waar verantwoordelijk voor is, […] ook verantwoording in de zin van dat bij vertrek van mensen er een risico is, en dat je niet afhankelijk moet zijn van personen en dat het dus goed is om de governance in structuren vast te leggen, en dat de continuïteit en dus verantwoording is gewaarborgd. R3-Interview40

We hebben geleerd dat je heel structureel moet werken want in het begin deden we dit niet. Je moet […] met vaste formatten werken voor een projectaanvraag. Je moet gedurende het proces ook zeggen van: 'Kom met een tussenevaluatie'. Je moet heel praktische doelen stellen: dan en dan moet iets klaar zijn of dan moet de pilot van start gaan. […] Zorg ervoor dat je een format hebt zodat werkgroepjes belangrijke punten oppakken en daarover terugkoppelen. R3-Interview20

Strategieën door de fasen heen

Voor organisaties die bij de gezamenlijke visie willen aansluiten in fase 1 speelt als een van de overwegingen mee wie in de samenwerking welke verantwoordelijkheid op zich neemt. De organisaties willen om deze reden randvoorwaarden vaststellen over ieders taken en verantwoordelijkheid (zie tabel 3.5). Wanneer deze randvoorwaarden onvoldoende duidelijk zijn, kan dit in fase 2 op operationeel niveau voor miscommunicatie zorgen en voor inefficiënte werkprocessen. Wanneer partners uit verschillende domeinen samenwerken en de verantwoordelijkheden van elke organisatie nog sterker verschillen, is de behoefte aan een gezamenlijk overeengekomen convenant groot. De

mate waarin de partners zich hieraan houden blijkt echter te verschillen en garandeert daarom niet de benodigde zekerheid.

Tabel 3.5 Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen bevorderen wat betreft leidend principe 3

Fase 1	Fase 2	Fase 3
Realiseer acceptatie van gezamenlijke verantwoordelijkheid **Bevorderend** Naast verantwoording voor de eigen organisatie betekent deelname aan het initiatief dat stakeholderorganisaties samen verantwoordelijkheid dragen voor het PHM-portfolio. Het akkoord gaan met de samenwerking maakt dat de betreffende bestuurders ook probleemeigenaarschap ervaren. Dit draagt bij aan de wens naar randvoorwaarden die nodig zijn voor het aansturen van gezamenlijke verantwoordelijkheid op het portfolio, bijvoorbeeld het vormgeven van een convenant.	**Ontwikkel en installeer een verantwoordingsproces waaruit blijkt wie waar verantwoordelijk voor is op bestuurlijk en operationeel niveau** **Belemmerend** Het ontbreken van een verantwoordingsproces onder het nieuwe initiatief en gebrekkige communicatie m.b.t. verwachtingen, maakt dat professionals onvoldoende weten wat van hen wordt verwacht. Hierdoor worden de kennis en incentives om de huidige werkprocessen en rollen te vervangen door nieuwe werkprocessen en rollen onvoldoende benut.	**Houd rekening met de verschillen in nieuwe organisaties en met de bijbehorende verschillen in verantwoordelijkheden en verantwoordingsprocessen** **Bestendigend** Verschillen in handelingsruimte o.b.v. verschillen in verantwoording tussen zorgverzekeraars en gemeenten en de manier waarop zij uiting geven aan deze verantwoording, maakt dat er inzicht nodig is in wie verantwoordelijk is voor wat en hoe en wanneer in het samenwerkingsproces. Dit creëert de wens tot het vastleggen van deze afspraken in de vorm van een convenant. **Bevorderend** Investeren in communicatie (korte lijnen en elkaar leren kennen) tussen partijen m.b.t. verwachtingen, ondersteund door een duidelijke werkagenda, draagt bij aan het adresseren en borgen van de processen en structuren van de samenwerking beschreven in het convenant. **Belemmerend** Een barrière voor het volgen van het convenant zijn bijvoorbeeld vele personele wisselingen. Dit creëert wantrouwen bij de financiers en het in twijfel trekken van het nut van het convenant, waardoor het convenant niet wordt opgevolgd zoals verwacht.

3.4 Leidend principe 4: zorg voor politiek draagvlak en beïnvloed de beleidscyclus

Relevantie van het leidende principe

Binnen de regionale netwerken wordt op een vernieuwende manier samengewerkt. Dit gaat gepaard met onzekerheid over wat kan en mag binnen de huidige systemen. Deze onzekerheid loopt door alle fasen van ontwikkeling heen, al kunnen de knelpunten per ontwikkelingsfase verschillen. Het is van belang deze knelpunten te communiceren met de politiek en beleidsmakers, zodat zij hier op kunnen inspelen en waar nodig ondersteuning kunnen bieden.

Proeftuinontwikkelingen

Proeftuinen hebben gedurende de proeftuinperiode gebruikgemaakt van het platform dat door het ministerie was ingezet. Dit platform bestond uit afgevaardigden van het ministerie van VWS, de NZa, het ZiN, de ACM en de negen proeftuinen. Hierbij is het van belang om vanaf het begin de verwachtingen helder uit te blijven spreken. Het frustreerde bestuurders van de proeftuinen in het begin dat het ministerie hen beperkt ondersteunde bij de proeftuinactiviteiten; ze hadden gehoopt meer steun te ontvangen. Tegelijkertijd heeft het ministerie gedurende de proeftuinperiode de proeftuinen uitgedaagd om de belemmeringen waarvoor ze steun nodig hebben te blijven benoemen. Hieruit kwam een aantal knelpunten naar voren, bijvoorbeeld de vraag welke informatie gedeeld mag worden met het oog op de mededingingswet wanneer anderhalvelijnszorg wordt opgezet. De weg naar ACM en NZa kan worden verkleind door een platform in te richten indien de initiatieven hier aan toe zijn en zich op afspraken richten over vertrouwelijkheid en samenwerking (in plaats van over repercussies). Verwacht wordt dat het gebruik van dit soort platforms zal toenemen wanneer de regio's zich verder ontwikkelen, aangezien de intensiteit van vragen toeneemt in de latere ontwikkelfase.

Ik denk voor een deel de flexibiliteit in het stelsel. Op het moment dat je met nieuwe dingen bezig bent, dan moet je ook met de ACM of de NZa, dat die ook mee gaan bewegen. R3-Interview39

Strategieën door de fasen heen

Onduidelijkheid over de ruimte die er was om te experimenteren binnen de huidige wet- en regelgeving kan de snelheid van de ontwikkeling naar Triple Aim-doelstellingen belemmeren. Een communicatiekanaal in de vorm van een landelijk overleg voor populatiegerichte initiatieven maakt het mogelijk om vroegtijdige spanningen en knelpunten te signaleren en om stappen te ondernemen deze op te lossen. In fase 2, waarin de samenwerking praktisch meer vorm krijgt, lopen de initiatieven om bijvoorbeeld een data- en kennisinfrastructuur vorm te geven tegen onzekerheid op. Vooral ziekenhuizen waren bang voor juridische gevolgen bij het delen van data; zij hadden het meest te verliezen bij imagoschade door privacy-schending. Ook als de samenwerking van het initiatief zich verbreedt in fase 3, is communicatie over knelpunten inzake wet- en regelgeving belangrijk voor bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. Dit is vooral het geval wanneer over de domeinen heen wordt samengewerkt en er vragen ontstaan over wie wat kan en mag financieren. In fase 4 wordt gewerkt aan een

systeemverandering, waarbij momenteel voornamelijk de gemeente aanloopt tegen de systeemgrenzen wanneer deze een integrale werkwijze wil aannemen.

Tabel 3.6 Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen bevorderen m.b.t. leidend principe

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Communiceer op een zo vroeg mogelijk moment hoe en waarom bestaande wet- en regelgeving de nieuwe regionale PHM-afspraken hinderen **Bevorderend** Onduidelijkheid over de precieze experimenteerruimte maakt dat stakeholders zich voortdurend bezighouden met het inventariseren van risico's en mogelijke handelingsruimte. Dit belemmert het (snel) behalen van de doelstellingen. Een communicatiekanaal (bijv. landelijke overleg tafel) om knelpunten naar voren te brengen bij de politiek, biedt de mogelijkheid vroegtijdige spanningen en knelpunten te signaleren en stappen te ondernemen om deze te adresseren. **Belemmerend** ACM wordt als beperkende factor ervaren in het kader van het reorganiseren en integreren van diensten over de domeinen heen, met	**Zorg tijdig voor politiek draagvlak door tijdige communicatie over hoe en waarom de bestaande wetgeving de nieuwe regionale PHM-afspraken hindert** **Bevorderend** Vanuit politiek oogpunt worden de privacywetgeving en het ICT-vraagstuk in de zorg ervaren als een gevoelig dossier, wat maakt dat politiek en stakeholders terughoudend zijn. Het inzetten van de eindgebruiker in de ontwikkeling van een data- en kennisinfrastructuur waarin wordt geëxperimenteerd met het delen van data, zorgt ervoor dat stakeholders, burgers en de politiek meer vertrouwen hebben in het experiment, waardoor er formeel en informeel draagvlak ontstaat. **Belemmerend** De huidige wet- en regelgeving hindert het delen van bepaalde data tussen verschillende stakeholderorganisaties. Stakeholders ervaren dat dit mogelijk juridische gevolgen heeft. Ook ervaren zij dat dit het inzicht in efficiency, kwaliteit en gezondheid hindert, en daarmee de innovatie van het inkoopproces en het shared decision-making proces. Voorlopige oplossingsrichtingen zijn *informed consents* op	**Houd rekening met hoe – bij het uitbreiden van de bestaande samenwerking over de domeinen heen – bestaande wet- en regelgeving de nieuwe regionale PHM-afspraken kunnen hinderen** **Belemmerend** De huidige betaaltitels die vanuit de huidige zorgverzekeringswet zijn opgesteld door de NZa hinderen de beweegruimte van zorgverzekeraars. Voor aanbieders en zorgverzekeraars is er voor nieuwe ontwikkelingen die vanuit de praktijk in eerste instantie een rationeel keuze lijken te zijn, geen ruimte om deze te financieren, aangezien zij geen betaaltitel hebben binnen de bestaande wet.	**Communiceer de knelpunten met de politiek rondom het werken aan een gezondheidssysteem** **Belemmerend** Investering in nieuwe manieren van cliëntbetrokkenheid die beter passen bij het gedachtegoed van positieve gezondheid De gemeente dient zich o.a. te verantwoorden aan de hand van cliënttevredenheids onderzoeken die door het Rijk zijn voorgeschreven ; echter deze sluiten niet aan bij de werkwijze op wijkniveau. Dit belemmert de gemeente de burger integraal te kunnen positioneren in het systeem.

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
name in complexe regio's waar de concurrentie hoog is. Dit creëert onzekerheid over wat wel en niet mag. Sommige toetsingskaders worden in twijfel getrokken, bijvoorbeeld reisafstand als een van de formele toetsingsfactoren van ACM voor fusies tussen ziekenhuizen.	professionalsniveau. De wetgeving wordt echter ook instrumenteel gebruikt door stakeholders als argument om geen data te delen. Het ontbreken van volgbeleid in de regio van het initiatief heeft tot gevolg dat de niet-preferente zorgverzekeraars de contractuele afspraken van de preferente zorgverzekeraar niet hoeven te volgen. Dit hindert de voortgang vooral in een marktcontext waarin het regionaal marktaandeel gelijkelijk is verdeeld over de zorgverzekeraars.		

3.5 Leidend principe 5: zorg ervoor dat de financiële prikkels in lijn zijn met de gezamenlijke doelen

Relevantie

De huidige vormen van bekostiging en contractering stimuleren de stakeholders onvoldoende om aan de Triple Aim te werken. Hoewel binnen het financieringssysteem meer mogelijk is, spelen er momenteel nog te veel risico's en onzekerheden om nieuwe vormen van bekostiging en contractering aan te gaan. Inzicht in, en zekerheid over de mogelijkheden en effecten van nieuwe vormen van bekostiging en contractering zijn nodig zodat de mogelijke baten de risico's overtreffen. De proeftuinen hebben gedurende de proeftuinperiode verschillende bekostigingsvormen ingezet in kleinschalige projecten om daarmee te stimuleren dat aan de gezamenlijke doelen wordt gewerkt.

… wat je dan ziet is dat men het vervolgens binnen zo'n zorgverzekeraar ineens moet gaan hebben over overheveling van budgetten, van de ene poot naar de andere poot. Maar dan nog is tweede lijn en eerste lijn […] oud denken. Er is nog geen nieuw denken. En dat maakt het wel lastig dus je bent steeds aan het kijken hoe je toch even, vanuit de bestaande systematiek eigenlijk een inpassing zoekt voor de nieuwe wereld, terwijl de nieuwe wereld er nog niet is. R3-Interview17

…volgens mij heeft iedereen wel scherp dat niks zo status quo versterkend is als een bekostiging, omdat het natuurlijk direct belangen raakt. Alleen, dat vereist ook wel dat je dat anders organiseert. Weet je, en dan kun je natuurlijk bekostiging gebruiken om die ontwikkeling te versterken maar je moet eerst in de basis wel weten hoe je dat dan gaat doen. […] Nou, ik denk dat we volgend jaar eraan toe zijn om te kijken; kunnen we dan naar een ander bekostigingssysteem per 2019 of zo. Dat kostte toch even tijd. En dan heb ik het over misschien wel het moeilijkste domeinoverschrijdend hè. Dat was niet binnen een kolom of binnen een vakgroep of zo. R3-Interview24

Proeftuinontwikkelingen

In de proeftuinen zijn verschillende pogingen gedaan om nieuwe manieren van bekostiging en financiering in te zetten. Bij de start van de proeftuinen bestonden er plannen om *shared savings* op proeftuinniveau vorm te geven. Dit bleek echter te complex en is weer losgelaten. De proeftuinen die stapsgewijs zijn ontwikkeld naar een bredere regionale visie, variant 1, werken de laatste jaren gezamenlijk aan de bekostiging van domeinoverstijgende interventies door gemeente en zorgverzekeraar. Varianten 2 en 3 zijn vooralsnog gefocust op financiering vanuit de Zvw, waarbij bijvoorbeeld meerjarencontracten worden ingezet om de substitutie-interventies vorm te geven.

Strategieën door de fasen heen

In fase 1 van de samenwerking zijn tijd en kennis ingezet om mogelijkheden voor nieuwe bekostigingsvormen inzichtelijk te krijgen. Stakeholders bleken enthousiast te worden door het idee van *shared savings* om financiële opbrengsten binnen het initiatief in te zetten voor nieuwe, innovatieve projecten die bijdragen aan het behalen van de Triple Aim. Wanneer het idee voor nieuwe vormen van bekostiging is gecreëerd, wordt in fase 2 gekeken naar de benodigde randvoorwaarden. Belemmerende en bevorderende factoren die van invloed zijn op de bekostiging zijn te zien in tabel 3.7. Om in fase 3 een bredere samenwerking te faciliteren, worden de nieuwe vormen van bekostiging stapsgewijs ingezet. Bij het doorzetten naar fase 4, een systeemverandering, is het van belang om de randvoorwaarden voor de systeemverandering met betrekking tot de bekostiging in kaart te brengen en te organiseren.

Tabel 3.7 Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen bevorderen wat betreft leidend principe 5

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Investeer tijd en kennis in nieuwe vormen van beloning die de risico's van financiële samenwerking overtreffen **Bevorderend** Het doel om de financiële opbrengsten van de samenwerking binnen de initiatieven terugbrengen naar de regio, maakt stakeholders	**Creëer randvoorwaarden om nieuwe vormen van bekostiging en financiering mogelijk te maken** **Bevorderend** Het doorlopen en ontwikkelen van de zorg en ondersteuningsketen vanuit het perspectief van de patiënt noodzaakt te bepalen wie en hoeveel moet worden betaald voor welke actie / uitkomsten, en of *shared-savings* incentives en nieuwe bekostigingsmodellen	**Organiseer een gefaseerde kanteling naar nieuwe vormen van bekostiging en financiering** **Bevorderend** Door meer inzicht te hebben in waar efficiency ligt binnen de zorgketen, kunnen besparingen worden ingezet op preventie. Aldus wordt verbinding gezocht met gemeenten om in enkele wijken de verbinding tussen de verschillende domeinen te realiseren. Verschillen in de handelingsruimte en	**Organiseer randvoorwaarden om systeem-overstijgende bekostiging mogelijk te maken** **Bevorderend** Met het oog op het gezondheidssysteem, en het wijkgericht samenwerken is er de wens naar nieuwe afspraken rondom financiële verantwoording van alle betrokken partijen. Er wordt een financieringsoverleg geïnstalleerd binnen nieuwe governance structuur en

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
enthousiast om samen te werken om diensten te reorganiseren en integreren. Het vergt tijd en kennis om te ontdekken hoe financiële opbrengsten van investeringen in het initiatief kunnen worden opgehaald, opnieuw kunnen worden ingezet en met welk doel.	van toepassing zouden kunnen zijn. Stakeholders discussiëren over hoe alternatieve incentives en betalingsmodellen daadwerkelijk de betaling voor de verleende dienst bepalen, evenals hoe besparingen kunnen worden gebruikt ter ondersteuning van een continue cyclus van herinvesteringen in interventies. Het identificeren en prioriteren van de interventies die snel ROI geven, leidt tot snelle resultaten en tot enthousiasme en erkenning van het PHM-initiatief en haar bestuur. **Belemmerend** Het aanboren van de juiste connecties binnen de zorgverzekeraar is nodig om nieuwe vormen van financiering voor innovatie te bewerkstelligen. Dit werkt vertragend voor de ontwikkeling. De visie van de zorgverzekeraar en de eisen die de zorgverzekeraar stelt vooraleer ruimte te geven aan innovatie, zoals een positieve business case, leiderschap en data-driven monitoring, kosten tijd.	verantwoording tussen gemeenten en zorgverzekeraars beïnvloeden het regionaal financieel investeringsklimaat. Door als financier de lead te nemen in financiering en/of door concurrentie te creëren door financiers in het netwerk te betrekken, kan dit de andere financier beïnvloeden om ook bij te dragen aan het initiatief. Het idee van *shared savings* creëert een incentive voor multidisciplinaire samenwerking, met de hoop op ROI op termijn. Het vormgeven van meerjarencontracten biedt comfort voor ziekenhuizen om de transitie aan te kunnen gaan. **Belemmerend** Comfort middels meerjarencontracten kan discomfort behelzen voor overige providers, omdat zij niet exact de inhoud van de contracten kennen en de gevolgen die het brengt, en omdat eerste lijn niet deelneemt in meerjarencontracten. Complexiteit van het vormgeven en uitbetalen van *shared savings* zorgde ervoor dat zorgverzekeraars in eerste instantie terughoudend zijn geweest.	processen. Ook wordt een proces ingericht waarin tijdig dingen worden aangedragen om het proces bij te kunnen sturen en waarin business cases kunnen worden opgesteld onder de projecten, die worden doorgerekend, waardoor verrekening in latere instantie mogelijk is.

3.6 Leidend principe 6: waarborg een verbetercyclus door een data- en kennisinfrastructuur op organisatie- en regioniveau te ontwikkelen

Relevantie

Om te weten welke interventies ingezet moeten worden, is inzicht nodig in de gezondheid, in de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning, en in de kosten van de populatie. Op dit moment ontbreekt een data- en kennisinfrastructuur om analyses uit te voeren op populatieniveau. Dit creëert onzekerheid en discussie over de te implementeren interventies. De proeftuinen geven aan hoe belangrijk het is tijdig een data- en kennisinfrastructuur te ontwikkelen als basis van een continue verbetercyclus.

Proeftuinontwikkelingen

Vanuit de proeftuinen zijn verschillende pogingen gedaan om te werken aan de benodigde data- en kennisinfrastructuur. Een van de proeftuinen van ontwikkelingsvariant 1 heeft de ontwikkeling van een data- en kennisinfrastructuur vanaf het begin als speerpunt benoemd. Ook de andere proeftuinen in ontwikkelingsvariant 1 bouwen vanaf 2017 meer aan een data- en kennisinfrastructuur. Dit komt doordat deze proeftuinen het benodigde draagvlak en vertrouwen hebben opgebouwd om gezamenlijk deze nieuwe ontwikkeling in data- en kennisinfrastructuur aan te gaan. De proeftuinen die ontwikkelingsvarianten 2 en 3 hebben doorgemaakt, hebben de pogingen om een bredere data- en kennisinfrastructuur te ontwikkelen vooralsnog gestaakt. Zij focussen zich voornamelijk op de benodigde infrastructuur op interventieniveau.

En heel praktisch, als je ziet hoe ingewikkeld het is om data te verzamelen in de tweede lijn en te koppelen aan ons, dat wil je niet weten hoeveel werk en energie dat gekost heeft. […] ik moet kunnen sturen op kleinere onderdelen en ook kort cyclischer kunnen sturen. […]. Ja, daar hebben wij te makkelijk over gedacht. We hebben gedacht: dat doen we wel ergens. Maar de tijd, geld en energie die daar mee gemoeid gaat hebben we dus onderschat. Terwijl dat een belangrijke randvoorwaarde is om dat te laten slagen. R3-Interview42

Strategieën door de fasen heen

Bij de totstandkoming van de gezamenlijke visie en het populatiegerichte initiatief in fase 1, kan een data- en kennisinfrastructuur de basis vormen voor het verkrijgen van de benodigde inzichten in welke speerpunten kunnen en moeten worden aangepakt in de regio. In de eerste jaren van de proeftuinperiode hebben de bestuurders vooral pragmatisch voor interventies gekozen en nog niet op basis van de mogelijke effecten ervan op de Triple Aim (zie tabel 3.8 voor de toegepaste strategieën). Wanneer in fase 2 actiever wordt samengewerkt en het initiatief wordt vormgegeven, kan bewustwording worden gecreëerd voor het belang van de data- en kennisinfrastructuur. Bijvoorbeeld om de benodigde informatie voor *informed decision-making* te leveren. Zodra het belang van de data- en kennisinfrastructuur wordt ingezien, kan in fase 3 met de benodigde infrastructuur en tools worden geëxperimenteerd in kleinschalige pilots. Deze kunnen vervolgens uitgebreider worden ingezet in fase 4.

Tabel 3.8 Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen bevorderen wat betreft leidend principe 6

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Houd rekening met de benodigde financiering en expertise om een data- en kennisinfrastructuur te kunnen vormgeven **Belemmerend** Gebrek aan voorfinanciering voor een data- en kennisinfrastructuur of backoffice, in combinatie met de kortetermijnfinanciering van projecten door de zorgverzekeraar, maakt dat stakeholders geen directe prikkel ervaren voor een financieel plan voor de lange termijn. Gebrek aan bottom up expertise over de inhoudelijke en financiële onderbouwing. Daarnaast leidt een gebrek aan voorfinanciering voor de data- en kennisinfrastructuur ertoe dat stakeholders ongewenste risico's nemen om capaciteit en financiering toe te wijzen die niet was voorzien, om de voortgang niet te veel te vertragen. Een verschil bij stakeholders in prioritering en keuze van indicatoren en afkappunten voor het aantonen van effectiviteit, creëert onderling wantrouwen en werkt vertragend op de voortgang van ontwikkeling van gezamenlijke data- en kennisinfrastructuur.	**Creëer bewustwording van de relevantie van data en kennis om besluitvormingsprocessen te verbeteren en werkprocessen en rolverdelingen te vernieuwen** **Bevorderend** Onvrede over de huidige systemen om data te delen en de wens om inzicht te krijgen in effectiviteit van zorg, creëert de behoefte om kennis en capaciteit te investeren en eigen tools te ontwikkelen om data te delen. Het opheffen van de informatie-asymmetrie doordat uit verschillende systemen data wordt benut, stimuleert data-analyse en bewustwording en inzicht in de betekenis van de data. De wisselwerking tussen technici en professionals, leidt tot steeds meer inzicht in verbeterpunten om de TA te bereiken.	**Ontwikkel (business intelligence) tools waarbij mogelijkheden voor een andere manier van werken en financiering aan het licht komen** **Bevorderend** Het draagvlak voor pilots die met de tool experimenteren, wordt groter door professionals vroeg bij dit veranderproces te betrekken en duidelijkheid te creëren over het einddoel van inzet van deze tool.	**Zet nieuwe (business intelligence) tools in om te bevorderen dat de patiënt / burger meer verantwoordelijkheid krijgt in het systeem** **Bevorderend** Inzet van een tool creëert de mogelijkheid voor de patiënt om meer verantwoordelijkheid te nemen. Dit vergt een cultuurverandering en een andere manier van werken. Voor professionals en organisaties creëert het de mogelijkheid om het besluitvormingsproces aan te passen voor een optimale behandelrelatie. Ook zijn efficiëntere keuzes mogelijk in het inkoopproces.

3.7 Leidend principe 7: creëer inzicht in burgerperspectieven en maak ruimte voor burgerparticipatie

Relevantie

Inzicht in de behoeften van de burger wordt belangrijker door de nieuwe visies op gezondheid (positieve gezondheid, van ZZ naar GG, et cetera), maar ook door de nieuwe rol van de gemeenten vanwege de decentralisatie in de zorg, de vermaatschappelijking en de toenemende vraag naar zorg. De regio's hebben echter moeite deze behoeften inzichtelijk te krijgen en om burgers of burgervertegenwoordiging erbij te betrekken. Om deze reden spannen de proeftuinen zich in om de inbreng van de burgers te organiseren (zie tabel 3.9).

Proeftuinontwikkelingen

Op één na streefden alle proeftuinen er vanaf de start naar om burgers nauw bij het initiatief te betrekken. De mate waarin dit gebeurde wisselde tussen de proeftuinen en gedurende de proeftuinperiode van een raadplegende rol tot een besluitvormende rol. In veel proeftuinen is Zorgbelang betrokken om het patiënten perspectief te vertegenwoordigen, hier zijn wisselende ervaringen mee. Ook heeft een van de proeftuinen een coöperatie ingericht waarin polishouders aan het roer staan van hun eigen zorg en welzijn. Als leden van de coöperatie zouden burgers zelf kunnen bepalen welke projecten financiering krijgen en vervolgens in de polis komen. De gedachte is dat ook projecten over preventie hierdoor steeds meer gefinancierd kunnen worden. De vormgeving van burgerinput is niet cruciaal geweest in de ontwikkeling van de proeftuinen door de verschillende fasen. Wel zorgt de focus op de behoeften van de burger ervoor dat men zich meer bewust wordt van het belang van innovatieve projecten die over het zorgdomein heen reiken. De gezondheid van de burger wordt namelijk ook vanuit andere domeinen beïnvloed. Op deze manier kan input van de burger van belang zijn voor de proeftuinen van variant 1, waar samenwerking is uitgebreid buiten het zorgdomein en die klaar zijn voor verdere ontwikkeling naar een gezondheidssysteem.

Het is van de burger en voor de burger. Het is allemaal geld van die burger en je doet het voor die burger. En als we hier iets kunnen regelen dat die burger ook weer een beetje een sterkere plek krijgt. Die kan nu alleen maar zeggen van; dit is een polis, die wil ik hebben […] en voor de rest heeft hij er niet zo gek veel over te vertellen. Als je dat sterker kan maken in de sturing van de gezondheidszorg met name in de sturing van de preventie, en je kan dan, en daarom denk ik dat die coöperatie belangrijk is, de medische wereld en de gemeentelijke wereld aan elkaar koppelen…. R3_Interview33

Strategieën door de fasen heen

De proeftuinen hebben vanaf fase 1 erop ingezet om inbreng van burgers te organiseren en zo de behoefte van de burger inzichtelijk te krijgen. In fase 2 wordt ook de samenwerking met burgers (of hun vertegenwoordigers) vormgegeven door de burger(vertegenwoordiging) in de stuurgroep van de proeftuinen te laten plaatsnemen. Bij een bredere, regionale focus wordt het besef van het belang om burgers te betrekken nog groter, en dient het burgerperspectief als focus voor de verdere regionale samenwerking. In fase 4 wordt de rol van

burger(vertegenwoordiging) geïntegreerd in de regionale gezondheidsszorg, aangezien de zorg meer rondom de burger vormgegeven zal worden.

Tabel 3.9 Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen bevorderen wat betreft leidend principe 7

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Organiseer inzicht in en input van burgerperspectieven in het PHM-initiatief **Bevorderend** Doordat niet duidelijk is wat de populatie definieert als beste zorg, ontstond de wens om te inventariseren wat de behoeften van de burgers zijn. Er is belangstelling voor de input van burgers-patiënten, en over vormgeving wordt nagedacht. Burgerperspectief wordt niet altijd op tijd in het proces meegenomen. De organisatie van burgerinput om het traject van zorginkoop aan te passen, vergt creatief denken van de organisaties over statutaire regels en financiering. Door nieuwe technologische mogelijkheden kan de burger zelf invloed hebben op de gezondheid. Dit creëert de verwachting bij de burger dat hij/zij co-creator van zijn/haar gezondheid kan worden. Informeren van burgers helpt hen om een actievere rol aan te nemen in de organisatie van een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Onbekendheid met hoe burgerinput en representatie georganiseerd kan worden, creëert een zoektocht langs nationale en regionale organisaties die patiëntengroepen vertegenwoordigen om input en representatie van burgers-patiënten te organiseren binnen het PHM-initiatief.	**Organiseer bestuurlijke representatie van burgers in het PHM-initiatief** **Belemmerend** De organisatie van inzicht in patiënten- en burgerperspectieven door Zorgbelang, vraagt expertise om deze rol te vervullen en de bereidwilligheid van andere stakeholders om Zorgbelang te betrekken bij de start van de samenwerking.	**Zet het belang van het burgerperspectief in als overkoepelende focus voor regionale samenwerking** **Bevorderend** Het vormgeven van samenwerking tussen de huidige en nieuwe stakeholders, met het concept positieve gezondheid als uitgangspunt, is complex. De stakeholders worden zich er hierdoor van bewust dat burgerinput van belang is om gezamenlijke prioriteiten te stellen voor deze samenwerking	**Integreer de rol van burgers in het vormgeven van de regionale gezondheidszorg** **Bevorderend** Het organiseren van inspraak van burgers in de regionale organisatie van gezondheidszorg, en het onafhankelijk maken van het PHM-initiatief en de burgers van de verzekeringspolis, creëert de vraag naar een gezamenlijke ontwikkeling van een regiopolis. Er wordt een speciale burgercoöperatie opgericht om de burgers als verzekerden van de polis zeggenschap te geven over hun zorg. **Bestendigend** Het plaatsen van burgers naast zorgverzekeraars met lokale voordelen voor burgers, vinden zorgverzekeraar niet passend vanwege van het landelijk solidariteitsprincipe. Daarom kiest de zorgverzekeraar voor een regionaal ontwikkelingstraject waarin BRAVO-thema's worden opgenomen in de polis, in de vorm van een spaarprogramma in plaats van een regiopolis.

3.8 Zet passende bestuurlijke representatie en leiderschap in om de beweging naar de gezamenlijke doelen te behouden en/ of te versnellen

Relevantie van het leidende principe

Doordat de beweging naar een gezondheidssysteem complex is en veel tijd kost, is het van belang om behalve eerst interesse te wekken voor een gezamenlijke visie, het draagvlak gedurende de beweging te behouden. De proeftuinen hebben verschillende strategieën ingezet om de ontwikkeling naar de gezamenlijke doelen te beïnvloeden, namelijk het inzetten op de juiste vorm van leiderschap (Tabel 3.10), en het maken van een keuze in representatie van de stakeholders (Tabel 3.11).

Proeftuinontwikkelingen

Het type leiderschap heeft in de proeftuinen invloed gehad op de ontwikkeling die ze hebben doorgemaakt. Zo ontbrak in ontwikkelingsvariant 2, waarbij snel ingezet werd op een brede regionale visie, zowel visionair leiderschap als gelaagd leiderschap (leiderschap gedragen in alle lagen van de organisatie of het netwerk) om draagvlak voor deze visie te behouden en het initiatief verder te ontwikkelen. In variant 3 ontbreekt tot op heden leiderschap dat de urgentie aangeeft om de samenwerking binnen het zorgsysteem te verbreden naar samenwerking binnen een gezondheidssysteem. In de proeftuinen die zich stapsgewijs hebben ontwikkeld, ontwikkelvariant 1, stond telkens visionair leiderschap aan de start van deze ontwikkeling. Gedurende de verdere ontwikkeling van deze proeftuinen is deze visie geborgd bij meerdere bestuurders en is gelaagd leiderschap ontstaan.

Nou, wat ik denk wat echt wel het belangrijkste is over de hele periode is persoonlijk leiderschap, persoonlijk initiatief. Om dingen voor elkaar te krijgen. Je zit natuurlijk met organisaties rond de tafel en het is gewoon cruciaal dat er binnen die organisatie de personen ook op de juiste positie echt met elkaar door willen en door willen pakken.
R3_Interview9

Strategieën door de fasen heen

Door de fasen van het populatiegerichte initiatief heen worden verschillende typen leiderschap ingezet. Zo wordt in fase 1 leiderschap ingezet die de bestuurders kan motiveren deel te nemen aan het initiatief, een visionair leider bijvoorbeeld (zie leidend principe 1). In fase 2 kan gedelegeerd leiderschap zorgen voor voldoende motivatie van de bestuurders om zich te gedragen conform de gezamenlijke visie. Het gemis van strategisch leiderschap kan de voortgang van het initiatief belemmeren. Naarmate het initiatief zich verder ontwikkelt naar een regionale visie, verandert de rol van het leiderschap. Er zijn dan meer kartrekkers die de visie delen en uitdragen en die zo de beweging en visie op gang houden (zie Tabel 3.10).
In de ontwikkeling van een idee voor een gezamenlijke visie op een toekomstbestendig gezondheidssysteem naar een daadwerkelijk gedragen regionale visie, ontwikkelt zich ook het netwerk van betrokken stakeholders. De keuze hoe groot dit netwerk in te steken bij de start van het initiatief, in fase 1, verschilde per proeftuin. Starten met een te grote groep stakeholders, met ieder eigen belangen en wensen, bleek de ontwikkeling van het initiatief te vertragen. In de grootte van de

stuurgroep wordt idealiter een balans gezocht. Wanneer het PHM-initiatief zich namelijk verder ontwikkelt richting de gedragen regionale visie in fase 3, is het efficiënt om parallel aan de wat compactere stuurgroep al nieuwe stakeholders te betrekken bij de visie. Wanneer in fase 4 aan de eerste vormen van systeemverandering wordt gewerkt, zullen nieuwe governance structuren nodig zijn om de verschillende actoren en verantwoordingsvormen een rol te kunnen geven (zie Tabel 3.11).

Tabel 3.10 Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen bevorderen wat betreft strategie 1 van leidend principe 8

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Zet passend leiderschap in om stakeholders te motiveren en aan te laten haken bij de gezamen-lijke visie **Bevorderend** Charisma, expertise, het kunnen inzetten op het persoonlijke netwerk en het inzetten van de juiste taal en beeld voor het neerzetten van de visie, zorgde ervoor dat de visionaire leiders in staat waren stakeholders te motiveren voor de gezamenlijke visie.	**Zet het juiste type leiderschap in om de beweging van het PHM-initiatief te bevorderen** **Bevorderend** Door de vaardigheden, kennis en expertise van programmamanagers of experts in te zetten, fungeren zij als 'verbinders' of zorgen zij voor escalatie- en facilitatiemogelijkheden tussen de personen – op bestuurlijk-operationeel niveau – en tussen organisaties die deelnemen aan het PHM-initiatief. Dit motiveert stakeholders, waardoor gedrag kan worden bijgesteld en geschillen kunnen worden beslecht zonder de werkrelatie te schaden. Ook kan informatie worden verspreid door de gelaagde PHM-structuur. **Belemmerend** In de regio bevinden zich veel actoren; ieder zit met eigen belangen en kaders aan tafel. Er miste top-down leiderschap, waardoor er onduidelijk was wie de 'baas' was. Samenwerking kwam moeilijk van de grond doordat kaders misten. Een krachtige leider die dicht bij het vuur zit (landelijke wetgeving en beleid), hielp dingen voor elkaar te krijgen. Het bestuur was hierdoor namelijk bijtijds op de hoogte was wat er zou gaan gebeuren.	**Houd rekening met een veranderende leiderschapsrol door steun van nieuwe ambassadeurs van het initiatief** **Bevorderend** De beweging van het PHM-initiatief wordt op gang gehouden door enkele kartrekkers. Deze kartrekkers hebben bijvoorbeeld ervaring in langdurende projecten, zijn dromers, doeners en denkers ineen, en kunnen de lagen onder hen ook meekrijgen. Continuïteit ontstaat door ervoor te zorgen dat de beweging door verschillende kartrekkers en lagen wordt gedragen, zodat dit niet afhankelijk is van één persoon.	**Houd rekening met de benodigde governance structuren wanneer door meerdere domeinen wordt samengewerkt** **Bevorderend** Bij het vormgeven van een wijkpilot zijn er nog veel vragen over hoe de governance moet worden vormgegeven, vanwege de vele verschillende verantwoordingseis en van de diverse actoren; dit creëerde vertraging en hiervoor werd een externe partij ingezet om tot een voorstel voor een goede governance structuur te kunnen komen.

Tabel 3.11 Factoren die de ontwikkeling tussen de fasen bevorderen wat betreft strategie 2 van leidend principe 8

Fase 1	Fase 2	Fase 3
Houd rekening met de remmende factor van een grote bestuurlijke laag **Bevorderend** De ervaring is dat het collectief een remmende factor is (elkaar leren kennen duurt lang). Met kleine werkgroepen om de tafel zitten werkt beter dan met grote werkgroepen: er worden sneller stappen gemaakt.	**Installeer de juiste mensen op het juiste moment in de stuurgroep** **Bevorderend** De kennis en expertise van apothekers is nodig om quick wins te behalen op het voorschrijven van medicatie. De verwachting is dat de veranderende rol van apothekers steeds belangrijker zal worden om efficiënter te werken. Door apothekers in de stuurgroep te zetten, raken deze stakeholders meer betrokken bij de huidige projecten en is de ontwikkeling van de expertise van deze stakeholders in de verdere ontwikkeling van de proeftuin veiliggesteld.	**Werk parallel in een kleine stuurgroep en breid samenwerking met stakeholders uit** **Bevorderend** Alleen werken in kleine coalitie heeft ervoor gezorgd dat het tijd kostte om aanvullende stakeholders mee te nemen in de beweging. Door met een 'schillenmodel' te werken kan de beweging worden versneld (door besluitvorming in kleine coalities), maar worden parallel ook andere partijen al meegenomen in beweging.

3.9 Overall analyse proeftuinen

Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 2 kan de ontwikkeling van de proeftuinen worden beschreven aan de hand van drie ontwikkelingsvarianten:

1. variant 1: stapsgewijze opbouw naar een gezondheidssysteem;
2. variant 2: herbezinnen na (te) grote stappen richting een gezondheidssysteem;
3. variant 3: blijvende focus op verbetering van het zorgsysteem (zie figuur 3.1).

Uit de analyse van de interviews, documenten en actualisaties blijkt dat de proeftuinen binnen de drie varianten verschillend hebben ingezet op de acht leidende principes. Deze verschillen helpen verklaren waarom de drie ontwikkelingsvarianten van elkaar verschillen, en hoe, wanneer en welke inzet op elk leidend principes wordt aangeraden. De ontwikkeling van de proeftuin door de fasen overall (zie figuur 3.1) kan per leidend principe dus variëren.
De acht leidende principes staan niet op zichzelf, maar zijn onderling afhankelijk van elkaar. Onderstaande trends dienen te worden gelezen als een versimpeling van de complexe realiteit waarin de regionale samenwerkingsverbanden zich begeven.

Een basis op draagvlak, vertrouwen en leiderschap is nodig voor duurzame samenwerking

De proeftuinen in variant 1 hebben, in tegenstelling tot varianten 2 en 3, de ontwikkeling kunnen maken naar domeinoverstijgend werken, en maken voorzichtig de eerste stappen naar het ontwikkelen van een gezondheidssysteem in plaats van een zorgsysteem. Waar de proeftuinen van variant 1 met varianten 2 en 3 lijken te verschillen, is op de inzet op van drie leidende principes: draagvlak voor een gezamenlijke visie, onderling begrip en vertrouwen, en leiderschap. Gebrek aan een stapsgewijze inzet op deze drie leidende principes kan zorgen voor een terugval of vertraging in de voortgang van de ontwikkeling. Zo zijn de proeftuinen in variant 2 met een vrij brede regiovisie gestart. De groots opgezette doelen bleken nog een te grote stap voor de stakeholders van de proeftuinen, mede door het risico om in te boeten op invloed, macht of gevestigde (organisatie)belangen (ook financieel). Deze proeftuinen zijn uiteindelijk uiteengegaan in kleinere samenwerkingsverbanden. De proeftuinen in variant 3 zijn begonnen met een minder brede visie en hebben in vergelijking met de proeftuinen van variant 2 relatief snel ingezet op samenwerking op interventies die bijdragen aan verbetering van het zorgsysteem; echter ook hier speelden de verschillende werkwijzen en belangen een rol in de snelheid en richting van de ontwikkeling. Eén van deze proeftuinen is, net als de proeftuinen van variant 2, uiteengegaan in gelegenheidscoalities.

Inzet op gezamenlijke verantwoordelijkheid, alternatieve bekostiging en financiering, en een data- en kennisinfrastructuur wisselt per ontwikkelingsvariant

Met het oog op een toekomstbestendig gezondheidssysteem werken de proeftuinen aan een populatiegerichte aanpak waarbij meerdere domeinen zich gezamenlijk inzetten voor de gezondheid van de populatie. Naast inzet op leiderschap, draagvlak en onderling vertrouwen, vraagt een stabiele ontwikkeling naar een gezondheidssysteem ook om het dragen van gezamenlijke verantwoordelijkheid, om inzet op nieuwe vormen van bekostiging en financiering, en een data- en kennisinfrastructuur die zich ontwikkelt in lijn met de ontwikkeling van het populatiegerichte initiatief. Naarmate met meer domeinen wordt samengewerkt, zoals in variant 1, spelen deze factoren een grotere rol. De inzet op het vormgeven van gezamenlijke verantwoordelijkheid loopt parallel aan de breedte van de focus van de proeftuinen (zorginhoudelijk gericht, of domeinoverstijgend). Nieuwe bekostigingsvormen worden gezocht om financiering over de domeinen heen mogelijk te maken. Er wordt ingezet op het ontwikkelen van een gezamenlijke data- en kennisinfrastructuur, om een beter inzicht te krijgen in de gezondheid van de populatie en deze inzichten te delen over de domeinen heen, om zo de gezondheid van de regionale populatie te verbeteren. De proeftuinen in variant 2 en 3 zetten nog niet in op alternatieve bekostigingsvormen, en richten de data- en kennisinfrastructuur nog voornamelijk op het delen van data binnen het zorgdomein.

Nog onvoldoende zicht op welke strategieën in te zetten voor de ontwikkelingsfasen 4 en 5

Binnen enkele proeftuinen zijn al stappen gemaakt om in fase 4 van de ontwikkeling naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem te komen. Zo is een burgercoöperatie opgezet in een proeftuin en heeft een andere proeftuin een business intelligence tool ontwikkeld. Echter, geen van de proeftuinen heeft de volledige transitie naar fase 4 ingezet. Deze proeftuinen moeten zich nog verder ontwikkelen in fase 3 op gebieden als draagvlak, het inzetten van nieuwe vormen van bekostiging en financiering en het verder ontwikkelen van een data- en kennisinfrastructuur. Echter, wat volgens bestuurders de stap tot een transitie uiteindelijk tegenhoudt, zijn onzekerheid en een gebrek aan urgentie. De mate van inzet op de combinatie van de acht leidende principes is afhankelijk van de urgentie die wordt gevoeld om naar een gezondheidssysteem toe te werken. Meerdere bestuurders verwachten dat door een sterkere ondersteuning en stimulans vanuit beleid en politiek alsook het betrekken van burger(perspectieven) de ontwikkeling naar het gezondheidssysteem verder kunnen brengen.

Figuur 3.1: Visualisatie van de drie ontwikkelvarianten van de proeftuinen

4 Inzicht in ontwikkeling van gezondheid, kwaliteit van zorg en (kosten)groei

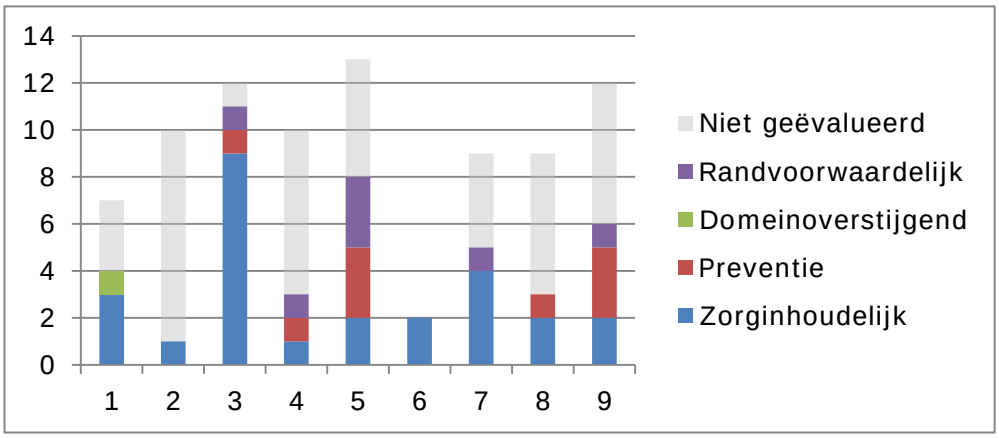
Dit hoofdstuk bevat een overzicht van hoe de proeftuinen hun verbetercyclus en evaluaties hebben vormgegeven. Tevens worden de resultaten van de interventies binnen de proeftuinen beschreven. Het overzicht is gebaseerd op de beschikbaar gestelde informatie over de interventies en de evaluaties zoals deze door de proeftuinen zelf zijn uitgevoerd en aangeleverd. De term evaluatie is hierbij breed opgevat, variërend van interne procesevaluaties tot wetenschappelijke onderzoeken. De beschikbare evaluaties zijn gedetailleerd weergegeven in Bijlage 5, bij de beschrijving van de interventies.

Resultaten op populatieniveau nog niet te verwachten
De interventies binnen de proeftuinen hebben, tegen de eerdere verwachtingen in, nog een beperkte schaalgrootte. Bij de start van de proeftuinen in 2013 leefden er hoge verwachtingen van de te behalen effecten op gezondheid, kwaliteit van zorg en welzijn en kosten(groei)van de proeftuinpopulatie. Na anderhalf jaar ervaring zijn deze verwachtingen bijgesteld. In de afgelopen vijf jaar hebben de proeftuinen erop ingezet om met relatief kleine interventies eerst het benodigde draagvlak, vertrouwen, maar ook een data- en kennisinfrastructuur en de benodigde bekostigingsvormen te ontwikkelen voordat ze resultaten op populatieniveau kunnen realiseren. De interventies van de proeftuinen zijn daarom vooralsnog gericht op subpopulaties, zoals specifieke patiëntengroepen of bepaalde risicogroepen in de regio. Enkele interventies die zijn opgezet om de hele populatie te bereiken, bijvoorbeeld een online community portal, blijken nog beperkt te worden opgepakt door de lokale bevolking.

Beperkt zicht op ontwikkeling van gezondheid, kwaliteit van zorg en (kosten)groei
Tot op heden hebben de proeftuinen nog beperkt inzicht in de ontwikkeling van gezondheid, de kwaliteit van zorg en (zorg)kosten binnen hun regio. Een aantal proeftuinen is begonnen met analyses van de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten; echter alleen de proeftuin Gezonde Zorg, Gezonde Regio heeft deze analyses gebruikt bij de keuze en uitvoering van de interventies. Friesland Voorop heeft geprobeerd een data-infrastructuur over de verschillende domeinen in te richten, maar dit is niet geïmplementeerd. De overige proeftuinen hebben veelal een specifieke analyse (business case) uitgevoerd die is gebruikt om bepaalde interventies te ontwikkelen. Een populatiegerichte infrastructuur om de verbetercyclus in een proeftuin te voorzien van de benodigde informatie ontbreekt nog. Nu een aantal proeftuinen in zijn processen doorgroeit naar regionalisatie en transformatie, wordt hierin in toenemende mate geïnvesteerd.

Effecten van interventies wisselend geëvalueerd
De proeftuinen hebben tijd en middelen geïnvesteerd in de evaluatie van de toegepaste interventies. In totaal zijn 36 van de 67 interventies geëvalueerd (54 procent) op de Triple Aim-uitkomsten. Hierbij zijn de

randvoorwaardelijke interventies (n=15) buiten beschouwing gelaten omdat deze niet gericht waren op Triple Aim-uitkomsten. De inzet op evaluaties en de ontwikkeling van een verbetercyclus verschillen tussen de proeftuinen, zoals is weergegeven in Figuur 4.1. Zorginhoudelijke interventies worden over de proeftuinen heen het meest geëvalueerd. Enkele proeftuinen hebben externe partijen erbij betrokken (zoals een kennisinstituut of een universiteit), maar bij het merendeel hebben de stakeholders de evaluaties zelf uitgevoerd. Ook de opzet en de grootte van de evaluaties verschilt per interventie. Meestal wordt de benodigde data specifiek voor de evaluatie verzameld; in een paar gevallen worden benchmarkgegevens of spiegelinformatie gebruikt. De meest gebruikte vorm van een evaluatie is een voor- en nameting bij een interventie. Ook worden meer geavanceerde (quasi-) experimentele designs met zowel een controle- als interventiegroep gebruikt; deze onderzoeken zijn nog niet afgerond. Van 31 interventies (46 procent) zijn geen gegevens over de evaluatie bekend. Het kan zijn dat deze interventies niet zijn geëvalueerd, maar ook dat het nog te vroeg is voor een evaluatie of dat de gegevens niet zijn gedeeld. In Bijlage 5 is een beschrijving opgenomen van de evaluaties per interventie.



Figuur 4.1. Aantal uitgevoerde evaluaties per proeftuin per type interventie
1. Blauwe Zorg; 2. Friesland Voorop; 3. Gezonde Zorg, Gezonde Regio; 4. Goed*leven*; 5. MijnZorg; 6. PELGRIM; 7. Samen Sterker in Zorg; 8. Slimmer met Zorg; 9. Vitaal Vechtdal.

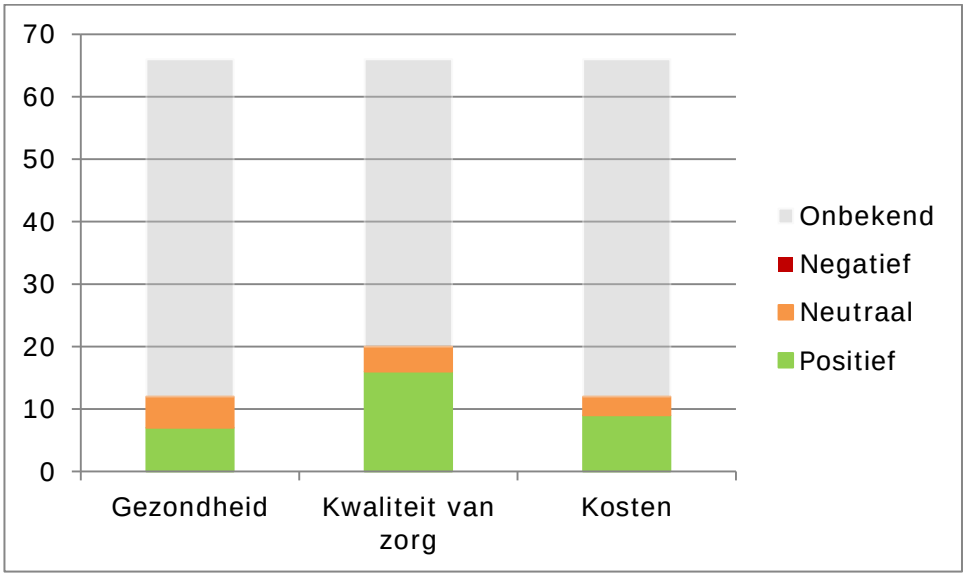
Gezondheid bij 18 procent van interventies gemeten; resultaten overwegend positief

Gezondheid is in 12 van de evaluaties van interventies gemeten (zie Figuur 4.2) Het kan hierbij gaan om klinische uitkomsten die gerelateerd zijn aan de interventie, maar ook om ervaren gezondheid of gezondheidsstatus. De evaluaties waarin gezondheid is gemeten betroffen vooral zorginhoudelijke interventies (n=10), zoals de inzet van anderhalvelijnszorg. Daarnaast waren twee interventies gericht op preventie, zoals de leefstijlcoach. De initiatieven boeken positieve resultaten in bijvoorbeeld een gewichtsafname bij de leefstijlcoach of een daling in het aantal gezondheid gerelateerde klachten na een medicatiebeoordeling. Daarnaast zijn er ook opbrengsten waarbij het initiatief niet anders scoort dan de controlegroep. Een voorbeeld hiervan is vergelijking tussen nieuw opgezette anderhalvelijnszorg en ziekenhuiszorg wat betreft de gezondheidsstatus of ervaren gezondheid van de patiënt. Negatieve effecten zijn niet gerapporteerd. Over het

algemeen laten de gerapporteerde resultaten dus een voorzichtig positief effect zien.

Ervaren kwaliteit van zorg bij 30 procent van interventies gemeten; resultaten overwegend positief

De ervaren kwaliteit van zorg wordt op verschillende manieren in 20 evaluaties gemeten (zie Figuur 4.2). In de meeste evaluaties wordt een positief effect op kwaliteit gevonden, bijvoorbeeld een hogere patiënttevredenheid. In drie evaluaties blijft de kwaliteit van zorg gelijk. De meest gebruikte uitkomstmaat is patiënttevredenheid. Andere uitkomstmaten zijn het aantal doorverwijzingen, medicatiewijzigingen en aantal opnamedagen. De evaluaties die ervaren kwaliteit hebben meegenomen betroffen vooral zorginhoudelijke interventies (n=18). Daarnaast is kwaliteit bij twee interventies gericht op preventie meegenomen.



Figuur 4.2. Overzicht van het aantal interventies verdeeld over de Triple Aim-uitkomsten met de behaalde opbrengst[3]

Bespaarde kosten bij 18 procent gemeten; beperkt zicht

De effecten op het gebied van kosten zijn in 12 evaluaties meegenomen (zie Figuur 4.2). Een aantal interventies heeft de kosten in beeld weten te brengen, vooral bij interventies gericht op medicatie. Bij de farmacieprojecten binnen de proeftuin Goed*leven*, MijnZorg, Blauwe Zorg en Slimmer met Zorg zijn de *shared savings* doorgerekend en uitgekeerd afhankelijk van de precieze afspraak. Andere evaluaties laten een besparingspotentieel zien, bijvoorbeeld omdat een afname van het aantal consulten is aangetoond als proxy voor kosten, maar is dit nog niet verder uitgewerkt naar kosten, of wordt deze informatie niet vrij gegeven. Voor meerdere evaluaties is geprobeerd de kosten in kaart te brengen, maar dit is niet gelukt. Betrokken bestuurders geven aan dat wanneer het over zowel eerste- als tweedelijnszorgkosten gaat, het moeilijker wordt om de kosten te berekenen. Dat komt doordat de data-

[3] De randvoorwaardelijke interventies (n=15) zijn in deze figuur buiten beschouwing gelaten omdat ze niet gericht zijn op Triple Aim-uitkomsten.

infrastructuur er niet zodanig op is ingericht. Tegelijkertijd zijn er evaluaties uitgevoerd door verzekeraars die niet worden gedeeld.

Investeringen in procesevaluaties

Naast Triple Aim-uitkomsten zijn er uitkomsten gemeten die hier niet onder zijn te scharen. Het gaat om evaluaties over het proces van het ontwikkelen en implementeren van de interventie. In totaal zijn 23 interventies op hun proces geëvalueerd, waaronder ook de randvoorwaardelijke interventies. Bij 15 interventies zijn alleen uitkomsten uit deze proces-categorie meegenomen en in 8 gevallen is er een combinatie met Triple Aim-uitkomsten. Procesevaluaties hebben niet alleen betrekking op zorginhoudelijke interventies (n=8) maar ook op preventieve (n=7), randvoorwaardelijke (n=7) en domeinoverstijgende interventies (n=1). In de meeste gevallen gaat het om een evaluatie van het implementatieproces, bijvoorbeeld door de belemmerende en bevorderende factoren te analyseren. Daarnaast geven de evaluaties een beeld van het verloop van een interventie, waardoor deze beter in perspectief kan worden geplaatst. De vorm is vaak een herhaalde evaluatie, van waaruit verbeterpunten worden afgeleid. Vanuit de proeftuinen wordt veel belang gehecht aan dit type evaluaties, om de voortgang van de interventies te bewaken, deze waar nodig bij te sturen of te stoppen. Uit een van de procesevaluaties bleek bijvoorbeeld dat huisartsen extra ondersteuning nodig hebben om het gedrag te veranderen en het systeem te leren kennen, zodat eventuele barrières meteen worden verwijderd.

5 Beschouwing

In paragraaf 5.1 worden de resultaten van de afzonderlijke onderzoeksvragen kort samengevat. Deze resultaten worden in een breder perspectief geplaatst in paragraaf 5.2. In paragraaf 5.3 volgt een reflectie op de toegepaste onderzoeksmethode van de Landelijke Monitor Proeftuinen (LMP). Tot slot volgen in paragraaf 5.4 de aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek.

5.1 Samenvatting resultaten

Het doel van deze rapportage van de LMP is om inzicht te geven in de ontwikkeling van de proeftuinen, in de ervaringen van de betrokken stakeholders van de proeftuinen en in de uitkomsten op de Triple Aim. Hiertoe zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd. Hieronder worden de resultaten per onderzoeksvraag samengevat.

Onderzoeksvraag 1: hoe hebben de proeftuinen zich tussen 2013 en 2018 ontwikkeld?

Binnen de proeftuinen zijn, in wisselende samenstelling van partijen als zorgverzekeraars, zorgaanbieders, burgervertegenwoordiging en gemeenten, gezamenlijk interventies ingezet om de Triple Aim voor een afgebakende populatie te realiseren. De beweging die de proeftuinen hebben doorgemaakt en de aanpassingen in vormgeving, interventies en financiering, kan worden beschreven aan de hand van drie ontwikkelingsvarianten. Zo zijn de proeftuinen in ontwikkelingsvariant 1 begonnen met een stuurgroep bestaande uit actoren vanuit het zorgdomein; zorgverzekeraar, ziekenhuis en/of zorggroep en patiëntvertegenwoordiging. Deze proeftuinen hebben zich eerst gericht op versterking van samenwerking binnen het zorgdomein voordat zij de samenwerking verbreedden met actoren uit andere domeinen. Inmiddels werken deze proeftuinen samen met het sociaal domein en worden de eerste domeinoverstijgende interventies met bijbehorende financieringsstructuren ingezet. De proeftuinen van ontwikkelingsvariant 2 hebben een bredere start gemaakt, met actoren van zowel het zorgdomein en het sociaal domein, en ook met een groter aantal actoren. Deze proeftuinen hebben direct ingezet op een grote regionale visie. Echter, door onvoldoende opbouw in onderlinge samenwerking en de onzekerheid die bij de grote stappen naar voren kwam, is de beweging van deze proeftuinen naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem vertraagd danwel gestaakt. Enkele van deze proeftuinen hebben de stuurgroep uiteen gehaald en werken nu met kleinere gelegenheidscoalities. De laatste ontwikkelingsvariant, nummer 3, is net als ontwikkelingsvariant 1 met een compact aantal actoren vanuit het zorgdomein getart. In deze ontwikkelingsvariant blijft de focus echter nog hangen op het bestendigen van het huidige zorgsysteem, en wordt de overstap naar het domeinoverstijgend werken om tot een gezondheidssysteem te komen (nog) niet gemaakt.

Onderzoeksvraag 2: welke leidende principes gelden om toe te werken naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem?
De proeftuinen hebben gedurende de proeftuinperiode tussen 2013 en 2018 verschillende strategieën ingezet bij hun beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Het succes van deze strategieën was afhankelijk van de context waarin deze strategieën werden uitgevoerd en van het mechanisme dat hierdoor in gang is gezet. Zo blijkt het inzetten op visionair leiderschap een succesvolle strategie wanneer de leider en achterliggende organisatie worden vertrouwd door de stakeholders. Wanneer echter het visionair leiderschap vanuit een dominante, bijvoorbeeld financierende, organisatie wordt vormgegeven, kan dit de samenwerking met de stakeholders belemmeren. De strategieën, met bijbehorende context mechanismen en uitkomsten zijn geclusterd tot acht leidende principes die van belang zijn om de beweging naar een gezondheidssysteem te kunnen maken, namelijk:

1. Creëer en behoud draagvlak tussen organisaties om gezamenlijk te werken aan een toekomstbestendig gezondheidssysteem;
2. Leer elkaar begrijpen en creëer onderling vertrouwen;
3. Definieer randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoording om zo risico's en successen te delen;
4. Zorg voor politiek draagvlak en beïnvloed de beleidscyclus;
5. Zorg ervoor dat de financiële prikkels in lijn zijn met de gezamenlijke doelen;
6. Waarborg een verbetercyclus door een data- en kennisinfrastructuur op organisatie- en regioniveau te ontwikkelen;
7. Creëer inzicht in burgerperspectieven en maak ruimte voor burgerparticipatie;
8. Zet passende bestuurlijke representatie en leiderschap in om de beweging naar de gezamenlijke doelen te behouden en/of te versnellen.

Om de beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem te kunnen maken, is het van belang dat de proeftuinen inzetten op alle acht leidende principes. Wanneer de proeftuinen zich te snel ontwikkelen naar fase 3, dat wil zeggen zonder basis op te bouwen in de leidende principes 1, 2 en 8, lopen ze kans uiteindelijk weer terug te vallen naar ontwikkelingsfase 1. Het daadwerkelijk fundamenteel veranderen van het huidige zorgsysteem naar een gezondheidssysteem, van ontwikkelfase 3 naar 4, kan alleen plaatsvinden als ook de andere leidende principes gericht op een data- en kennisinfrastructuur, bekostiging, randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoordelijkheid, politiek draagvlak, en burgerinput goed zijn georganiseerd.

Onderzoeksvraag 3: welk inzicht geven de proeftuinen over de effecten op gezondheid, kwaliteit van zorg, en kosten(groei)?
De interventies binnen de proeftuinen hebben, tegen de oorspronkelijk geformuleerde verwachtingen in, nog een beperkte schaalgrootte. Hierdoor zijn resultaten op de Triple Aim op populatieniveau nog niet te verwachten. Tevens ontbreekt een populatiegerichte data- en kennisinfrastructuur om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van gezondheid, de kwaliteit van zorg en (zorg)kosten binnen de proeftuinregio's (Triple Aim). Dit komt enerzijds doordat de proeftuinen

eerst voornamelijk aandacht hadden voor andere gezamenlijke interventies en anderzijds omdat het lastig is om deze infrastructuur te organiseren (het vergt naast goede registraties een gezamenlijke investering en dus structuur en vertrouwen). Tegen het einde van de proeftuinperiode zijn de proeftuinen in toenemende mate bezig met de voorbereidingen van een data-infrastructuur op populatieniveau.
Voor het evalueren van de interventies binnen de proeftuinen worden in wisselende mate eigen tijd en middelen van de stakeholders gebruikt. Van ongeveer de helft van de interventies is informatie voor de LMP beschikbaar over de uitgevoerde evaluatie. De evaluatie kan variëren van interne procesevaluaties tot wetenschappelijke onderzoeken. De opbrengsten van deze evaluaties laten, wat betreft de Triple Aim, een voorzichtig positief effect zien op gezondheid en kwaliteit. Hierbij is gezondheid in 12 interventies gemeten en kwaliteit in 20. Kosten, geanalyseerd in 11 interventies, bleek moeilijker te meten en effecten daarop zijn beperkt inzichtelijk.

5.2 Resultaten in perspectief

De beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem

Proeftuinen nog in kinderschoenen naar toekomstbestendig gezondheidssysteem en Triple Aim

Het daadwerkelijk werken vanuit de Triple Aim en dus dat wat op lange termijn nodig is voor de populatie, wordt nog beperkt toegepast in de proeftuinen. De ontwikkelingen van de proeftuinen zijn te begrijpen en te duiden aan de hand van de innovatiecascade naar transitie (Geels & Schot, 2007; Rotmans et al., 2001). Transitie is een maatschappelijke, culturele verandering met een grote impact op de samenleving die tijd vergt: ongeveer 20 tot 30 jaar. Om een transitie te verwezenlijken zijn kleine deelprojecten nodig. Dit is in lijn met de inzichten uit deze landelijke monitor, waarin fases zijn te onderscheiden en er in deelprojecten is gewerkt in de richting van een duurzaam gezondheidssysteem. Vanuit de genoemde innovatiecascade is te begrijpen waarom initiatieven die zijn gestart met een overkoepelend plan van aanpak en een programma om het systeem te hervormen, niet tot implementatie zijn gekomen. Zowel bij de proeftuinen als internationaal zie je namelijk dat wanneer deze stap wordt gezet zonder al te hebben gebouwd aan de benodigde randvoorwaarden (zie verderop: de leidende principes), er onvoldoende basis is om door te groeien.

Proeftuinontwikkelingen in lijn met nationale en internationale ontwikkelingen

Het werken naar een gezondheidssysteem binnen de proeftuinen is in lijn met de grotere maatschappelijke beweging in Nederland en ook met internationale ontwikkelingen (Drewes et al., 2016; Alley et al., 2016; Erickson et al., 2018; Siegel et al., 2017; Towe et al., 2016). In Nederland zijn gedurende de proeftuinperiode ook andere regionale netwerken ontstaan om een duurzaam gezondheidssysteem te organiseren. Net als bij de proeftuinen wisselt in deze netwerken het aantal en type actoren en zijn er verschillende ontwikkelvarianten te onderscheiden. Naast initiatieven die voornamelijk vanuit het zorgdomein zijn gestart, of vanuit een samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten (zoals de preventiecoalities), zijn er

initiatieven van bijvoorbeeld *economic boards* en gemeenten, zoals de *city deals* (bijvoorbeeld de Health Hub[4]). Ook in het buitenland is er de beweging naar domeinoverstijgende samenwerking om het zorgsysteem duurzaam in te richten. Zo zijn er initiatieven geïnitieerd vanuit en/of met de gemeente (Vancouver Healthy City Strategy en Manchester Devolution). Verder zijn er internationale initiatieven die meer zijn geïnitieerd vanuit het zorgsysteem, zoals Gezundes Kinzigtal en GEN-H (Steenkamer et al., 2018c; Charles, 2018; Bate, 2018).

Gevoel van urgentie om te veranderen is onvoldoende
Uit de evaluatie van de afgelopen vijf jaar blijkt dat verzekeraars, gemeenten, aanbieders en burgervertegenwoordigers nog onvoldoende urgentie ervaren en/of onvoldoende worden verleid om te bouwen aan een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Hoewel transitie tijd vergt, hebben bestuurders aangegeven dat er meer vooruitgang geboekt had kunnen worden. Externe stimuli – bijvoorbeeld een economische crisis of de introductie van een concurrent in de regio – kunnen zorgen voor deze verhoogde urgentie. Het gevoel van urgentie was in een aantal succesvolle buitenlandse voorbeelden sterker aanwezig, bijvoorbeeld Manchester Devolution en Vancouver Healthy City Strategy. Bij Manchester was er een acuut probleem met onder andere overvolle spoedeisende hulpen, hoge werkloosheid en een lage economische groei. Afzonderlijke organisaties stonden onder druk en ondervonden sterke nadelen van de huidige situatie, waardoor ze allemaal baat hadden bij samenwerking. Bij andere initiatieven in het buitenland, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten maar ook in Spanje, worden financiële prikkels ingezet om de samenwerking te realiseren (Bengoa & Arratibel, 2014; Steenkamer et al., 2018c). In Baskenland was een toenemend percentage van de inkomsten van zorgaanbieders afhankelijk van gezamenlijke innovatie, kwaliteit en interventies van de regio (Bengoa & Arratibel, 2014). In de proeftuinen is er wel een gevoel van urgentie, vooral in de krimpgebieden, maar deze zijn nog van milde aard in vergelijking met de buitenlandse casuïstiek.

Dissonantie in visie zichtbaar in taalgebruik
Termen als ‘waardegedreven zorg’, ‘populatiemanagement’ en ‘positieve gezondheid’ zijn ingezet om mensen en organisaties te mobiliseren voor een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Deze concepten hebben echter ook een verschillende betekenis. Gedurende de proeftuinperiode werden de verschillen tussen zorgverzekeraars met betrekking tot deze concepten, en de bijbehorende implicaties zichtbaar (Steenkamer et al., ingediend). Waardegedreven zorg lijkt eenvoudiger toe te passen wanneer de scope zich beperkt tot het zorgsysteem (alhoewel ook dit nog beperkt van de grond komt). Daarnaast omvat waardegedreven zorg geen prikkel tot preventie omdat deze pas start als iemand al zorgaanbod nodig heeft. Populatiemanagement kan ook waarde gedreven zorg omvatten, maar impliceert meer: namelijk samenwerking over domeinen en organisaties in het belang van de populatie. Dit kan door het zorgaanbod beter in te richten, maar ook door te investeren in preventie, in onderwijs, huisvesting, et cetera. Immers, gezondheid wordt door veel meer beïnvloed dan alleen de zorg. Binnen de

[4] https://agendastad.nl/city-deals/

proeftuinen, maar ook in andere regio's in Nederland en internationaal, zie je dat de verschillende concepten elkaar soms kunnen bijten. Zo is het bijvoorbeeld voor waardegedreven zorg heel goed om het ziekenhuis meer budget te geven voor een specifieke behandeling. Op lange termijn echter had vanuit een populatiemanagement meer gezondheidswinst kunnen worden gerealiseerd door bijvoorbeeld te investeren in luchtkwaliteit.

Governance

Een complexe ontwikkeling

Om samen te werken naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem is een juiste combinatie aan strategieën en interventies nodig. Een strategie of interventie leidt namelijk niet altijd tot dezelfde uitkomst. Contextuele factoren en een scala aan mechanismen (motivationele factoren die niet altijd zichtbaar zijn, maar wel een rol spelen, zoals vertrouwen) hebben hier invloed op (zie ook het CAHN raamwerk in Bijlage 2). Deze complexiteit wordt nog groter indien er wordt samen gewerkt met andere type actoren, die verschillen qua regulaties en verantwoording. Aangezien een gezondheidssysteem per definitie samenwerking over domeinen vergt, is de benadering van deze beweging vanuit haar complexiteit heel belangrijk. De complexiteit van de transitie is ontrafeld in acht leidende principes De kracht van deze leidende principes zit hem niet alleen in de afzonderlijke acht leidende principes, maar ook in de samenhang en de inzichten eronder om de complexiteit zo goed mogelijk te kunnen adresseren in de dagelijkse realiteit.

Leidende principes in lijn en aanvullend op huidige literatuur

Voor zover bekend is dit de eerste studie die integraal heeft gekeken naar factoren die van invloed zijn op de transitie naar een gezondheidssysteem en concrete handvatten biedt om deze complexe transitie zo goed mogelijk te kunnen vormgeven. De acht leidende principes komen grotendeels overeen met internationale literatuur over factoren die van invloed zijn op samenwerking tussen stakeholders en/of samenwerking over de domeinen heen. Zo wordt, het belang van onderling draagvlak voor de gezamenlijke visie benoemd (Erickson et al., 2017; Lewis et al., 2014; Smith, 2013; Pate, 2010; Scott, 2000) alsook de relevantie van investeren in bewustwording van elkaars normen en waarden (King, 2013; Smith, 2013; Chreim, 2012) om over de domeinen heen samenwerking te realiseren. Verder wordt in de literatuur de moeite van het instellen van randvoorwaarden(wie welke verantwoordelijkheid neemt) genoemd (Ovseiko et al., 2014; Shortell et al., 2015; Alderwick et al., 2015; Steenkamer et al., 2018c), evenals het gebrek aan prikkels bij stakeholders om gezamenlijk verantwoording te nemen voor nieuwe vormen van bekostiging en contractering (Lewis et al., 2017). Het belang van leiderschap wordt in de literatuur eveneens benadrukt bij het creëren van draagvlak (Hearld & Alexander, 2014; Thorson et al., 2010; Ansell & Gash, 2007) en financiële samenwerking. Ook wordt geschreven over de rol van *change agents* om regionale politiek aan nationale politiek te verbinden en allianties te smeden tussen nationale institutionele netwerken (Oborn et al., 2011; Barnett et al., 2011). Deze studie maakt als eerste een verbinding tussen de leidende principes en de ontwikkelfasen van populatiegerichte netwerken. Deze ontwikkelingsfasen zijn gebaseerd op het raamwerk

van ReThink Health (Erickson et al., 2017) en in de LMP verrijkt op basis van de Nederlandse proeftuincontext

Beperkt inzicht op populatieniveau in de regio – verdere investering noodzakelijk

In de proeftuinen worden vooralsnog interventies ingezet met een beperkte schaalgrootte. Van deze interventies is in ongeveer de helft van de gevallen een evaluatie beschikbaar, wisselend van interne procesevaluaties tot wetenschappelijke onderzoeken. Hierdoor is er nog onvoldoende zicht op de ontwikkelingen van de Triple Aim in de regio. Bestuurders geven aan dat een goede data-en informatiestructuur om breder zicht te hebben op deze ontwikkelingen gewenst is, maar momenteel nog niet is gerealiseerd vanwege de benodigde tijd, geld en expertise. Zo worden momenteel vooral nog klassieke indicatoren gebruikt om uitkomsten van interventies te meten, zoals klinische uitkomstmaten. Hoewel er behoefte is om andere indicatoren te ontwikkelen, zoals voor positieve gezondheid, is het voor regio's complex om hier zelf in te investeren. Bovendien is het voor de regio's van belang dat ze zich kunnen vergelijken, waardoor indicatorontwikkeling met verschillende regio's van belang is. Wat het delen van de data en het vormgeven van een gezamenlijke data- en kennisinfrastructuur betreft, zijn discussies rondom vertrouwen, gebrek aan gezamenlijke definities voor specifieke metingen, onzekerheid van mogelijkheden rondom de privacywetgeving, ethische vraagstukken en technische operabiliteit belemmerende factoren. Regio's hebben ondersteuning, financieel en/of inhoudelijk– nodig om ervoor te zorgen dat ze gezamenlijk een verbetercyclus in de regio kunnen doorlopen.

Burgerkracht nog verwacht

Bij aanvang van de proeftuinen hadden de proeftuinen zich voorgenomen de burgers of vertegenwoordiging van burgers actief te betrekken. Er zijn verschillende niveaus van burgerparticipatie (Carman et al., 2013; Ocloo & Matthews, 2016; Rowe & Frewer, 2005): consultatie (organisaties halen informatie op bij inwoners), communicatie (organisaties delen informatie met inwoners), participatie (inwoners zijn vaak eigenaar van initiatieven en/of organisaties werken nauw samen met inwoners (De Weger, 2018)). Hoewel het overgrote deel van de proeftuinen bij aanvang voornamelijk informatie van inwoners wilde hebben (consultatie), zijn er enkele proeftuinen geweest die de burger actiever wilden betrekken (participatie). Het bleek echter een uitdaging om burgerparticipatie vorm te geven, onder andere doordat men stoeide met representativiteit en professionaliteit van de burgervertegenwoordiging. Ook was men er nog niet aan toe om zeggenschap over daadwerkelijk uit handen te geven. Dezelfde uitdagingen spelen ook in andere initiatieven in Nederland alsook in het buitenland (De Weger et al., 2018; Hearld & Alexander, 2014; Ottman & Laragy, 2010). Ondanks deze uitdagingen, verwachten de stakeholders dat burgerparticipatie een belangrijke rol zal spelen in het ontwikkelen van een gezondheidssysteem dat beter aansluit op de behoeften van de burgers.

Het populatiebelang wordt niet gediend vanuit de bekostiging(shervormingen)

De introductie van alternatieve vormen van bekostiging, zoals *shared savings*, uitkomstenbekostiging of populatiebekostiging, is beperkt geweest gedurende de proeftuinperiode. De bestuurders van de proeftuinen zien dit echter wel als noodzakelijke stap (Drewes et al., 2017). Ook elders in het land komt bekostigingshervorming mondjesmaat tot stand. Zeker op het gebied van domeinoverstijgende hervormingen zijn de ontwikkelingen in Nederland vergelijkbaar met internationale voorbeelden (De Vries et al., 2016; Steenkamer et al., 2018a). Uitkomstenbekostiging, *shared savings* en populatiebekostiging zouden kunnen helpen om te stimuleren dat aanbieders van zorg en welzijn het populatiebelang primair dienen, in plaats van een productieprikkel (De Vries et al., 2016; Schut &Varkevisser, 2017). Op dit moment wordt de introductie van bijvoorbeeld *shared savings* niet zozeer door het financieringssysteem belemmerd. Wel is er een informatie-asymmetrie, alsmede een gebrek aan vertrouwen tussen zorgverzekeraar en aanbieders, en ontbreekt het gevoel van urgentie dat verandering nodig is. Uit internationale literatuur blijkt dat zowel relationele als discrete aspecten rondom financiële arrangementen van belang zijn om de financiële belangen van stakeholders (financiers en aanbieders) op één lijn te brengen met hun motivatie om deel te nemen aan het initiatief (Steenkamer et al., 2018b, Lewis et al., 2017; Silow-Caroll et al., 2013; Lebrun et al., 2012). De literatuur benadrukt daarnaast dat de potentie voor nieuwe vormen van bekostiging en contractering wordt beïnvloed door een *sufficient critical mass* van aanbieders en financiers die hiervoor gezamenlijk verantwoording willen nemen (Ruwaard, 2018; Lewis et al., 2017). In Nederland zien we dat niet alle zorgverzekeraars meer verantwoordelijkheid willen geven aan aanbieders. Druk en stimulans vanuit de overheid kan een mogelijke strategie zijn om bekostigingshervormingen te stimuleren, aangezien binnen ons huidige systeem de verzekeraar veelal vaker de rol van facilitator heeft dan van regisseur (Ruwaard, 2018).

Vraagstukken

Smalle versus brede scope bij aanvang?

De meeste proeftuinen zijn geïnitieerd vanuit de zorgaanbieders en voorgedragen bij het VWS door de zorgverzekeraar. Bij één proeftuin was de zorgverzekeraar de enige initiator. In andere initiatieven buiten de proeftuinen, zie je dat andere partijen een (aanvullende) initiërende rol hebben gehad, zoals de regio-alliantie van zorgprofessionals, onderzoekers, beleidsmakers, ontwerpers en ondernemers in health hub Utrecht, of de samenwerking van gemeente en zorgverzekeraar in Deventer. De initiator bepaalt grotendeels de breedte bij de start en de aanpak. Dit is ook internationaal terug te zien bij bijvoorbeeld Kinzigtal (incrementele aanpak, met een investeerder als integrator en initiatior met afspraken met zorgverzekeraar) en Vancouver (totaalaanpak, met de gemeente als initiator). Gemeenten hebben veelal een bredere scope dan zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Zo wordt bij een gemeente bijvoorbeeld het ruimtelijke domein veelal ook meegenomen. Daarnaast speelt de termijn waarop een return on investment gewenst is, een rol. Zorgverzekeraars worden financieel gestuurd met een kortetermijnperspectief; het succes moet binnen een jaar of enkele jaren worden gerealiseerd. Dit is anders voor andere investeerders als

banken of sociale ondernemers, die juist kijken naar langetermijn rendement. De proeftuinen hebben laten zien dat een incrementele aanpak kan werken, maar Vancouver en andere initiatieven laten zien dat ook een brede scope vanaf het begin haalbaar is. Wel is het van belang dat er moet worden gewerkt naar/aan de benodigde randvoorwaarden zoals genoemd in de leidende principesom daardoor de brede scope ook te kunnen vasthouden. Als dit niet gebeurd, is kans op uiteenvallen reëel zoals beschreven in variant 2.

Netwerkzorg versus regisseur?
Zowel binnen de proeftuinen als daarbuiten werken gemeenten en zorgverzekeraars in toenemende mate samen. In de proeftuinen en daarbuiten heeft deze samenwerking vaak betrekking op een specifiek project zoals de gemeentepolis voor minima. Daarnaast wordt, onder andere door de beleidsmaatregelen van VWS gericht op samenwerking voor preventie (preventiecoalities), ook in toenemende mate op regionaal niveau door gemeenten en zorgverzekeraars samengewerkt. In het buitenland is dit eveneens terug te vinden, bijvoorbeeld in Vancouver Healthy City en Manchester Devolution (Steenkamer et al., 2018c). De rol van de zorgverzekeraar en de gemeente kan gelijkwaardig zijn. Desondanks zie je, onder andere op basis van internationale vergelijking, dat de scope en strategie van het regionale initiatief worden bepaald door de initiator. Je ziet dat deze vaak ook de rol van integrator oppakt en probeert te handelen in het belang van het collectief. De vraag is wie de rol van integrator het beste kan vervullen; een stuurgroep/stichting namens de proeftuinen, een derde onafhankelijke partij (*trusted convener*), of de verzekeraar of gemeente. Deze laatste twee hebben het nadeel dat ze tegelijkertijd een belang en rol hebben in het netwerk en daarmee op de lange termijn wellicht niet de beste optie zijn.

Gereguleerde concurrentie versus samenwerking?
Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op gereguleerde concurrentie. Dit houdt in dat er marktwerking wordt geïntroduceerd zodat er permanente prikkels zijn tot doelmatigheidsverbeteringen, en er tegelijkertijd solidariteit en toegankelijkheid wordt gegarandeerd en marktfalen wordt tegengehouden (Kleef et al., 2014). Een regionaal samenwerkingsinitiatief kan mogelijk op gespannen voet staan met de randvoorwaarden van gereguleerde concurrentie. Zo kan een regionaal samenwerkingsinitiatief mogelijk de contracteervrijheid, betwistbare markten en keuzevrijheid beïnvloeden. Omgekeerd kan een sterke samenwerking, wellicht gestuurd door één integrator, wellicht bijdragen aan de randvoorwaarde van gereguleerde concurrentie. Er zijn richtlijnen vanuit de ACM over de regionale samenwerking; maar regionale stakeholders ervaren desondanks nog veel onduidelijkheid en onzekerheid over wat mag en niet mag. Bij een aantal interventies van de proeftuinen heeft de ACM meegekeken wat heeft geleid tot inzicht in wat mogelijk is betreffende onderlinge samenwerking. In veel proeftuinen komt men echter niet tot deze fase omdat ze voorzichtig zijn en/of uit angst voor het advies van de ACM. Het meekijken van de ACM biedt namelijk nog geen garantie dat men later geen berisping/boete krijgt. Bovendien is men bang voor negatieve publiciteit wanneer een van de regionale spelers toch alsnog naar de ACM gaat, ongeacht of dit nu gegrond is of niet.

5.3 Reflectie op methoden

Hieronder staat allereerst een aantal opmerkingen over de Landelijke Monitor Proeftuinen in zijn geheel. Daarna volgt een aantal kanttekeningen specifiek ten aanzien van de procesevaluatie en evaluatie van gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten(groei).

Representatieve selectie van regionale samenwerkingsinitiatieven

De LMP volgde negen proeftuinen die in 2013 zijn geselecteerd door de minister van VWS. Een belangrijke voorwaarde voor selectie was dat de preferente zorgverzekeraar het initiatief ondersteunde. Daarnaast speelden de mate van samenwerking tussen verschillende domeinen en het hebben van haalbare doelstellingen mee (VWS, 2013). Dit betekent dat we niet te maken hebben met een toevallige (random) selectie van initiatieven. Tegelijkertijd zijn de proeftuinen niet uniek; ook in andere regio's zijn gedurende de proeftuinperiode regionale samenwerkingsverbanden ontstaan om betere preventie, zorg en welzijn te organiseren voor hun populatie (Lemmens et al., 2017; Van Vooren et al., 2018). Het is dus van belang de proeftuinontwikkelingen te zien in de bredere bewegingen naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem.

Ontwikkelingen proeftuin versus reguliere ontwikkelingen in de regio

Met de LMP hebben we de proeftuin gedefinieerd zoals de proeftuinen dit zelf hebben aangegeven. Hierdoor zijn soms activiteiten binnen de regio van een proeftuin niet meegenomen. Proeftuinen hielden sommige interventies bewust binnen of buiten de proeftuin, omdat dit consequenties had voor het wel/niet ontvangen van geld voor de overheadkosten van de betreffende interventies. Een andere motivatie om het er soms buiten te houden was om snelheid te winnen. Hiermee werd een besluitvormingsproces van alle betrokken organisaties en eventuele aanpassingen die hieruit voort kunnen komen, voorkomen. Omdat het onderzoeksteam zich hiervan bewust was, is meermaals expliciet besproken welke andere regionale activiteiten plaatsvonden en hoe deze de proeftuinactiviteiten beïnvloedden. Dede ervaringen in de bredere context zijn meegenomen bij het formuleren van de leidende principes.

Iteratieve aanpak van de procesevaluatie

Gedurende de looptijd van de monitor van de proeftuinen is een analytische raamwerk gebruikt. De evaluatie van de proeftuinen is een iteratief proces waarbij in eerste instantie gebruik is gemaakt van het raamwerk voor een populatiegerichte aanpak van Struijs et al. (2015). Hieraan is het theoretisch raamwerk voor Collaborative Adaptive Health Networks (zie Bijlage 2) toegevoegd, die de componenten en onderliggende theorieën beschrijft die van belang zijn voor de ontwikkeling van *Population Health Management*. Dit raamwerk is tevens gebruikt voor de ontwikkeling van de acht leidende principes. Vervolgens zijn de ontwikkelingsfasen voor samenwerking over de domeinen van ReThink Health (Erickson et al., 2017) aangepast aan de Nederlandse context. Deze gemodificeerde versie is toegepast om de

ontwikkeling van de proeftuinen te kunnen duiden vanuit de juiste context.

Geïnterviewden hoofdzakelijk bestuurders
Om zicht te krijgen op het proces en de ervaringen binnen de proeftuin, zijn voornamelijk bestuurders en programmamanagers geïnterviewd. Tevens zijn, weliswaar in mindere mate, ook zorgprofessionals en financiële experts geïnterviewd. Aangezien de proeftuinen zich verbreedden, zijn ook steeds meer typen actoren bevraagd. Zo zijn gemeenten, ziekenhuizen, een school en werkgevers geïnterviewd; ook als deze niet formeel binnen de proeftuin meededen. Gedurende de proeftuinperiode zijn bestuurders en programmamanagers gewisseld. Dit zorgde ervoor dat ook andere respondenten zijn geïnterviewd gedurende de LMP. In totaal is 42% van de 132 respondenten twee keer of vaker geïnterviewd. Zoals altijd bij kwalitatief onderzoek, worden de resultaten gekleurd door de respondenten en zijn de onderzoekers afhankelijk van wat de respondenten kwijt willen of kunnen. Door de wijze van interviewen, het combineren van verschillende interviews en het betrekken van andere bronnen, is dit zo veel mogelijk ondervangen.

Beperkte evaluaties op uitkomsten
Oorspronkelijk werd verwacht dat de beweging van de proeftuinen zich sneller zou ontwikkelen en meer impact zou hebben op de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten(groei) (Triple Aim) op populatieniveau. Aangezien halverwege duidelijk werd dat de proeftuinontwikkeling trager liep, is een herhaalmeting van de Triple Aim op populatieniveau niet uitgevoerd. Naast de meting op populatieniveau zou deze monitor gebruikmaken van de beschikbare evaluaties van de interventies. Doordat de helft van de interventies niet is geëvalueerd in de proeftuinen, dienen we de beschikbare resultaten met voorzichtigheid te interpreteren. Bovendien zijn de resultaten gebruikt, zoals gerapporteerd door de proeftuinregio's zelf. Het is mogelijk dat deze interventies wellicht iets positiever gescoord zijn dan gebruikelijk door onafhankelijke onderzoeksinstituten, aangezien het grootste deel door de betrokken actoren zelf is geëvalueerd.

5.4 Aanbevelingen

Als resultaat van de discussie in paragraaf 5.1 en 5.2 staan hieronder de aanbevelingen waarop de regionale kernspelers, de onderzoekers en het beleid zich in de toekomst zouden kunnen richten.

Begin stapsgewijs vanuit een gezamenlijke populatiegerichte visie
Zolang er geen verhoogde urgentie komt om fundamentele wijzigingen door te voeren in het zorgsysteem (zie aanbeveling hieronder), is het verstandig om in de regio stapsgewijs toe te werken naar een duurzaam gezondheidssysteem. Investeer daarbij meteen in draagvlak vanuit een gezamenlijke visie (leidend principe 1), creëer vertrouwen en leer elkaars rollen kennen (leidend principe 2), en zorg voor het benodigde leiderschap (leidend principe 8). Dit kan worden opgebouwd aan de hand van concrete gezamenlijke interventies, waarbij nog geen structurele/fundamentele veranderingen in financiering en/of kennisinfrastructuur worden gevraagd. Start niet vanuit een

bekostigingshervorming of vanuit een breed, regionaal plan zonder deze randvoorwaarden. Gebeurt dit wel, dan is de kans groot dat dit zorgt voor een energielek of verdere vermindering van het draagvlak voor regionale samenwerking, vanwege het te snel aangaan van te grote onzekerheden.

Investeringen nodig om systeem verder in beweging te krijgen
Uit de evaluatie blijkt dat zowel beleid als regionale stakeholders nog onvoldoende gevoel van urgentie heeft, of zelf voordelen verwacht, om fundamentele wijzigingen door te voeren in het huidige zorgsysteem om een toekomstbestendig systeem te realiseren. De verwachting is, zowel op basis van de literatuur als op de regionale vastgestelde plannen, dat fundamentele wijzigingen gunstig zijn voor de gezondheid van de populatie, kwaliteit van zorg en kosten(groei). De sense of urgency ligt er zeker op nationaal/systeem niveau: zonder wijziging van het huidige beleid zullen de zorguitgaven zich verdubbelen tot 174 miljard euro in 2040. Dit is een stijging aan zorguitgaven van 4500 euro per persoon. Het systeem binnen de regio's is momenteel zelf niet in staat om deze urgentie voldoende te creëren. Doordat in het huidige systeem de verzekeraar veelal een faciliterende, maar niet regisserende rol heeft, heeft *de overheid* een belangrijke taak om druk uit te voeren op het systeem om de betaalbaarheid te garanderen en kwaliteit op de agenda te (blijven) zetten. Afhankelijk van de gewenste snelheid, zijn aanvullende stimuli door de overheid belangrijk. Te denken valt aan ondersteuning en stimulans door een heldere visie, stimuleringsprogramma's, zoals Preventie in het Zorgstelsel, Zorg op de Juiste Plek, een sterkere sturing op bekostigingshervormingen, zoals bij geboortezorg (VWS, 2016a; 2016b; Taskforce, 2018) en/of grotere investeringen op regionaal niveau zoals in internationale voorbeelden te zien zijn (zoals de CMS-budgetten voor AHC waar randvoorwaarden aan zijn verbonden (Steenkamer et al., 2018c)). In Nederland zijn wel recent stappen gezet om de visie te concretiseren in bijvoorbeeld Zorg op de Juiste Plek en in het Preventieakkoord. De verwachting is dat deze akkoorden alleen onvoldoende zijn.

Investeer in een toegankelijke data- en kennisinfrastructuur
Volgens de literatuur van een populatiegerichte aanpak kan de Triple Aim alleen worden nagestreefd als een goede verbetercyclus is ingericht (Struijs et al., 2015). Hiervoor is het nodig om op populatieniveau inzicht te hebben in de uitkomsten en hiermee ook, bij voorkeur real-time, verdiepende analyses te kunnen doen. Een aantal proeftuinen werkt, in variërende mate, aan het opzetten van een toegankelijke en regionale data- en kennisinfrastructuur. Dit verloopt echter langzamer dan verwacht aangezien de benodigde financiering en expertise voor de meeste stakeholders naast de dagelijkse bezigheden moet worden geregeld. Ook is de vraag welke stakeholders van de proeftuinen de *lead* nemen in deze investeringen en in het verdere gebruik van een overkoepelende data- en kennis infrastructuur. Aanbevolen wordt dat het *veld,* de *regio's,* met het ministerie in gesprek gaan over hoe de data- en kennisinfrastructuur zou moeten worden ingericht en wie welke rol hier in de praktijk in zou kunnen hebben. Hierbij is het van belang om afspraken te maken over vraagstukken, bijvoorbeeld over privacy, over indicatoren, over de onderlinge afhankelijkheid en governance van

bedrijven die deze infrastructuur gaan beheersen alsook over mogelijke investeringen van bedrijven hierin.

Gedragsverandering nodig voor de ontwikkeling naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem

Het realiseren van een gezondheidssysteem vergt niet alleen technische uitdagingen. Uiteindelijk zijn perceptie en gedrag van de *burgers, professionals, beleidsmakers,* en *onderzoekers* doorslaggevend. Naast besef van urgentie voor verandering, zijn zoals eerder benoemd onderling vertrouwen en een gevoel van zekerheid nodig. De proeftuinen hebben in de eerste jaren van ontwikkeling hoofdzakelijk de bestuurders en beleidsmakers betrokken, en waar nodig de professionals op interventieniveau. Bij verdere ontwikkeling van de regio's naar een gezondheidssysteem moeten er meer en andere professionals (ook die vanuit welzijn, onderwijs en het bedrijfsleven) en burgers bij worden betrokken. Een verbreding van de blik op gezondheid, de durf om nieuwe vormen van samenwerking aan te gaan en onderling vertrouwen zijn ook voor verdere ontwikkeling naar een gezondheidssysteem van groot belang.

Experimenteer met een integrator

Tot op heden zijn de proeftuinen voornamelijk vormgegeven als netwerken met een stichting om geldstromen te kunnen vereenvoudigen. Met deze entiteiten wordt echter nog geen verantwoordelijkheid genomen voor de Triple Aim op populatieniveau. Hiermee blijft de vraag bestaan in hoeverre de Triple Aim kan worden gerealiseerd wanneer een eenduidige (financiële) prikkel voor alle betrokken actoren ontbreekt. Een toekomstig scenario is dat binnen de proeftuinen deze nieuwe juridische entiteiten, ook wel integrators genoemd, echt verantwoordelijkheid gaan nemen voor de financiële risico's van de totale zorgkosten van haar populatie, zoals binnen het Alternative Quality Contract (Chernew et al., 2011; Song et al., 2014; Ruwaard, 2018). Los van de rol voor de financiële verantwoordelijkheid, kan de integrator ook een rol als onafhankelijke ambassadeur van de populatie op zich nemen alsook de entiteit die duurzaam kan investeren in de data- en kennisinfrastructuur. Vooralsnog zijn de proeftuinen nog terughoudend in het vormen van een integrator, omdat dit vele vragen met zich meebrengt. Wie neemt deze rol op zich? In welke mate moeten andere partijen zich hier verantwoorden? Is deze werkwijze daadwerkelijk bevorderend voor de Triple Aim van de populatie? We weten in Nederland nog niet of dit mogelijk van toegevoegde waarde kan zijn of niet; maar gezien de positieve internationale resultaten (Chernew et al., 2011) is het wellicht het overwegen waard. Hierbij is het wel aan te bevelen dat ACM, NZa, ZiN en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) erover meedenken aan de voorkant, en dat varianten in experimentele setting worden ontwikkeld en geïmplementeerd.

Stimuleer experimenten met alternatieve bekostiging

Bij de start van de proeftuinen werd geadviseerd om de mogelijkheden voor innovatieve bekostiging die er binnen de huidige kaders zijn, te benutten. Op basis van de afgelopen vijf jaar blijkt echter dat men ook hiervoor niet perse de noodzaak ziet. Binnen de huidige financieringskaders is meer mogelijk dan werd benut door de regio's. Er zijn nog tal van vragen rondom alternatieve bekostiging, zoals

populatiebekostiging, waardoor zowel aanbieders als zorgverzekeraars terughoudend zijn. Nadeel van populatiebekostiging is het hoge financiële risico dat de zorgverleners hierbij dragen. Het is maar de vraag of zorgverleners bereid zijn dit risico te nemen; vooralsnog in elk geval niet. Daarnaast is er nog geen sluitend antwoord of deze vorm van bekostiging daadwerkelijk de maatschappelijke waarde oplevert die het beoogt. Een oplossing ligt enerzijds wellicht in een contract op maat tussen zorgverzekeraars en aanbieders waarbij het financiële risico wordt gedeeld. Anderzijds zijn er positieve resultaten met het toevoegen van waardegedreven prikkels in het belang van de populatie (Ruwaard et al., 2015) waarbij er geen aanpassing nodig is van de bekostigingsvorm (boven de vergoeding per verrichting kan een financiële beloning worden toegevoegd voor het realiseren van populatiedoelen). Omdat dit tot op heden betrekkelijk weinig wordt toegepast, kan worden overwogen om dit verder te stimuleren. Aanbevolen wordt om als overheid waar mogelijk vertrouwen en veiligheid te bieden, en kennisopbouw en deling in dit kader te stimuleren. Bestuurders hebben op dit terrein niet perse harde afspraken nodig; maar politieke druk of aandacht kan wel helpen. Tegelijkertijd weten we ook niet welke vorm van bekostiging het beste is voor welke situatie. Het blijft maatwerk waarbij meerdere strategieën kunnen worden benut.

Zorg voor een community of practice

Een toekomstbestendig gezondheidssysteem realiseren is complex. Gezondheid wordt namelijk niet alleen beïnvloed door het zorgsysteem, maar door vele factoren. Dit betekent dat een toekomstbestendig gezondheidssysteem investering vraagt van een scala van actoren en per definitie domeinoverstijgende samenwerking vergt. Men loopt daardoor tegen tal van zaken aan die nieuw of niet altijd vooraf zijn te voorspellen. Het is van belang om in gesprek te gaan met de stakeholders die hier invloed op hebben en om open met elkaar op zoek te gaan naar de nodige oplossingen. Instrumentele argumenten als ‘geen geld’ of ‘niet de juiste declaratiecodes’ vormen geen eindpunt, maar een aangrijpingspunt – een aangrijpingspunt om met elkaar hierover in gesprek te gaan, om te investeren in kennisontwikkeling en -deling, en daarbij ook op te schalen indien nodig. Het is van belang om niet alleen in gesprek te gaan op regionaal niveau maar waar nodig ook op nationaal niveau, en dat landelijke stakeholders als ACM, NZa, ZiN, IGJ en VWS ook deelnemen aan de ‘community of practice’. Hoe organiseer je precies in de wijk/regio dat je als zorgverzekeraar en gemeente de vraag centraal en leidend laat zijn en budgetten (fictief maar toch succesvol) samenvoegt? En kun je de situatie laten escaleren als de grote GGZ-aanbieder en de verzekeraar elkaar niet durven toe te spreken omwille van organisatiebelangen; is er dan iemand die opstaat in het belang van de populatie? Van belang is dat de mogelijkheid tot het adresseren van grotere vraagstukken op landelijk niveau blijft en dat deze ook worden geagendeerd en besproken, conform de behoeften van de regionale spelers. Zeker bij gebrek aan algehele urgentie om het zorgsysteem fundamenteel te veranderen, zijn gesprekstafels met stakeholders die in welke mate ook enige verandering willen initiëren, van belang.

Literatuur

Alderwick, H., Ham, C., & Buck, D. (2015). *Population health systems: Going beyond integrated care*. Londen: The King's Fund.

Alley, D. E., Asomugha, C. N., Conway, P. H., & Sanghavi, D. M. (2016). Accountable Health Communities--Addressing Social Needs through Medicare and Medicaid. *N Engl J Med, 374*(1), 8-11.

Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative governance in theory and practice. *J Pub Admin Res Theory, 18*, 543-571.

Barnett, J., Vasileiou, K., Djemil, F., Brooks, L., & Young, T. (2011). Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: a qualitative study. *BMC Health Serv Res, 11*(342), 1-12.

Bate, A. (2018). *Accountable care organisations.* Londen: House of Commons Library.

Bengoa, R. (2013). Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *Int J Integr Care, 13*, e039.

Bengoa, R., & Arratibel, P. (2014). *Basque health system journey*. Presentatie op 27-10-2014.

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood), 27*(3), 759-769.

Broerse, J. E. W., & Bunders, J. F. G. (2010). *Transitions in Health Systems: Dealing with persistent problems.* Amsterdam: VU University Press.

Carman, K. L., Darcless, P., Maurer, M., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs, 32*(2), 223-231.

Charles, A. (2018). *Accountable care explained*. Londen: The King's Fund

Chernew, M. E., Mechanic, R. E., Landon, B. E., & Safran, D. G. (2011). Private-payer innovation in Massachusetts: the 'alternative quality contract'. *Health Aff (Millwood), 30*(1), 51-61.

Chreim, S., Williams, B. E., & Coller, K. E. (2012). Radical change in healthcare organization: mapping transistion between templates, enabling factors, and implementation processes. *J Healt Org Man, 26*(2), 215-236.

De Vries, E. F., Struijs, J. N., Heijink, R., Hendrikx, R. J., & Baan, C. A. (2016). Are low-value care measures up to the task? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res, 16*(1), 405.

De Weger, E., Van Vooren, N., Luijkx, K. G., Baan, C. A., & Drewes, H. W. (2018). Achieving successful community engagement: a rapid realist review. *BMC Health Serv Res, 18*(1), 285.

Drewes, H. W., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2016). How the Netherlands is integrating health and community services. *The New England Journal of Medicine Catalyst*, 12 oktober.

Drewes, H. W., Van Vooren, N. J. E., Struijs, J. N., Steenkamer, B., Buist, Y., De Vries, E. F., & Baan, C. A. (2017). *Proeftuinen populatiegerichte aanpak Nu en in de toekomst: Tussenrapportage Landelijke Monitor Proeftuinen*. Bilthoven: RIVM.

Eijkenaar, F., & Schut, E. (2015). *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Erickson, J., Milstein, B., Schafer, L., Pritchard, K., Levitz, C., & Miller, C. (2017). *Progress along the pathway for transforming regional health: A pulse check on multi-sector partnerships*. Verkregen via https://www.rethinkhealth.org/tools/pulse-check/

Geels, F. W., & Schot, J. (2007). Typology of sociotechnical transition pathways. *Research policy, 36*.

Grin, J., Rotmans, J., & Schot, J. (2010). *Transitions to sustainable development; New directions in the study of long term transformative change.* New York: Routledge.

Hearld, L. R., & Alexander, J. A. (2014). Governance processes and change within organizational participants of multi-sectoral community health care alliances: the mediating role of vision, mission, strategy agreement and perceived alliance vallue. *Am J Community Psychol, 53*, 185-197.

Heijink, R., Drewes, H. W., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2014). *Landelijke Monitor Populatiemanagement. Deel 2: Ontwerprapport*. Bilthoven: RIVM.

Kaljauw, M., & Van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren.* Diemen: Zorginstituut Nederland.

King, G., O'Donell, C., Boddy, D., Smith, F., Heaney, D., & Mair, F. S. (2012). Boundaries and e-health implementation in health and social care. *BMC Med Inform Dec Making, 12*(100), 1-11.

Lebrun, L. A., Shi, L., Chowdhury, J., Sripipatana, A., Zhu, J., Sharma, R., Ngo-Metzger, Q. (2012). Primary care and public health activities in select US health centers. *Am J Prev Med, 42*(6S2), S191-S202.

Lemmens, L. C., Drewes, H. W., Lette, M., & Baan, C. A. (2017). Populatiegerichte aanpak voor verbinding van preventie, zorg en welzijn: De beweging in beeld. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 161*.

Lewis, V. A., Colla, C. H., Tierney, K., van Citters, A. D., Fisher, E. S., & Meara, E. (2014). Few ACOs pursue innovative models that integrate care for mental illness and substance abuse with primary care. *Health Affairs, 33*(10), 1808-1816.

Lewis, V. A., Tierney, K. I., Colla, C. H., & Shortell, S. M. (2017). The new frontier of strategic alliances in health care: New partnerships under accountable care organizations. *Soc Sci Med, 190*, 1-10.

McWilliams, J. M., Hatfield, L. A., Landon, B. E., Hamed, P., & Chernew, M. E. (2018). Medicare Spending after 3 Years of the Medicare Shared Savings Program. *N Engl J Med, 379*(12), 1139-1149.

Oborn, E., Barrett, M., & Exworthy, M. (2011). Policy entrepreneurship in the development of public sector strategy: the case of London health reform. *Pub Admin, 89*(2), 325-344.

Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf, 25*(8), 626-632.

Ottmann, G. F., & Laragy, C. (2010). Developing consumer-directed care for people with a disability: 10 lessons for user participation in health and community care policy and program development. *Aust Health Rev, 34*(4), 390-394.

Ouwens, M., Hulscher, M., Akkermans, R., Hermens, R., Grol, R., & Wollersheim, H. (2008). The Team Climate Inventory: application in hospital teams and methodological considerations. *Qual Saf Health Care, 17*(4), 275-280.

Ovseiko, P. V., O'Sullivan, C., Powell, S. C., Davies, S. M., & Buchan, A. M. (2014). Implementation of collaborative governance in cross-sector innovation and eduction networks: evidence from the National Health Service in England. *BMC Health Services Research, 14*, 552-566.

Pate, J., Fischbacher, M., & Mackinnon, J. (2010). Health improvement: countervailing pillars of partnership and profession. *Journal of Healt Organization Management, 24*(2), 200-217.

Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: a Realist Perspective*. Londen: SAGE Publications Ltd.

Pawson, R. (2013). *The Science of Evaluation: a Realist Manifesto*. Londen: SAGE Publications Ltd.

Rotmans, J., Kemp, R., & Van Asselt, M. (2001). More evolution than revolution: transition management in public policy. *Foresight, 3*(1), 15 - 31.

Rowe, G., & Frewer, L. J. (2004). Evaluating Public-Participation Exercises: a research agenda. *Science, Technology & Human Values, 29*(4), 512-556.

Ruwaard, S. (2018). *Purchasing healthcare: beyond getting the financial incentives right.* Tilburg: Ipskamp.

Ruwaard, S., Struijs, J. N., Douven, R., & Polder, J. (2015). Leren van zorgbrede bekostiging à la VS. *Medisch Contact, 26* (maart).

Schut, F. T., & Varkevisser, M. (2017). Competition policy for health care provision in the Netherlands. *Health Policy, 121*(2), 126-133.

Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., & Caronna, C. A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Carre*. Chicago: The university of Chicago press.

Shortell, S. M., Colla, C. H., Lewis, V. A., Fisher, E., Kessell, E., & Ramsay, P. (2015). Accountable care organizations: the national landscape. *J Health Politics Policy Law, 40*(4), 647-667.

Siegel, B., Erickson, J., Milstein, B., & Pritchard, K. E. (2018). Multisector Partnerships Need Further Development To Fulfill Aspirations For Transforming Regional Health And Well-Being. *Health Aff (Millwood), 37*(1), 30-37.

Silow-Carroll, S., Edwards, J. N., & Rodin, D. (2013). How Colorado, Minnesota, and Vermont are reforming care delivery and payment to improve health and lower costs. *Commonwealth Fund, 10*, 1-9.

Smith, N., & Barnes, M. (2013). New jobs old roles: working for prevention in a whole-system model of health and social care. *Health Soc Care, 21*(1), 79-87.

Song, Z., Rose, S., Safran, D. G., Landon, B. E., Day, M. P., & Chernew, M. E. (2014). Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *N Engl J Med, 371*(18), 1704-1714.

Steenkamer, B.M.., Baan, C.A., Putters, K., van Oers, H.W., & Drewes, H. (2018a). Population health management guiding principles to stimulate collaboration and improve pharmaceutical care. *J Health Organ Manag, 32*(2), 224-245.

Steenkamer, B.M., Drewes, H. W., Putters, I., Van Oers, H., & Baan, C. A. (2018b). Reorganizing and integrating public health, health care, socialcare and community services: a theory-based framework for Collaborative Adaptive Health Networks to achieve the Triple Aim. Ingediend in *Journal of Health Services Research & Policy*.

Steenkamer, B. M., De Weger, E., Drewes, H. W., Putters,K., Van Oers, H., & Baan, C.A. (2018c). *Internationale studie populatiemanagement*: Presentatie bij het ministerie van VWS op 29 mei 2018.

Steenkamer, B.M., Drewes, H., Van Vooren, N., Baan, C.A., Van Oers, H., & Putters, K. (2018d). Insight into executives expectations of Population Health Managament and how these expectations shape their strategies. *Ingediend in Journal of Health Services Research & Policy*.

Struijs, J. N., Drewes, H. W., Heijink, R., & Baan, C. A. (2015). How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. *Health Policy, 119*(4), 522-529.

Taskforce. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek*. Verkregenvia https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.

Thorson, M., Brock, J., Mitchell, J., & Lynn, J. (2010). Grand Junction, Colorado: how a community drew on its values to shape a superior health system. *Health Affairs, 29*(9), 1678-1686.

Towe, V. L., Leviton, L., Chandra, A., Sloan, J. C., Tait, M., & Orleans, T. (2016). Cross-Sector Collaborations And Partnerships: Essential Ingredients To Help Shape Health And Well-Being. *Health Aff (Millwood), 35*(11), 1964-1969.

Van Vooren, N. J. E., Van Dorst, H. D. C. A., Buist, Y., Kemper, P. F., Lemmens, L. C., Baan, C. A., Drewes, H. W. (2018). *Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel: Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie in 2017.* Bilthoven: RIVM.

VTV (2018). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Verkregen via https://www.vtv2018.nl.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). *Kamerbrief Proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten' (110702-102148-CZ)*. Den Haag: VWS.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016a). *Kamerbrief Voorhang integrale bekostiging geboortezorg (958232-149542-CZ)*. Den Haag: VWS.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016b). *Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten (147077-Z)*. Den Haag: VWS.

Dankwoord

De landelijke monitor proeftuinen is alleen mogelijk geweest dankzij de openheid en medewerking van de betrokken bestuurders, managers en professionals van al de negen proeftuinen. Hierbij willen we onze dank uitspreken voor de grote bereidwilligheid om deel te nemen aan de interviews, het doornemen van de actualisaties en het aanleveren van alle documentatie.

Graag willen we ook Dirk Ruwaard en Marieke Spreeuwenberg van Maastricht University bedanken voor de nauwe samenwerking. Juist de verbinding en synergie tussen het regionaal experimenteren en landelijk leren is inspirerend.

Daarnaast willen we de leden van de begeleidingscommissie bedanken voor het meedenken en de kritische reflectie op het ontwerp en de ontwikkeling van deze monitor. Het was een uitdagend traject door het complexe domeinoverstijgende karakter van populatiemanagement en de continue balans die nodig was tussen beleid, praktijk en wetenschap. Dank voor jullie waardevolle input en gesprekken. In dit proces hebben we helaas onverwacht afscheid moeten nemen van Diny de Bakker, hij overleed eind 2016.

Tot slot, dank voor de collega's die hebben meegedacht met de opzet en uitvoer van de monitor en die kritisch hebben gereflecteerd op dit rapport: Jeroen Struijs, Richard Heijink, Eline de Vries, Hester van Dorst, Eva Mommers, Yvette Buist, Loek Stokx, Loes Hartman, Johan Polder, Monique Leijen en Hans van Oers.

Afkortingen

ACM	Autoriteit Consument en Markt
ACS	Acuut Coronair Syndroom
AHC	Accountable Health Communities
ANW	Avond, nacht en weekend (diensten)
ATC	Anatomical, therapeutical and chemical
AQC	Accountable Quality Contract
AVM	Apothekers Vereniging Maastricht
BART	Bewegen met artrose
BI-tool	Business intelligence tool, data-en kennisinfrastructuur
BRAVO	Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, Ontspanning
CAHN	Collaborative Adaptive Health Networks
CMO	Context-Mechanism-Outcome-relatie (onderdeel realist evaluation methode)
CMS	Centres for Medicare and Medicaid
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease / chronisch obstructieve longziekte
CVRM	Cardiovasculair risicomanagement
CVA	Cerebro Vasculair Accident
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DM	Diabetes mellitus
DOT	DBC's op weg naar transparantie
EVS	Elektronisch voorschrijfsysteem
GES	Geïntegreerd eerstelijns Samenwerken
GG	Gezondheid en gedrag
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GZGR	Gezonde zorg, Gezonde Regio
HAP	Huisartsenpost
Hagro	Huisartsengroep
HbA1c	Hemoglobine A1c (een soort gemiddelde bloedsuikerspiegel)
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KBA	Kaderarts bewegingsapparaat
LDL	Lagedichtheidlipoproteïne (cholesterol)
LMP	Landelijke monitor proeftuinen
MDL	Maag-darm-lever(arts/specialisme)
MFB	Medisch Farmaceutische Beslisregel
M&I	Modernisatie & Innovatie bekostigingsmodule
MKBA	Maatschappelijke Kosten Baten Analyse
MU	Maastricht University
MUMC+	Maastricht Universitair Medisch Centrum
MZ	MijnZorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PDCA	Plan, do, check, actualize
PG	Positieve Gezondheid
PHM	Population Health Management, ook populatiemanagement genoemd
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
PROM	Patient raported outcome measures
R3	Interviewronde 3 van de LMP (zie Bijlage 2)

REOS	Regionale ondersteuningsstructuur
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROI	Return on Investment
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
RVVZ	Reserves Vrijwillige ziekenfondsverzekering, innovatiefonds zorgverzekeraars
SCMO	Strategy-Context-Mechanism-Outcome relatie (onderdeel realist evaluation methode)
SEH	Spoedeisende hulp
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SMZ	Slimmer met Zorg
SSIZ	Samen Sterker in Zorg
TA	Triple Aim
TIPP	Transmuraal Interactief Patiënten Platform
TOM	Thuis onbezorgd mobiel
VSV	Verloskundig samenwerkingsverband
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VVT	Verpleging verzorging en thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VEZN	Versterking Eerstelijn Zuid-Nederland
WBC	Wondbehandelcentrum
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZIP	Zorginhoudelijke pilots
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZ	Ziekte en zorg

Bijlage 1 - Auteurs en begeleidende commissies

Auteurs:

Dr. H.W. Drewes	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
N.J.E. van Vooren, Msc	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Drs. B. Steenkamer	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. P.F. Kemper	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
R.J. Hendrikx, Msc	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Prof. dr. C.A. Baan	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg

Begeleidingscommissie:

Dr. D.H. de Bakker (†2016)	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)
Dr. R. van Breugel	VGZ Zorgverzekeraar
Drs. V.A.J. op den Drink	ROS Robuust
Prof. Dr. T.E.D. van der Grinten	Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, voorzitter
Drs. E.G. Hiddink	Health Base
Dr. J.B.F. Hutten	Ministerie van VWS, Directie Publieke Gezondheid
Dr. P.P.T. Jeurissen	Ministerie van VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
F. Mulder	Ministerie van VWS, Directie Curatieve Zorg
Drs. A.D. Mosterdijk	Ministerie van VWS, Directie Curatieve Zorg (tot 01-03-2015)
Prof. dr. J.A.M. van Oers	RIVM, Bureau Directieraad
Prof. dr. K. Putters	Sociaal Cultureel Planbureau
Prof. dr. F.T. Schut	Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Prof. dr. K. Stronks	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum, Sociale Geneeskunde
Prof. dr. N.J. de Wit	Universiteit Utrecht, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Klankbordgroep RIVM:

Drs. L.I. Hartman	RIVM, Communicatie
Prof.dr. J.A.M. van Oers	RIVM, Bureau Directieraad, voorzitter
Prof.dr. J.J. Polder	RIVM, Bureau Directieraad
Drs. L. Stokx	RIVM, Bureau Directieraad
Dr. J.N. Struijs	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg

Bijlage 2 - Methode en data

Om de drie onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn op verschillende manieren gegevens verzameld. In dit hoofdstuk worden deze manieren en de momenten waarop dat gebeurde, nader toegelicht. In paragraaf 2.1 zijn de gebruikte manieren van gegevensverzameling uiteengezet. In paragraaf 2.2 wordt de onderzoekspopulatie beschreven. In de paragrafen 2.3 t/m 2.7 worden de methoden en, indien van toepassing, de bijbehorende analyses van de afzonderlijke gegevensmodules beschreven.

B2.1 Onderzoekspopulatie

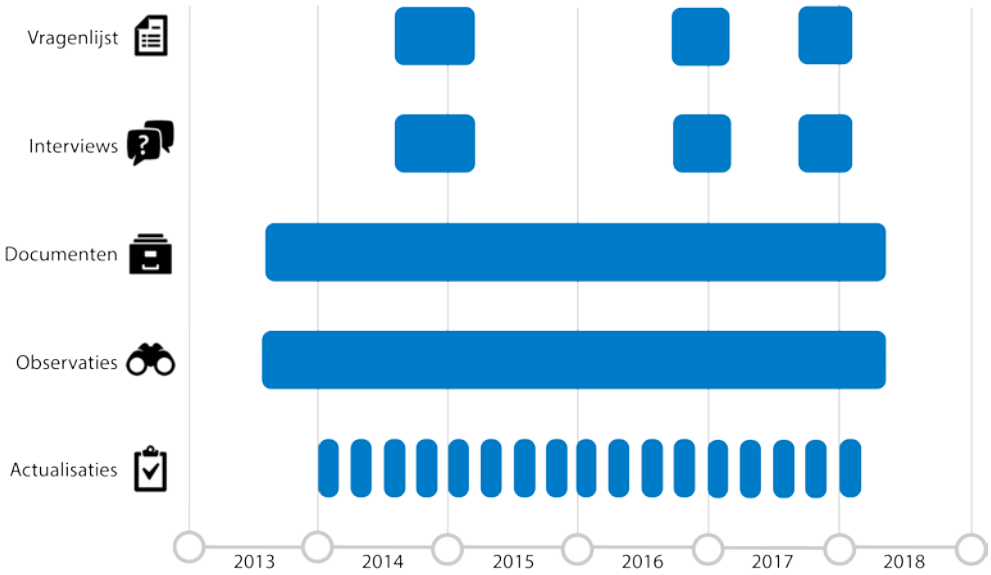
Binnen de Landelijke Monitor Proeftuinen worden negen proeftuinen geëvalueerd. De negen proeftuinen zijn voorgedragen door verzekeraars en vervolgens aangedragen op voordracht van het ministerie van VWS.

De onderzoekspopulatie voor het kwalitatieve onderzoek (zie Figuur B2.1, manieren van gegevensverzameling Landelijke Monitor Proeftuinen) bestaat uit de stakeholders van de proeftuinen; zorggroepen, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, patiënten vertegenwoordiging, gemeenten, bedrijven, scholen, programma managers en betrokken zorgverleners binnen de proeftuinregio's. Daarnaast zijn extern betrokkenen bij de proeftuinen geïnterviewd zoals investeerders/ banken.

Om de effecten op de gezondheid, ervaren kwaliteit van zorg, en kosten in kaart te brengen is aangesloten op de evaluaties zoals deze zijn uitgevoerd binnen de proeftuinen. De onderzoekspopulatie zal dus aansluiten op de doelgroep en de reikwijdte van deze evaluaties. Zie voor uitgebreide informatie van de doelgroepen van de afzonderlijke interventies Bijlage 4.

B2.2 Manieren van gegevensverzameling

Binnen de Landelijke Monitor Proeftuinen zijn meerdere manieren van gegevensverzameling benut (zie Figuur B2.1). Voor het verzamelen van data voor dit rapport is gebruik gemaakt van verschillende manieren van dataverzameling namelijk: 1. observaties van verschillende typen bijeenkomsten waarvan veldnotities zijn gemaakt; 2. de vragenlijst teamklimaat; 3. semi-gestructureerde interviews met leden van de proeftuin of betrokkenen bij de ontwikkelingen van de proeftuinen; 4. Terugkerende actualisaties ter beschrijving van de proeftuin en evaluaties van interventies van de proeftuinen die door de proeftuinen met het onderzoeksteam van de LMP zijn gedeeld; 5. documenten over de proeftuinen (jaarverslagen, artikelen etc) en 6. beschikbare databronnen voor de beschrijving van gezondheid van de populatie, de kwaliteit van zorg en de kosten, aangevuld met een LMP-vragenlijst onder burgers. Deze laatste is in dit rapport buiten beschouwing gelaten omdat deze eerder uitvoerig is beschreven en gerapporteerd (Struijs et al., 2015).



Figuur B2.1: Manieren van gegevensverzameling Landelijke Monitor Proeftuinen

Actualisaties van de beschrijving van de proeftuin
Vanaf de start van de Landelijke Monitor Populatiemanagement is de proeftuinen elk half jaar gevraagd een update te geven van de stand van zaken van de proeftuinen en bijbehorende interventies (zie figuur B2.1). Ieder kwartaal is ook een telefonische actualisatie gedaan om kleinere aanvullingen op de ontwikkelingen door te kunnen geven. Deze updates bevatten zowel informatie over de proeftuin in het algemeen (doelstelling, populatie, monitoring, sturing en financiering) als over de interventies die in de proeftuinen ontplooid worden. De opzet van de updatetabel is gebaseerd op het eerder gepubliceerde analytische raamwerk (Struijs et al., 2015; Drewes et al, 2017). Deze updatetabel is in- en aangevuld door de programmamanager of een andere vertegenwoordiger van de proeftuin.

Documenten
Per proeftuin zijn gedurende de monitorperiode alle relevante, beschikbare, documenten verzameld. Dit zijn documenten die informatie bevatten over enerzijds de proeftuin zelf of over relevante externe ontwikkelingen die van invloed zijn op de proeftuin. Documenten die over de proeftuin zelf zijn aangevraagd zijn onder andere het plan van aanpak, nieuwsbrieven, projectplannen en businesscases. Over documenten m.b.t. relevante externe ontwikkelingen wordt bijvoorbeeld gesproken als er veranderingen in wetgeving en beleid zijn, zowel op regionaal en nationaal niveau. Deze documenten zijn meegenomen zodra uit de interviews of de actualisatie gesprekken bleek dat deze veranderingen effect hadden op de proeftuinen.

Observaties
Gedurende de proeftuinperiode zijn observaties gedaan bij platformbijeenkomsten, werkbezoeken van het VWS, werkgroepen georganiseerd door Vilans, feedbackbijeenkomsten van het RIVM, en bij discussies op conferenties.

Vragenlijst teamklimaat

Om voorafgaand aan het interview een eerste zicht te hebben op het teamklimaat in de proeftuin is een vragenlijst samengesteld. Deze vragenlijst is gebaseerd op de Team Climate Inventory (Ouwens et al. 2008) en meet de houding van de respondent ten opzichte van de visie, de ervaren veiligheid voor participatie, taakgerichtheid, en de ondersteuning bij innovatie. Daarnaast is de vragenlijst aangevuld met vragen over structurele en cognitieve verbondenheid met de proeftuin, vertrouwen, afhankelijkheid en de mate van burgerparticipatie. De vragenlijst is in totaal 152 keer ingevuld, verdeeld over de drie interviewronden. De vragenlijst is als input voor de interviews gebruikt. Teruggebracht naar type actor per proeftuin zijn de aantallen te laag om betrouwbare uitspraken te doen over het teamklimaat als onderdeel van dit rapport. Daarnaast zijn de vragenlijsten door een wisselende samenstelling van respondenten ingevuld, waardoor het niet uit te sluiten is dat mogelijke veranderingen over tijd toe te schrijven zijn aan proeftuinontwikkelingen of aan verschillen in individueel perspectief van de respondenten.

Interviews

Actualisaties proeftuinen

Naast de halfjaarlijkse vragenlijsten voor de beschrijving van de proeftuinen, is elk kwartaal telefonisch contact opgenomen met de proeftuinen om procesveranderingen te kunnen volgen. Tijdens de telefonische actualisaties voor de beschrijving van de proeftuinen, zijn ook procesontwikkelingen bevraagd. Hiervoor is gesproken met de programmamanager van de proeftuin of een andere vertegenwoordiger van de proeftuin op het moment van uitvraag. De notulen van deze gesprekken zijn meegenomen in de analyse van de semigestructureerde interviews.

Semigestructureerde interviews

In Tabel B2.1is weergegeven welke actoren geïnterviewd zijn in de drie interviewrondes. In totaal zijn in 2014, 2016 en 2017 respectievelijk 63, 70 en 74 actoren geïnterviewd. In Tabel B2.2 staan het aantal interviews per proeftuin per interviewronde.

*Tabel B2.1: Aantal geïnterviewde actoren per interviewronde**

	2014	2016	2017
Huisartsen/zorggroep	**12**	**11**	**13**
Bestuurders	2	11	9
Huisartsen	0	0	4
Ziekenhuis	**14**	**12**	**14**
Bestuurders	9	2	13
Specialisten	5	0	1
Verzekeraars	**9**	**12**	**11**
CZ	2	3	2
VGZ	3	3	2
Z&Z	1	2	2
Menzis	1	2	1
Achmea	1	1	1
DFZ	1	1	2
Overige	**3**	**5**	**7**
Gemeenten	**4**	**16**	**10**
Bedrijfsleven	**0**	**2**	**2**
Patiëntenvertegenwoordigers	**9**	**5**	**7**
Programmamanagers	**9**	**7**	**10**
Totaal aantal geïnterviewden	**63**	**70**	**74**

* Binnen de categorie 'overige' vallen zorgorganisaties en scholen.

*Tabel B2.2: Aantal geïnterviewden per proeftuin per interviewronde**

	2014	2016	2017
Blauwe Zorg	7	8	11
Friesland Voorop	8	8	9
Goed*leven*	9	7	10
MijnZorg	8	8	14
GZGR	6	10	10
PELGRIM	6	8	8
Samen Sterker in Zorg	7	9	6
Slimmer met Zorg	12	16	8
Vitaal Vechtdal	6	5	12

*Er zijn geïnterviewden, met name vanuit de verzekeraars maar ook vanuit patiëntvertegenwoordiger, die bij meerdere proeftuinen tegelijk betrokken zijn en zodanig dubbel worden meegeteld.

Purposive sampling: vertegenwoordiging van alle deelnemende typen actoren

Op basis van eerdere interviewrondes met de proeftuinen en in overleg met de programmamanager of een andere vertegenwoordiger van de proeftuin, is een lijst gemaakt van alle deelnemende stuurgroepleden of stakeholders die betrokken zijn bij de proeftuinen. Van deze lijsten is een selectie gemaakt met als uitgangspunt om alle deelnemende typen actoren gewaarborgd te hebben. Naast de geselecteerde bestuurders zijn per proeftuin zorgverleners (huisartsen of specialisten) geselecteerd die op aangeven van de proeftuin betrokken zijn bij een of meerdere projecten binnen de proeftuin.

Interviews op basis van topiclijst

In de interviewleidraad van de drie interviewrondes zijn de volgende thema's aan bod gekomen: algemene leerervaringen met de proeftuin, ervaringen met alternatieve bekostiging, met het ontwikkelen van

informatie-infrastructuur, en met de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars. Daarnaast is gevraagd naar ervaringen uit de regio die van invloed zijn op het handelen binnen de proeftuin, naar het toekomstperspectief van het netwerk, en naar aanbevelingen voor VWS en andere proeftuinen. Bij de opbouw van de interviewleidraad is gebruik gemaakt van de 'realist evaluation' benadering, wat de mogelijkheid biedt om de complexiteit van de ontwikkeling van de proeftuinen te ontrafelen. Bij deze benadering kijkt men naar het mechanisme dat verklaart waarom en hoe een strategie in een specifieke context leidt tot een specifieke uitkomst. Een gedetailleerde beschrijving van de methoden staat in tekstbox B2.1.

Afname en goedkeuring interviews
Alle interviews zijn door een of twee onderzoekers afgenomen. Voorafgaand aan de interviews is een informed consent getekend, waarbij de te interviewen persoon goedkeuring geeft dat hij wordt geïnterviewd, dat het interview wordt opgenomen en dat de resultaten vertrouwelijk worden verwerkt. De geluidsopnames zijn letterlijk getranscribeerd, en daar waar gewenst ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewde. De transcripten zijn gebruikt voor de analyse.

Interviews vertrouwelijk verwerkt
In de interviews wordt onder andere gevoelige informatie behandeld waar de onderzoekers van de LMP voorzichtig mee om willen gaan. Om deze reden zijn de namen van personen en organisaties niet toegevoegd in deze rapportage.

Tekstbox B2.1 Realist Evaluation
Bij de 'realist evaluation' benadering richt men zich op het identificeren van 'wat werkt, voor wie, in welke context en met welke uitkomst' (Pawson, 2013). Dit wordt binnen de realist evaluation benadering ook wel aangeduid als de link tussen de context (C), mechanismen (M) en outcome (O), beïnvloedt door bepaalde strategieën die zijn ingezet, de zogenaamde CMO's. De analyse voor dit rapport was gericht op het identificeren van strategieën die ingezet zijn om naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem te ontwikkelen. Om deze reden wordt de strategie (S) expliciet benoemd in de CMO configuratie; in dit rapport wordt dus gesproken over SCMO's.

S	+	C	+	M	=	O

S-C-M-O configuration (Pawson, 2006 aangepast)

Toelichting op de S, C, M, O in deze studie:
Strategie (S): De strategieën in deze studie hebben betrekking op de reorganisatie en integratie van preventie, zorg en welzijn om de TA te realiseren. Vanuit het perspectief van de realist benadering kunnen strategieën de bestaande context beïnvloeden door bijvoorbeeld de inzet op informatie, vaardigheden, materiële middelen, en ondersteuning. Hoe mensen hun motivaties, logica's of gedrag veranderen (mechanisme) als gevolg van de middelen en kansen die tot hun beschikking komen in een bepaalde context, beïnvloed het resultaat van deze strategieën.

Context (C): Contextuele factoren zijn de verschillende multilevel sociaal-culturele, relationele, economische, politieke en historische factoren.
Mechanisme (M): Mechanismen zijn de veranderingen in gedrag of redeneringen van stakeholders die veroorzaakt worden door veranderingen in de context.
Outcome (O): Uitkomsten worden gedefinieerd als de proximale, tussentijdse of definitieve uitkomsten van strategieën.

De zogenaamde 'traditionele' realistische reviews resulteren in de presentatie van (S)CMO-configuraties die mogelijk overdraagbaar zijn over contexten en populaties. Echter, vanuit de praktijk bestaat de wens naar actiegerichte principes voor samenwerking op populatie niveau en naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. In deze studie zijn daarom, geïnspireerd op Willis et al. (2016), de ' SCMO's geclusterd tot toepasbare leidende principes, met de bijbehorende relaties tussen strategie- context-,mechanisme en uitkomst die van invloed zijn op het wel of niet succesvol inzetten op dit principe. De clustering is gedaan op basis van uitkomsten die van belang zijn om naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem te bewegen en die veelvuldig terugkwamen in de resultaten (bijvoorbeeld onderling draagvlak, een data- en kennisinfrastructuur, burgerparticipatie). Door het clusteren op uitkomst is het mogelijk dat bepaalde strategieën (bijvoorbeeld het inzetten van een visionair leider) van toepassing zijn op meerdere leidende principes.

B2.3 Analyse

Thematisch coderen
De observaties, interview transcripten en documenten zijn met behulp van MaxQDA en Microsoft Excel 2010 geanalyseerd. De documenten zijn gecodeerd op basis van de componenten van het CAHN raamwerk (tabel B2.3). De coderingen zijn gecontroleerd door een tweede codeur en in overleg met het onderzoeksteam, bestaande uit 5 onderzoekers, zijn de codes verwerkt.

Vormen van leidende principes
Op basis van de gecodeerde componenten van het CAHN raamwerk zijn leidende principes gevormd De leidende principes zijn gebaseerd op de informatie van de proeftuinen tussen 2014 - 2017. Leidende principes zijn een uitkomst van de *realist evaluation* benadering binnen de Landelijke Monitor van de Proeftuinen. Bij deze benadering ben je op zoek naar het verklarende mechanisme waarom en hoe een specifieke strategie in een specifieke context heeft geleid tot een specifieke uitkomst, zogenaamde SCMO's (zie Tekstbox B2.1). Er zijn verschillende stappen gemaakt in de analyse, deze staan in Tekstbox B2.2.

Plaatsing van de leidende principes in de ontwikkeling naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem
Op basis van internationale literatuur is verondersteld dat afhankelijk van de ontwikkelingsfase van populatiegerichte initiatieven andere factoren meespelen. Na een inventarisatie van de internationale literatuur die de ontwikkeling van samenwerking over de domeinen van

populatiegerichte initiatieven beschrijft, blijkt het raamwerk van Erickson et al. (2017), het best passend om de ontwikkeling van PHM initiatieven weer te geven. Voor de LMP is dit kader als basis gebruikt, maar in een iteratief proces aangepast naar de Nederlandse proeftuincontext. Dit heeft geleid tot 5 PHM fasen (Zie Bijlage 3). Om de SCMO's van de acht leidende principes te kunnen plaatsen, zijn, op basis van de 5 PHM fasen, vervolgens specifiekere start- en eindpunten van de fasen gedefinieerd voor ieder leidend principe (zie ook Bijlage 3). De SCMO's zijn op basis van deze afkappunten door twee onderzoekers geplaatst in de bijbehorende ontwikkelingsfase.

Tekstbox B2.2: Uitgevoerde processtappen om te komen tot de leidende principes

1. **Vormen van de SCMO's**
   Op basis van de data uit interviews en actualisaties t/m juli 2017 zijn zogenoemde Strategie, Context, Mechanisme en Outcome relaties (SCMO's) geïdentificeerd. Deze SCMO's zijn op basis van het mechanisme geclusterd binnen het CAHN raamwerk (Tabel B2.3), om waar mogelijk overeenkomende SCMO's samen te voegen en zo de hoeveelheid SCMO's te comprimeren. De identificatie van de SCMO's en de plaatsing hiervan is door twee onderzoekers apart gedaan, ieder voor de helft van de data. De formulering van de SCMO's en de plaatsing hiervan is naderhand door de andere onderzoeker gecontroleerd.
2. **Clusteren van de SCMO's tot leidende principes**
   Voor het vormen van de concept- leidende principes zijn de SCMO's uit de periode t/m juli 2017 geclusterd op basis van uitkomst. Aangezien de clustering op uitkomst is gedaan, is het mogelijk dat meerdere componenten uit het CAHN raamwerk een rol spelen in één leidend principe.
3. **Verscherpen van de leidende principes**
   De gevormde concept-leidende principes zijn gebaseerd op de SCMO's uit de periode t/m juli 2017. Uit de transcripten van de interviewronde van september 2017 t/m januari 2018 zijn ook SCMO's geïdentificeerd met als doel de concept-leidende principes te controleren op volledigheid en waar nodig aan te vullen. Deze SCMO's zijn door vier onderzoekers (waarvan twee onderzoekers ook bij fase 1 en 2 betrokken waren) geïdentificeerd en onderling gecontroleerd.

   Deze nieuwe SCMO's zijn wederom op basis van de uitkomst geplaatst onder de concept-leidende principes waar mogelijk. Aan de hand hiervan zijn de Strategieën onder ieder leidend principe verscherpt en/of zijn nieuwe strategieën met bijbehorende CMO's toegevoegd.

Tabel B2.3 Het CAHN raamwerk: componenten; beschrijving en onderliggende theorieën, modellen, reviews en literatuur (referentielijst apart opgenomen onder deze tabel)

Componenten en onderliggende primaire literatuur	Beschrijving	Onderliggende theorieen (T), modellen (M), reviews (R) of literatuur (L)*
1. Sociale krachten (Social forces) (1-20)	Krachten op het institutionele niveau die richting geven aan het gedrag van mensen, en omvat: 1.Culturele-cognitieve krachten: wat normaliter gebeurt 2. Normatieve krachten: wat zou moeten gebeuren 3. Regulatieve krachten: wat moet gebeuren	T: Neo-institutional theory (21) ; System dynamic perspective (22); Social Identity theory (23); Boundary object theory (24); Rhetorical theory (25); Actor network theory (26) M: Model of radical change (27) R: (28) L: (29-32)
2. Mensen en middelen (Resources) (2-6, 8-11, 13-17, 20, 33-49)	Mensen en middelen die nodig zijn om gewenste en aangeboden diensten te verlenen rekening houdend met de (veranderde) behoefte van de doelgroepen.	T: Neo-institutional theory (21)
3. Bekostiging en contractering (Finance) (3, 5, 16, 17, 19, 20, 33, 38, 39, 41-43, 45, 47-50)	Bekostiging en contractering op organisatorisch niveau, en omvat financiële strategieën, contractuele relaties en contractuele scope en voorschriften	T: Economic theory (51-53); Social-legal contract theory (54) M: Logic Model of Fisher et al. (55) R: (56-60) L: (54, 61-67)
4. Relaties (Relations) (1, 3, 7-9, 13, 14, 18-20, 33, 35, 37, 38, 42-45, 48, 49)	Relaties op het interpersoonlijke niveau en omvat en wordt beïnvloedt door: 1. Vertrouwen 2. Openstaan voor nieuwe ideeën 3. Aandacht voor de eenieders rol in grotere geheel 4. Respectvolle interactie 5. Groepsdiversiteit 6. Werk en niet-werk gerelateerde conversaties en/of activiteiten 7. Manieren van communicatie, 8. Voorgaande werkrelatie	M: Relationship model of Lanham et al. (68)

Componenten en onderliggende primaire literatuur	Beschrijving	Onderliggende theorieen (T), modellen (M), reviews (R) of literatuur (L)*
5. Overheidsbeleid (Regulations) (9, 10, 12, 14, 20, 35, 40, 42, 43, 45, 47)	Wet- en regelgeving en beïnvloeding van beleid(ontwikkeling) en politiek(-e vertegenwoordigers), en politieke agendering van problemen	M: Multiple streams model (69) L: (70-72)
6. Speelveld (Market) (1-3, 5-10, 12, 14-16, 18-20, 33, 35, 37, 38, 40-50, 73)	De lokale gezondheidsmarkt omvat: 1. relaties tussen organisaties bestaande uit vertrouwen tussen organisaties, overeenstemming op doelstellingen, betrokkenheid, en voorgaande werkrelaties; 2. de structuur en dynamiek van de lokale gezondheidsmarkt bestaande uit de aanwezigheid en vorm van lokale samenwerkingsverbanden, de mate van marktconcentratie, de mate van samenwerking en competitie tussen aanbieders.	T: Organizational theory (74); Theory of sense of community (75) M: Logic Model of Fisher et al. (55) R:(76) L: (64, 77, 78)
7. Leiderschap (Leadership) (3-7, 9, 12-15, 17-19, 33-37, 40, 43, 45-49, 73, 79)	Leiderschap structuren, processen en stijlen die ondersteuning bieden en richting geven aan samenwerkingsprocessen tussen organisaties en systemen	L: (58, 80-94)
8. Verantwoording (Accountability) (4, 5, 10, 17, 36, 40, 41, 48, 50, 79)	Het proces van verantwoording van acties en prestaties van de ene partij naar de andere partij, met of zonder consequenties, specifiek: wie is verantwoordelijk voor wat en hoe	R: (95) L: (61, 66, 96-102)

Literatuurlijst behorend bij tabel B2.3:

1. King G, O'Donell C, Boddy D, Smith F, Heaney D, Mair FS. Boundaries and e-health implementation in health and social care. BMC Med Inform Dec Making. 2012;12(100):1-11.
2. Smith N, Barnes M. New jobs old roles: working for prevention in a whole-system model of health and social care. Health Soc Care. 2013;21(1):79-87.
3. Chreim S, Williams BE, Coller KE. Radical change in healthcare organization: mapping transistion between templates, enabling factors, and implementation processes. J Healt Org Man. 2012;26(2):215-36.
4. Zenty TF, Bieber EJ, Hammack ER. University hospitals: creating the infrastructure for quality and value through accountable care. Frontiers Health Serv Manag. 2014;30(4):21-33.
5. Bachrach D, du Pont L, Lipson M. Arkansas: a leading laboratory for health care payment and delvery system reform. Commonwealth Fund 2014;20:1-17.
6. Pate J, Fischbacher M, Mackinnon J. Health improvement: countervailing pillars of partnership and profession. Journal of Healt Organization Management. 2010;24(2):200-17.
7. Hearld LR, Alexander JA, Mittler JN. Fostering change within organizational participants of multisector health care alliances. Health Care Manag Rev. 2012;37(3):267-79.
8. Greenhalgh T, Macfarlane F, Barton-Sweeney C, Woodard F. If we build it, will it stay? A case study of the sustainability of whole-system change in London. Milbank Quarterly. 2012;90(3):516-47.
9. Macfarlane F, Barton-Sweeney C, Woodard F, Greenhalgh T. Achieving and sustaining profound institutional change in healthcare: case study using neo-institutional theory. Soc Sci Med. 2013;80:10-8.
10. Judd J, Keleher H. Reorienting health services in the Northern Territory of Australia: a conceptual model for building health promotion capacity in the workforce. Glob Health Prom. 2013;20(2):53-63.
11. Sullivan H, Williams P. Whose kettle? exploring the role of objects in managing and mediating the boundaries of integration in health and social care. J Healt Org Man. 2012;26(6):697-712.
12. Oborn E, Barrett M, Exworthy M. Policy entrepreneurship in the development of public sector strategy: the case of London health reform. Pub Admin. 2011;89(2):325-44.
13. Illback RJ, Bates T, Hodges C, Galligan K, Smith P, Sanders D, et al. Jigsaw: engaging communities in the development and implementation of youth mental health services and supports in the Republic of Ireland. J Ment Health. 2010;19(5):422-35.
14. Barnett J, Vasileiou K, Djemil F, Brooks L, Young T. Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2011;11(342):1-12.
15. Hearld LR, Alexander JA. Governance processes and change within organizational participants of multi-sectoral community health care alliances: the mediating role of vision, mission, strategy agreement and perceived alliance vallue. Am J Community Psychol. 2014;53:185-97.

16. Allen A, Des Jardins TR, Heider A, Kanger CR, Lobach DF, McWilliams L, et al. Making it local: beacon communities use health information technology to optimize care management. Pop Health Man. 2014;17(3):149-58.
17. Bull JH, Whitten E, Morris J, Nugent Hooper R, Wheeler JL, Karmal A, et al. Demonstration of a sustainable community-based model of care across the palliative care continuum. J Pain Sympt Man. 2012;44(6):797-809.
18. Hearld LR, Alexander JA, Beich J, Mittler JN, O'Hora JL. Barriers and strategies to align stakeholders in healtcare alliances. Am J Manag Care. 2012;18:S148-S56.
19. Thorson M, Brock J, Mitchell J, Lynn J. Grand Junction, Colorado: how a community drew on its values to shape a superior health system. Health Affairs. 2010;29(9):1678-86.
20. Zachariadis M, Oborn E, Barrett M, Zollinger-Read P. Leadership of healthcare commissioning networks in England: a mixed-methods study on clinical commissioning groups. BMJ Open. 2012;3:1-14.
21. Scott WR, Ruef M, Mendel PJ, Caronna CA. Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Carre. Chicago: The university of Chicago press; 2000.
22. Gruen RL, Elliott JH, Nolan ML, Lawton PD, Parkhill A, McLaren CJ. Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. Lancet. 2008;372:1579-89.
23. Tajfel H. Social Categorization. In: Moscovici S, editor. Introduction a la Psychologie Sociale. Paris: Larouse; 1972. p. 272-302.
24. Fong A, Valerdie R, Srinivasan J. Boundary objects as a raamwerk to understand the role of systems integrators. Systems Research Forum. 2007;2(1):11-8.
25. Suddaby R. Challenges for institutional theory. J Manag Inq. 2010;19(1):14-20.
26. Bisset S, Potvin L. Expanding our conceptualization of program implementation: lessons from the genealogy of a school-based nutrition program. Health Educ Res. 2007;22(737-746).
27. Greenwood R, Huinnings CR. Understanding radical organizational change: bringing together the old and the new institutionalism. Acad Manag Review. 1996;21(4):1022-54.
28. Weick KE, Quinn RE. Organizational change and development. Annu Rev Psychol. 1999;50(361-386).
29. Weick KE. Sensemaking in organizations. London: Sage Publications; 1995.
30. Senge P, Kaeufer KH. Creating change. Exec Focus. 2000;17:4-5.
31. Haslam SA. Psychology in organizations: the social identity approach. London: Sage publishers; 2001.
32. Carlile PL. A pragmatic view of knowledge and boundaries: boundary objects in new product development. Organiz Science. 2002;13(4):443-55.
33. Shaw SE, Smith JA, Porter A, Rosen R, Mays N. The work of commissioning, a multisite case study of healtcare commisioning in England's NHS. BMJ Open. 2013;3:1-10.
34. Ottmann GF, Laragy C. Developing consumer-directed care for people with a disability: 10 lessons for user participation in health and community care policy and program development. Aus Health Rev. 2010;34:390-4.

35. Liddy C, Johnston S, Irving H, Nash K. The community connection model: implementtion of best evidence into practice for self-management of chronic diseases. Public Health. 2013;127(6):538-45.
36. Checkland KC, Coleman A, McDermott I, Segar J, Miller R, Petsoulas C, et al. Primary care-led commissioning: applying lessons from the past to the early development of clinical commissioning groups in England. Br J Gen Pract. 2013(September):611-9.
37. O'Brien DM, Kaluzny AD. The role of public-private partnership: translating science to improve care in the community. J Healthcare manag. 2014;59(1):17-29.
38. McHugh MC, Harvey JB, Aseyev D, Alexander JA, Beich J, Scanlon DP. Approaches to improving healthcare delivery by multi-stakeholder alliances. Am J Manag Care. 2012;18:S156-S62.
39. Ingram RC, Scutchfield FD, Mays GP, Bhandari MW. The economic, institutional, and political determinants of public health delivery system structures. Pub Health Reports. 2012;127:208-15.
40. Ovseiko PV, O'Sullivan C, Powell SC, Davies SM, Buchan AM. Implementation of collaborative governance in cross-sector innovation and eduction networks: evidence from the National Health Service in England. BMC Health Services Research. 2014;14:552-66.
41. Armstrong MI, Milch H, Curtis P, Endress P. A business model for managing system change through strategic financing and performance indicators: a case study Am J Commun Psychol 2012;49:517-25.
42. Petsoulas C, Allen P, Checkland KC, Coleman A, Segar J, Peckham S, et al. Views of NHS commissioners on commissioning support provision: evidence from a qualitative study examining the early development of clinical commissioning groups in England. BMJ Open. 2014;4:1-9.
43. Lebrun LA, Shi L, Chowdhury J, Sripipatana A, Zhu J, Sharma R, et al. Primary care and public health activities in select US health centers. Am J Prev Med. 2012;42(6S2):S191-S202.
44. Willem A, Gemmel P. Do governance choices matter in health care networks?: an exploratory configuration study of health care networks. BMC Health Serv Res. 2013;13(229):1-10.
45. Silow-Carroll S, Edwards JN, Rodin D. How Colorado, Minnesota, and Vermont are reforming care delivery and payment to improve health and lower costs. Commonwealth Fund. 2013;10:1-9.
46. Breton M, Denis J-L, Lamothe L. Incorporating public health more closely into local governance of health care delivery: lessons from the Quebec experience. Canadian Journal of Public Health. 2010;101(4):314-7.
47. Plochg T, Schmidt M, Klazinga NS, Stronks K. Health governance by collaboration: a case study on an area-based programme to tackle health inequalities in the Dutch city of the Hague. Eur J Pub Health. 2013:1-7.
48. Larson BK, Van Citters AD, Kreindler SA, Carluzzo KL, Gbemudu JN, Wu FM, et al. Insights from transformations under way at four Brookings-Dartmouth accountable care organization pilot sites. Health Affairs. 2012;31(11):2395-406.

49. Lewis VA, Colla CH, Tiernay K, Van Citters AD, Fisher ES, Meara E. Few ACOs pursue innovative models that integrate care for mental illness and substance abuse with primary care. Health Affairs. 2014;10:1808-16.
50. Smith P, Mackintosh M, Ross F, Clayton J, Price L, Christian S, et al. Financial and clinical risk in health care reform. J Health Serv Res Policy. 2012;17(S2):11-7.
51. Milgrom P, Roberts R. Economics, organization and management. New Jersey: Prentice Hall; 1992.
52. Tirole J. The internal organization of government. Oxford Econ Papers. 1994;46:1-29.
53. Taylor-Gooby P, Zinn JO. Risk in social science. Oxford: Oxford University Press; 2006.
54. Petsoulas C, Allen P, Hughes D, Vincent-Jones P, Roberts J. The use of standard contracts in the English National Health Service: a case study analysis. Social Science and Medicine. 2011;73(2):185-92.
55. Fisher ES, Shortell SM, Kreindler SA, Van Citters AD, Larson BK. A raamwerk for evaluating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations. Health Affairs. 2012;31(11):2368-78.
56. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patients outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2011;6(7):1-83.
57. Pires SA, Stroul BA, Armstrong MI, McCarthy J, Pizzigati KA, Wood G. Financial strategies for systems of care. Stroul B, Blau GM, editors. Baltimore, MD: Paul H. Brookes; 2008.
58. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. J Pub Admin Res Theory. 2007;18:543-71.
59. Hughes D, Petsoulas C, Allen D. Contracting in the English NHS: markets and social embeddedness. Health Sociol Rev. 2011;20:321-37.
60. Le Grand J, Mays N, Mulligan J. Learning from the NHS internal market: a review of the evidence. London: King's Fund; 1998.
61. Chernew ME, Mechanic RE, Landon BE, Safran DG. Private-payer innovation in Massachusetts: the "alternative quality contract". Health Affairs. 2011;30(1):51-61.
62. NHS. Developing commisioning support: towards service excellence. London: NHS England; 2012.
63. Ferlie E, McGivern G. Relationships between health care organisations: a critical overview of the literature and a research agenda. London: National co-ordinating centre for NHS service delivery and organisation R&D; 2003.
64. Berwick DM. Making good on ACO's promise: the final rule for the Medicare shared savings program. Engl J Med. 2011;365(19):1753-6.
65. Charlesworth A, Cooper Z. Making competition work in the English NHS: the case for maintaining regulated prices. Journal of Health Services and Research Policy. 2011;16(4):193-4.
66. Gravelle H, Suton M, Ma A. Doctot behaviour under a pay for performance contract: treating, cheating and case finding. Econ J. 2010;120:F129-F56.

67. Rosser WW, Kasperski J. Organizing primary care for an integrated system. Heath Care Pap. 1999;1(1):5-21.
68. Lanham HJ, McDaniel RR, Crabtree BF, Miller WL, Stange KC, Tallia AF, et al. How improving practice relationships among clinicians and nonclinicians can improve quality in primary care. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2009;35(9):457-66.
69. Kingdon JW. Agendas, Alternatives and Public Policies. New York: HarperCollins College Publishers; 1995.
70. Christensen CM, Grossman JH, Hwang MD. The innovator's prescription: a disruptive solution for health care. New York: McGraw Hill; 2009.
71. Hwang MD, Christensen CM. Disruptive innovation in health care delivery: a raamwerk for business model innovation. Health Affair. 2008;27(5):1329-35.
72. Dutton J, Dukerich J. Keeping an eye on the mirror: image and identity in organizational adaptation. Acad Manag J. 1991;34(3):517-54.
73. Ford JH, Krahn D, Anderson Oliver K, Kirchner J. Sustainability in primary care and mental health integration projects in veteran health administration. Q Manag Health Care. 2012;21(4):240-51.
74. Pettigrew A. Context and action in the transformation of the firm. J Manag Stud. 1987;24(6):649-70.
75. McMillan DW, Chavis DM. Sense of community: a definition and theory. American Journal of Community Psychology. 1986;14(1):6-23.
76. Dowling B, Powell M, Glendinning C. Conceptualizing successful partnerships. Health Soc Care Commun. 2004;12(4):309-17.
77. Dawson P. Organisational change: processual approaches. London: Chapman; 1994.
78. Pettigrew A. Longitudinal field research on change: theory and practice. Organiz Science. 1990;1(3):267-92.
79. Addicott R, Shortell SM. How "accountable" are accountable care organizations? Health Care Manage Rev. 2014;39(4):270-8.
80. Lasker RD, Weiss ES. Broadening participation in community problem solving: a multidisciplinary model to support collaborative practice and research. J Urban Health. 2003;80(1):14-47.
81. Allen NE, Watt KA, Hess JZ. A qualitative study of the activities and outcomes of domestic violence coordinating councils. Am J Community Psychol. 2008;41(1-2):63-73.
82. Allen NE, Javdani S, Lehrner AL, Walden AL. Changing the text: Modeling council capacity to produce instutionalized change. Am J Community Psychol. 2012a;49(3-4):317-31.
83. Allen NE, Larsen SE, Javdani S, Lehrner AL. Council-based approaches to reforming the health care response to domestic violence:: promising findings and cautionary tales. Am J Community Psychol. 2012b;50(1-2):50-63.
84. Nargiso JE, Frien KB, Egan C, Florin P, Stevenson J, Amodei B, et al. Coalitional capacities and environmental strategies to prevent underage drinking. Am J Community Psychol. 2013;51(1-2):222-31.
85. Javdani S, Allen NE. Proximal outcomes matter: a multilevel examination of the processes by hich coordinating councils produce change. Am J Community Psychol. 2011a;47(1-2):12-27.

86. Javdani S, Allen NE. Councils as empowering contexts: Mobilizing the front line to foster system change in the response to intimate partner violence. Am J Community Psychol. 2011b;48(3-4):208-21.
87. Fawcett SB, Paine-Andrews A, Francisco VT, Schultz JA, Richter KP, Lewis RK. Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. Am J Community Psychol. 1995;23(5):677-97.
88. Metzger ME, Alexander JA, Weiner BJ. The effects of leadership and governance processes on member participation in community health conditions. Health Educ Behav. 2005;32(4):455-73.
89. Florin P, Mitchell R, Stevenson J, Klein I. Predicting intermediate outcomes for prevention coalitions: a developmental perspective. Evalu Prog Plan. 2000;23(3):341-6.
90. Weiner BJ, Alexander JA, Shortell SM. Management and governance processes in community health coalitions: a procedural justice perspective. Health Educ Behav. 2002;29(6):737-54.
91. Ostrom E. Governing the commons: the evolution of institutions for collective action. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
92. Hasnain-Wynia R, Sofaer S, Bazzoli GJ, Alexander JA, Shortell SM, Conrad DA, et al. Members' perceptions of community care network partnerships' efectiveness. Med Care Res Rev. 2003;60(4 Suppl):S40-S62.
93. Buchanan DA, Addicott R, Fitzgerald L, Ferlie E, Baeza JI. Nobody in charge: distributed change agency in healthcare. Human Relations. 2007;60(7):1065-90.
94. West M, Armit K, Loewenthal L, Eckert R, West T, Lee A. Leadership and leadership development in healthcare: the evidence bse. London: The Faculty of Medical Leadership and Management; 2015.
95. Alexander JA, Comfort ME, Weiner BJ. Governance in public-private community health partnerships: a survey of the community care network demonstration sites. Nonprofit Manag Leadership. 1998;8(4):311-32.
96. Emanuel EJ. Difficulties in in making accountability practical. Rosen B, Israel A, Shortell SM, editors. New Jersey: World Scientific Press; 2012.
97. Day P, Klein R. Accountabilities: five public services. London: Tavistock; 1987.
98. Shortell SM, Waters M, Clarke KW, Budetti PP. Physicians as double agents: maintaining trust in an era of multiple accountabilities. JAMA. 1998;280(12):1102-8.
99. Armstrong MI, Evans ME. Fostering an unnatural act: does policy make a difference? Best Pract Ment Health. 2010;6(2):27-38.
100. Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C. Development, implementation, and process evaluation of a regional palliative care quality improvement project. J Pain Sympt Man. 2009;38:483-95.
101. Golden B. Transforming healthcare organisations. Healthcare Quart. 2006;10:10-9.
102. Weiner BJ, Alexander JA. The challenges of of governing public-private community health partnerships. Health Care Manage Rev. 1998;23(2):39-55.

Bijlage 3 - Definities van ontwikkelingsfasen

Leeswijzer
In deze bijlage worden de definities van de ontwikkelingsfasen, zoals gebruikt in dit rapport, nader beschreven. Bovendien wordt beschreven welke aanpassingen zijn gedaan op de fasen-definities van het ReThink Health raamwerk (Erickson et al., 2017). De afbakening van de fasen is in Tekstbox 3.3 van hoofdstuk 3 beschreven. De onderzoekers hebben aanvullend ook een afbakening per leidend principe beschreven om de plaatsing van de verschillende strategieën inzichtelijk te maken.

B3.1 Fase 1: Bereidheid tot deelname aan het PHM initiatief

Een selectie van stakeholders vanuit het zorgsysteem (bijvoorbeeld zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patientorganisaties)komen overeen diensten te reorganiseren en te integreren over de grenzen van domeinen heen om de Triple Aim te behalen. Gestart wordt met het samenwerken aan specifieke interventies voor specifieke patiënten populaties die bijdragen aan het oplossen van een probleem in de regio. De domeinoverstijgende coördinatie van deze inspanningen is beperkt maar in ontwikkeling. Stakeholders zijn zich bewust van het potentieel voor regionale invloed en onderlinge afhankelijkheid. Stakeholders ontwikkelen een visie en doelen voor de regio, waaronder ook aandacht is voor preventie (publieke gezondheid, en Triple Aim) en een passende governance structuur.

Aanpassingen op ReThink Health definitie
Toegevoegd is bewustzijn voor het potentieel van regionale invloed en onderlinge afhankelijkheid, om zo te benadrukken dat de samenwerking voor langere termijn wordt aangegaan. ReThink Health benoemd in fase 1 samenwerking om een lokaal probleem op te lossen gaat fase 1 van dit rapport over de overeenstemming om samen te werken in het kader van reorganisatie en integratie van diensten over de domeinen heen in het kader van het behalen van de Triple Aim doelstellingen. Verder wordt in deze fase 1 geduid dat de coördinatie van de inspanningen beperkt is, maar wel in ontwikkeling. Deze notie doet recht aan de aandacht die aan de coördinatie wordt besteed. In de ReThink fasen wordt niet specifiek ingegaan op de ontwikkeling van coördinatie.

Afbakening van fase 1 per leidend principe
Leidend principe 1: *Start:* vanuit de wens om gezamenlijk zorg, welzijn en preventie vorm te geven wordt een gezamenlijke visie vormgegeven. *Eind:* de gezamenlijke visie wordt gedragen door de stakeholders, mondeling of in een convenant.
Leidend principe 2: *Start:* inzetten op bewustwording van de mogelijkheid van het veranderen van de eigen rol en bewustwording van het belang elkaar te leren kennen, voor het vormen van een gezamenlijke visie. *Eind:* er wordt actief geïnvesteerd op interactie om samenwerking te bevorderen.
Leidend principe 3: *Start*: inzetten op bewustwording van gezamenlijk probleem eigenaarschap. *Eind:* er wordt gezamenlijke

verantwoordelijkheid genomen op het portfolio d.m.v. een convenant of een mondelinge overeenkomst.
Leidend principe 4: *Start:* start communicatie met politiek gericht op knelpunten met betrekking tot het operationaliseren van de gezamenlijke visie. *Eind:* communicatie met politieke vertegenwoordigers.
Leidend principe 5: *Start:* inzetten op het benutten van mogelijkheden voor financiële baten als motivator voor het creëren van gezamenlijk draagvlak. *Eind:* er is een gezamenlijk draagvlak.
Leidend principe 6: *Start:* inzichtelijk maken welke randvoorwaarden benodigd zijn voor het vormgeven van de data en kennisinfrastructuur. *Eind:* de benodigde randvoorwaarden zijn inzichtelijk.
Leidend principe 7: *Start:* organiseer inzicht in en input van burgerperspectieven in het PHM-initiatief. *Eind:* er is geïnvesteerd in inzicht en input van burgerperspectieven.
Leidend principe 8: *Start:* inzetten van passend leiderschap, qua type en representatie, om stakeholders te motiveren voor de gezamenlijke visie. *Eind:* stakeholders onderkennen de gezamenlijke visie.

B3.2 Fase 2: Actief meedoen aan interventies binnen het PHM initiatief

Stakeholders matchen hun visie en doelen met een portfolio van interventies (een pakket van geselecteerde programmalijnen, en projecten die de gezondheid zullen verbeteren voor een specifieke bevolkingsgroep). Daarnaast verdiepen zij zich ook in bijpassende financiële arrangementen om het portfolio te ondersteunen. Stakeholders ontwikkelen en implementeren interventies/strategieën en verbreden en verdiepen de werkrelaties. De focus ligt vooral op de ontwikkeling en implementatie van zorg gerelateerde en randvoorwaardelijke interventies. De reorganisatie en integratie van diensten vindt nog meestal plaats binnen de zorgsector.

Aanpassingen op ReThink Health definitie

Waar ReThink Health de nadruk legt op het betrekken van stakeholders wordt in fase 2 van dit rapport de visie verbonden aan de ontwikkeling en implementatie van interventies.

Leidend principe 1: *Start:* vanuit de gezamenlijke visie worden interventies ontwikkeld binnen de huidige domeingrenzen, voornamelijk op zorginhoudelijk domein. *Eind:* er vindt succesvolle samenwerking plaats op de proeftuininterventies, waarin relaties zijn verdiept en verbreedt.
Leidend principe 2: *Start:* inzetten op bewustwording van het belang van begrip van ieders rollen en werkwijzen (op operationeel vlak). *Eind:* er is bewustwording voor ieders rollen en werkwijzen.
Leidend principe 3: *Start:* organiseer inzicht dat procesafspraken over wie wat doet van belang zijn. *Eind:* er zijn procesafspraken gemaakt.
Leidend principe 4: *Start:* start communicatie met politiek gericht op knelpunten die tijdens het operationeel samen werken inzichtelijk worden. *Eind:* er is communicatie met politiek vertegenwoordigers over deze knelpunten.

Leidend principe 5: *Start:* inzetten op het investeren in tijd en kennis om nieuwe vormen van bekostiging en financiering mogelijk te maken. *Eind:* er is geïnvesteerd in deze randvoorwaarden.
Leidend principe 6: *Start:* inzetten op het creëren van bewustwording bij stakeholders van de relevantie van een gezamenlijke data en kennisinfrastructuur. *Eind:* er is bewustwording van de relevantie van de data en kennisinfrastructuur.
Leidend principe 7: *Start:* inzetten op het organiseren van bestuurlijke representatie van burger(vertegenwoordiging) in het PHM initiatief. *Eind:* bestuurlijke representatie is overwogen.
Leidend principe 8: *Start:* inzetten op operationeel niveau in het juiste type leiderschap om de ontwikkeling te bevorderen en/of installeer gedurende het proces de benodigde actoren in de stuurgroep. *Eind:* er is ingezet op het juiste type leiderschap op operationeel niveau en in de stuurgroep.

B3.3 Fase 3: Verbreden en verdiepen van samenwerking tot een plan van aanpak naar een toekomstgericht gezondheidssysteem

Stakeholders breiden hun netwerk over verschillende sectoren uit door nieuwe belanghebbenden en bevolkingsgroepen toe te voegen. Stakeholders bestendigen de gedeelde visie en bestendigen/heroverwegen de onderliggende doelen voor de regio, inclusief voor de publieke gezondheid (Triple Aim). Ze hebben adaptieve netwerkstructuren ontwikkeld met voor de regionale context bijpassende governance structuren om samen te werken aan het verbeteren van de gezondheid en het welzijn in de regio. Ze omarmen systeemdenken (gezondheidssysteem) om doelen te bereiken. Dientengevolge, passen zij de onderliggende missie en doelen van de visie aan met een meer uitgebreid portfolio van domein overstijgende interventies en strategieën. Hierbij worden ook diverse nieuwe financiële arrangementen gecreëerd om dit portfolio te ondersteunen.

Aanpassingen t.o.v. ReThink Health

Fase 3 van dit rapport voegt aan de ReThink Health definitie het uitbreiden van het netwerk met stakeholders en populatiegroepen en een heroverweging van de onderliggende missie en doelstellingen van de visie toe.

Leidend principe 1: *Start:* starten met het uitbreiden van het netwerk met nieuwe stakeholders en nieuwe populatiegroepen om de TA doelen te bereiken. *Eind:* Het portfolio is aangepast o.b.v. (gezondheid)systeemdenken en bestaat uit domein-overstijgende interventies en strategieën met dito financiële arrangementen.
Leidend principe 2: *Start:* inzetten op bewustwording van het belang van begrip van ieders rollen en werkwijzen van de nieuwe netwerk partners die toetreden tot het netwerk in het kader van systeemdenken om de TA doelen te bereiken . *Eind:* er is begrip van verschillen in rollen en werkwijzen.
Leidend principe 3: *Start:* zet in op toevoeging van nieuwe (typen) actoren die het inzicht delen dat nieuwe vormen van gezamenlijke verantwoordelijkheid nodig zijn. *Eind:* er is een breder convenant en/of gezamenlijke verantwoordelijkheid over de domeinen heen.

Leidend principe 4: *Start:* start communicatie met de politiek gericht op knelpunten m.b.t. het over de domeinen heen samenwerken. *Eind:* er is communicatie met politieke vertegenwoordigers.
Leidend principe 5: *Start:* inzetten op nieuwe vormen van bekostiging en financiering. *Eind:* nieuwe vormen van bekostiging en financiering zijn ingezet.
Leidend principe 6: *Start:* zet in op het ontwikkelen van (business intelligence, BI) tools waardoor mogelijkheden voor een andere manier van werken en financiering aan het licht komen. *Eind:* de BI tool is ontwikkeld, en partijen/andere regionaleinitiatieven maken gebruik van/sluiten aan bij de beschikbare BI tool c.q. de beschikbare kennis.
Leidend principe 7: *Start:* inzetten op burgerinput als focus voor regionale samenwerking. *Eind:* er is geïnvesteerd op input van burgerperspectieven (bijv. positieve gezondheid).
Leidend principe 8: *Start:* het uitdragen van de visie binnen en buiten het regionale initiatief om stakeholders te betrekken, bijvoorbeeld in een ambassadeursrol. *Eind:* meer stakeholders dragen de gezamenlijke visie en/of de visie wordt daadwerkelijk ondersteund door steeds meer ambassadeurs.

B3.5 Fase 4: Veranderen naar een gezondheidssysteem

Stakeholders in de adaptieve regionale netwerken reorganiseren en integreren diensten over de domeinen heen om zodanig een nieuw systeem te ontwerpen dat gezondheid en welzijn produceert. Ze:

- Zijn consistent in het (gezondheid)systeemdenken
- Nemen deel aan complexe onderhandelingen, waarbij onafhankelijke organisatiebelangen worden afgewogen tegen wat nodig is om de gewenste TA resultaten voor de regio te bereiken
- Verbreden de focus naar de populatie in de wijken in de regio.
- Focus op efficiëntie, toewijzing van middelen en reorganisatie en integratie ten dienste voor een brede en lange termijn focus op de regionale volksgezondheid
- Handhaven diverse en specifieke financieringsarrangementen en -mechanismen (technieken of instrumenten waarmee fondsen kunnen worden gepoold, gedistribueerd en overgedragen).
- Stemmen de toewijzing van middelen af op de te behalen regionale doelen

Aanpassingen t.o.v. ReThink Health
Samenwerking wordt in fase 4 van dit rapport geduid als reorganisatie en integratie van diensten over de domeinen heen.

Afbakening van fase 4 voor de leidende principes die zijn ingezet
Leidend principe 1: *Start:* het systeemdenken wordt volledig ingevoerd; stakeholders reorganiseren en integreren diensten om zodanig een nieuw systeem te ontwerpen dat gezondheid en welzijn produceert door interventies te verbreden naar de populatie in de wijken in de regio. *Eind:* het systeemdenken is volledig doorgevoerd.
Leidend principe 2: *Start:* het begrip voor verschillen in rollen en werkwijzen wordt geoperationaliseerd in experimenteren in de wijken met de nieuwe rollen en werkwijzen voor bestuurders, professionals en burgers om de gewenste TA resultaten voor de regionale populatie in de

wijken te bewerkstelligen. *Eind:* de experimenten worden geëvalueerd, en rollen en werkwijzen worden bijgesteld en geformaliseerd.
Leidend principe 3: *Start:* een breder convenant en/of gezamenlijke verantwoordelijkheid over de domeinen heen wordt ingezet. *Eind:* er is geïnvesteerd in nieuwe vormen van verantwoording passend bij de een bredere en langere termijn focus op verandering van het gezondheidssysteem en de schaal waarop de verandering plaats vind.
Leidend principe 4: *Start:* communiceren met politiek over knelpunten die het systeemdenken met zich meebrengt. *Eind:* er is communicatie met politiek over deze knelpunten.
Leidend principe 5: *Start:* er worden nieuwe vormen van bekostiging en financiering ingezet zoals virtuele lumpsum tussen ZvW en WMO. *Eind:* nieuwe vormen van bekostiging en financiering worden geëvalueerd en verevend.
Leidend principe 6: *Start:* er wordt ingezet op verdere ontwikkeling van data en kennis – BI tool – passend bij het behalen van de gewenste TA doelstellingen op wijk-regio niveau te behalen. *Eind:* er is sprake van een continue leerproces gebaseerd op ondersteuning van de systeemverandering.
Leidend principe 7: *Start:* met het ruimte maken voor de rol van burgers in het vormgeven van de regionale gezondheidszorg. *Eind:* de burgers hebben een rol in het vormgeven van het regionale gezondheidssysteem.
Leidend principe 8: *Start:* zet in op het uitdragen van de visie binnen en buiten het regionale initiatief om stakeholders te betrekken bij de verandering van het gezondheidssysteem op grotere schaal, in de ambassadeursrol en additionele governance structuren en processen. *Eind:* meer stakeholders maar ook steeds meer burgers dragen de gezamenlijke visie uit en/of de visie wordt daadwerkelijk ondersteund door steeds meer ambassadeurs. Additionele governance structuren en processen zijn ingericht overeenkomstig de schaal die nodig is voor het uitrollen van de ervaringen met systeemverandering op een grotere schaal.

B3.5 Fase 5: Institutionaliseren

Stakeholders in de adaptieve regionale netwerken schaven het systeem continu bij wat betreft design en financiering, ten behoeve van het optimaal faciliteren van gezondheid, welzijn en zorg. Dit is zichtbaar door:

- Systeemdenken als de nieuwe vorm
- Positieve gezondheids- en welzijnsresultaten worden over de hele bevolking gezien (bijv. daling van de sterftecijfers, daling van de schuldhulpverlening, betere huisvesting, betrouwbaar transport, zinvol werk dat het welzijn verhoogt, levenslang leren
- Meer efficiëntie tegen lagere kosten

Aanpassingen op ReThink Health fasen
Geen aanpassingen, aangezien wij hier vanuit de proeftuinervaringen nog geen input op hebben kunnen verkrijgen.

Bijlage 4 - Proeftuintabellen

In deze bijlage worden proeftuintabellen weergegeven van de negen proeftuinen. De tabellen zijn voorgelegd aan en goedgekeurd door vertegenwoordigers van de proeftuinen. De proeftuinen worden behandeld in onderstaande alfabetische volgorde:

- Blauwe Zorg
- Friesland Voorop
- Gezonde Zorg, Gezonde Regio
- Goed*leven*
- MijnZorg
- PELGRIM
- Samen Sterker in Zorg
- Slimmer met Zorg
- Vitaal Vechtdal

De proeftuintabellen bestaan uit twee onderdelen.

1. Proeftuin brede informatie;
   Bij proeftuin brede informatie wordt in het kort de proeftuinpopulatie beschreven en de governance structuur zoals deze tijdens de proeftuinperiode was.
2. Informatie over de interventies.
   Bij informatie over de interventies worden de uitgevoerde en lopende interventies beschreven, aangevuld met typen actoren, de status van ontwikkeling van de interventie, en de gemeten effecten van de interventie (zie tabel B4.1 voor de legenda van de proeftuintabellen). Bij de actoren zijn een aantal geclusterd onder één noemer:
   - Geboortezorg: Kraamhulp, verloskundigen (VSV) en consultatiebureau;
   - Ziekenhuis: Bestuurders, medisch specialisten en verpleegkundigen;
   - Zorggroep: Huisartsen en POH's;
   - Overige zorg: Diëtisten, fysiotherapeuten, jeugdzorg, gehandicaptenzorg, psychologen en verslavingszorg
   - Burger: Burgers en vrijwilligers.
   - Kennis/Advies: Universiteiten, kennisinstellingen, kennisnetwerken en programma- en projectmanagement.

   In Bijlage 5 worden alle interventies in detail beschreven.

Tabel B4.1: Legenda van de proeftuintabellen

Actoren	
✓	Zorgorganisaties
✓	Zorgverzekeraars
✓	Sociaal domein
✓	Burgers/patiënten
✓	Overige sectoren
$✓_3$	Meer dan één van dit type actor werkt mee. Het cijfer geeft het aantal actoren weer.
Evaluatie	
●	Positief effect gemeten
●	Neutraal effect gemeten
●	Negatief effect gemeten
	Niet gemeten

B4.1 Blauw Zorg

Blauwe Zorg

Proeftuin populatie
Alle patiënten van huisartsen aangesloten bij ZIO (n = 170.000).

Structuur
Grote en kleine stuurgroep, projectgroepen en randvoorwaardelijke werkgroepen.

	Actoren																		Status	Evaluatie			
Interventie	Apotheek	Geboortezorg	GGZ	Lab	Thuiszorg	Ziekenhuis	Zorggroep	Overige zorg	Zorgverzekeraar	Gemeente	GGD	Welzijn	Burger	Patiënten	ICT	Kennis/Advies	Onderwijs	Werkgever		Gezondheid	Kwaliteit	Kosten	Proces
Blauwe Zorg in de Wijk					✓		✓	✓2	✓	✓	✓	✓2		✓					Lopend				●
Medisch specialistische inzet						✓	✓2		✓					✓		✓			Lopend	●	●		●
Farmacie	✓					✓	✓2		✓					✓					Geïmplementeerd		●	●	●
Diagnostiek						✓	✓												Gestopt				
Huisartsenverwijsbureau TIPP						✓													Lopend		●		
Blauwe GGZ/Nieuwe GGZ			✓5			✓2	✓		✓	✓		✓3							Lopend				
Ketenzorgprogramma voor patiënten met een chronische ziekte			✓			✓	✓2		✓										Lopend				

B4.2 Friesland Voorop

Friesland Voorop

Proeftuin populatie
Alle inwoners van de provincie Friesland (n = 646.000).

Structuur
Drie gelegenheidscoalities met de zorgverzekeraar en een andere actor (gemeenten, huisartsen, en ziekenhuizen en medisch specialisten).

	Actoren																		Evaluatie			
Interventie	Apotheek	Geboortezorg	GGZ	Lab	Thuiszorg	Ziekenhuis	Zorggroep	Overige zorg	Zorgverzekeraar	Gemeente	GGD	Welzijn	Burger	Patiënten	ICT	Kennis/Advies	Onderwijs	Werkgever	**Status**	Gezondheid	Kwaliteit	Kosten	Proces
Anderhalvelijnscentra						✓	✓	✓	✓			✓							Lopend		●		
Planbare zorg met laag risico						✓	✓	✓	✓										Lopend				
Planbare zorg met hoog risico						✓[4]			✓					✓					Lopend				
Geboortezorg		✓[4]				✓[4]			✓										Lopend/concept				
Subsitutie						✓	✓		✓										Lopend				
Spoedzorg						✓[5]	✓							✓					Lopend				
Toekomstvisie		✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					Afgerond				
Zorg Dichtbij voor Diabetes, COPD en CVRM							✓	✓	✓							✓			Afgerond				
Zorgpad kwetsbare ouderen					✓	✓	✓	✓											Lopend				
Sociaal-Medisch									✓	✓[20]									Lopend				

B4.3 Gezonde Zorg, Gezonde Regio (GZGR)

Gezonde Zorg, Gezonde Regio

Proeftuin populatie
Alle patiënten ingeschreven bij RijnCoepel (n = 62.000) en Alphen op één Lijn! (n = 55.000).

Structuur
Proeftuin bestaat uit een bestuurdersoverleg, stuurgroep, zorginhoudelijke regiegroep en meerdere pilotgroepen.

	Actoren																		Evaluatie			
Interventie	Apotheek	Geboortezorg	GGZ	Lab	Thuiszorg	Ziekenhuis	Zorggroep	Overige zorg	Zorgverzekeraar	Gemeente	GGD	Welzijn	Burger	Patiënten	ICT	Kennis/Advies	Onderwijs	Werkgever	**Status**	Gezondheid	Kwaliteit	Kosten	Proces
Data-infrastructuur BI				✓2		✓	✓2		✓					✓	✓2	✓			Doorontwikkeling				
COPD palliatieve zorg				✓		✓	✓2		✓					✓					Afgerond				
COPD doelmatig medicijngebruik				✓		✓	✓2		✓					✓					Afgerond		●	●	●
CVRM (inzet Hoovers t.b.v. zorgoptimalisatie)				✓		✓	✓2		✓					✓	✓	✓			Afgerond		●	●	●
CVRM (tussen wal en schip)				✓		✓	✓2		✓					✓	✓	✓			Lopend		●		
CVRM gedifferentieerde streefwaarde LDL-cholesterol				✓2		✓	✓2		✓					✓	✓	✓			Lopend	●			
Voorkomen overbehandeling bij oudere patiënten met DM type 2						✓	✓2		✓					✓		✓			Lopend		●	●	
Medicatiebeoordeling met predescribing				✓		✓	✓2		✓					✓	✓	✓			Afgerond	●	●	●	
Thuis meten bloeddruk				✓			✓		✓					✓	✓				Lopend	●	●	●	
Combiconsult	✓			✓2			✓		✓					✓		✓			Afgerond	●	●		
Indicatoren individueel zorgplan				✓		✓	✓							✓		✓			Afgerond		●		
Patiënt instabiel hartfalen				✓2		✓	✓2		✓					✓		✓			Gestopt				●

B4.4 Goed*leven*

Goed*leven*

Proeftuin populatie
Alle inwoners van Zeeuws-Vlaanderen (n = 106.000).

Structuur
Goed*leven* is geen programma organisatie meer, maar een netwerkorganisatie. Stichtingsbestuur heeft een netwerkfunctie. Projectgroepen voeren interventies uit.

	Actoren																		Evaluatie			
Interventie	Apotheek	Geboortezorg	GGZ	Lab	Thuiszorg	Ziekenhuis	Zorggroep	Overige zorg	Zorgverzekeraar	Gemeente	GGD	Welzijn	Burger	Patiënten	ICT	Kennis/Advies	Onderwijs	Werkgever	**Status**	Gezondheid	Kwaliteit	Kosten	Proces
Expeditie Goed*leven*					✓	✓	✓		✓	✓3				✓		✓			Afgerond				
Community			✓			✓	✓			✓						✓			Gestopt				●
Farmacie	✓					✓	✓		✓							✓			Ingevoerd			●	
Einde levensfase						✓	✓									✓			Afgerond				
Gezondheidswaaier									✓		✓					✓2		✓	Lopend				●
Toekomstige zorg West Zeeuws-Vlaanderen					✓	✓	✓			✓									Lopend				
Nachtzorg						✓		✓											Lopend				
Responsbalans					✓	✓	✓		✓										Lopend				
Integrale ouderenzorg					✓2	✓	✓		✓					✓					Lopend				

B4.5 MijnZorg

MijnZorg

Proeftuin populatie
Alle inwoners van Oost-Zuid Limburg (n = 135.000).

Structuur
Stuurgroep met hieronder een Dagelijks Bestuur en Programmamanager.

Interventie	Actoren																	Status	Evaluatie			
	Apotheek	Geboortezorg	GGZ	Lab	Thuiszorg	Ziekenhuis	Zorggroep	Overige zorg	Zorgverzekeraar	Gemeente	GGD	Welzijn	Burger	Patiënten	ICT	Kennis/Advies	Onderwijs	Werkgever		Gezondheid	Kwaliteit	Kosten	Proces
Patientgerichtheid						✓	✓		✓					✓3		✓			Afgerond				●
Community						✓	✓		✓					✓		✓			Lopend				●
Herijking ambities - MijnStreek totaal	✓4					✓	✓		✓					✓					Lopend				●
Farmacie	✓4					✓	✓2		✓					✓					Gestopt			●	
Pluspunt ouderen Kerkrade					✓	✓	✓		✓	✓				✓					Lopend				
Zorgcontinuum ouderenzorg OZL					✓3	✓	✓		✓	✓				✓					Lopend				
Eerstelijnspluscentrum Heerlen pluspunt MC						✓	✓		✓					✓					Lopend	●	●	●	
Diabeteszorg en zelfmanagement-ondersteuning op maat						✓	✓		✓		✓			✓3					Lopend		●		
Leefstijlcoach						✓	✓		✓					✓					Lopend	●			●
Pluspraktijken			✓		✓	✓	✓		✓	✓2				✓					Ontwikkel				
WeHelpen					✓	✓	✓		✓	✓		✓		✓					Afgerond				●
Integrale wijkaanpak			✓		✓		✓		✓	✓		✓		✓					Lopend				
Via zelfhulp naar zelfregie						✓	✓		✓				✓	✓					Lopend				

B4.6 PELGRIM

PELGRIM

Proeftuin populatie
Patiënten van Onze Huisartsen (n = 61.000).

Structuur
PELGRIM bestaat uit een stuurgroep en twee werkgroepen.

Interventie	Actoren																	Status	Evaluatie			
	Apotheek	Geboortezorg	GGZ	Lab	Thuiszorg	Ziekenhuis	Zorggroep	Overige zorg	Zorgverzekeraar	Gemeente	GGD	Welzijn	Burger	Patiënten	ICT	Kennis/Advies	Onderwijs	Werkgever		Gezondheid	Kwaliteit	Kosten	Proces
Bewegingsapparaat						✓	✓3		✓					✓		✓			Uitrol		●		●
Goed Thuiskomen	✓				✓		✓		✓					✓		✓			Lopend	●	●		●

B4.7 Samen Sterker in Zorg (SSiZ)

Samen Sterker in Zorg

Proeftuin populatie
Alle patiënten van huisartsen ingeschreven bij HONK (n= 280.000).

Structuur
Gelegenheidscoalities voor de verschillende interventies (Zorggroep en ziekenhuis; zorggroep en GGZ; Zorggroep en VVT; zorggroep en diagnostiek).

Interventie	Actoren																	Status	Evaluatie			
	Apotheek	Geboortezorg	GGZ	Lab	Thuiszorg	Ziekenhuis	Zorggroep	Overige zorg	Zorgverzekeraar	Gemeente	GGD	Welzijn	Burger	Patiënten	ICT	Kennis/Advies	Onderwijs	Werkgever		Gezondheid	Kwaliteit	Kosten	Proces
Heidagen			✓	✓		✓	✓		✓					✓					Afgerond				●
Gesprek inkopers en aanbieders			✓	✓		✓	✓		✓					✓		✓			Afgerond				
Chronische zorg diabetes						✓	✓		✓										Lopend	●	●	●	
Chronische zorg CVRM						✓	✓		✓										Lopend	●	●	●	
Chronische zorg COPD						✓	✓$_2$		✓										Lopend	●	●	●	
Geïntegreerde geboortezorg		✓				✓													Lopend				
VICINO			✓				✓$_2$			✓									Lopend			●	
Diagnostiek artrose en boezemfibrileren				✓		✓	✓		✓										Lopend				
Ouderenzorg					✓$_2$		✓		✓	✓		✓	✓						Lopend				

B4.8 Slimmer met Zorg (SmZ)

Slimmer met Zorg

Proeftuin populatie
Alle CZ en VGZ verzekerde patiënten van huisartsen aangesloten bij PoZoB, SGE en DOH in adherentie gebied van ziekenhuizen MMC, CZE en St Anna (n = 210.000).

Structuur
Bestaat uit drie gelegenheidscoalities in wisselende samenstelling tussen zorggroepen, verzekeraars, zorgbelang, en ziekenhuizen.

	Actoren																		Evaluatie			
Interventie	Apotheek	Geboortezorg	GGZ	Lab	Thuiszorg	Ziekenhuis	Zorggroep	Overige zorg	Zorgverzekeraar	Gemeente	GGD	Welzijn	Burger	Patiënten	ICT	Kennis/Advies	Onderwijs	Werkgever	**Status**	Gezondheid	Kwaliteit	Kosten	Proces
Farmacie - Doelmatig voorschrijven	✓					✓3	✓3		✓2					✓					Afgerond				
Farmacie - Medicatiebeoordeling tweede lijn	✓					✓3	✓		✓2					✓					Gestopt				
Eerstelijnsplus diabetes en COPD/astma						✓	✓2		✓2					✓					Gestopt		●		
Zelfhulp doe je samen							✓3		✓2			✓2		✓					Geïmplementeerd				●
Beweegzorg (versterking eerste lijn)							✓2		✓					✓					Uitrol/ doorontwikkeling				
Transferzorg kwetsbare ouderen						✓3	✓3		✓2					✓					Lopend				
Patientgerichtheid en positieve gezondheid						✓3	✓3		✓2					✓					Concept				
Zorgpaden Urologie en CVRM						✓	✓		✓										Lopend				

B4.9 Vitaal Vechtdal

Vitaal Vechtdal

Proeftuin populatie
Alle inwoners van het Vechtdal, in de gemeenten Hardenberg, Ommen, Coevorden en Dalfsen (n = 142.000)

Structuur
Vitaal Vechtdal heeft een stichtingsbestuur en een burgercoöperatie. Eén vertegenwoordiger van de burgercoöperatie is gevestigd in het stichtingsbestuur.

Interventie	Actoren																	Status	Evaluatie			
	Apotheek	Geboortezorg	GGZ	Lab	Thuiszorg	Ziekenhuis	Zorggroep	Overige zorg	Verzekeraar	Gemeente	GGD	Welzijn	Burger	Patiënten	ICT	Kennis/Advies	Onderwijs	Werkgever		Gezondheid	Kwaliteit	Kosten	Proces
Vroegsignalering & adequate opvolging	✓				✓3	✓	✓4			✓2		✓	✓			✓			Afgerond				●
Vitaliteitsmonitor									✓	✓2	✓					✓			Gestopt				
Vroeg Erbij in het Vechtdal		✓				✓	✓			✓2	✓								Gestopt	●	●		
TOM (Thuis Onbezorgd Mobiel)								✓2	✓							✓			Lopend				●
BART (Bewegen met Artrose)						✓	✓		✓									✓	Lopend				
Stoppen met roken						✓	✓	✓		✓2	✓	✓							Lopend				●
IkPas		✓				✓	✓			✓2							✓	✓	Lopend				●
Vitaal Vechtdal polis						✓	✓		✓				✓					✓	Lopend				●
Digitale sociale kaart															✓	✓	✓		Gestopt				
Programma kwetsbare ouderen/Vliegwielproject					✓	✓	✓			✓2									Lopend				
Wondbehandelcentrum Vechtdal					✓	✓	✓												Lopend				
Samen online										✓		✓			✓		✓		Lopend				●

Bijlage 5 – Beschrijving interventies per proeftuin

In bijlage 5.1 – 5.9 worden alle interventies beschreven die zijn uitgevoerd binnen de verschillende proeftuinen. Indien bekend en gedeeld is ook de evaluatie aan de beschrijving van de interventie toegevoegd.

B5.1 Blauwe Zorg

Interventie	
Titel	**Blauwe zorg in de wijk**
Beschrijving	Introductie van 'positieve gezondheid' binnen 4 wijken in Maastricht Noordoost, met nadruk op ontschotting in functies en ontschotting in financiering.
Betrokken actoren	ZIO, GGD Zuid-Limburg, VGZ, Huis voor de Zorg, gemeente Maastricht, Envida, Radar, Traject, Levanto , Xonar.
Doelgroep	Alle patiënten binnen de 4 wijken, gedefinieerd aan de hand van postcodes Ongeveer 15.000 burgers.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: VEZN en eenmalige bijdrage van gemeente Maastricht voor kwartiermakerschap. Jaarlijkse programmakosten betaald vanuit gemeente Maastricht, VGZ en provincie Limburg. Bekostigingsprincipe: lumpsum bedrag voor voorbereiding. Contractduur: 2 jaar met optie tot verlenging voor 3 jaar.
Evaluatie	
Design	Een 'mixed-method' benadering, waarin kwantitatief en kwalitatief onderzoek wordt gecombineerd, is toegepast om inzicht te krijgen op de verschillende processen die spelen in de buurten. Een prospectief quasi-experimenteel design is ontworpen om de baseline en vervolgmeting in de interventie buurten te vergelijken met de 'controle' buurten.
Uitgevoerd door	Universiteit Maastricht en de academische werkplaats Publieke Gezondheid in samenwerking met alle betrokken organisaties binnen de pilot.
Studiepopulatie	Een steekproef (n=1656) uit de deelnemende wijken.
Meetinstrumenten	Vragenlijsten en data van zorgverzekeraars, gecombineerd met kwalitatieve observaties, semi-gestructureerde interviews en focus groepen.
Bekostiging	ZonMw subsidie.[1]
Gezondheid	Wordt gemeten, resultaten verwacht in 2019/2020
Kwaliteit	Wordt gemeten, resultaten verwacht in 2019/2020
Kosten	Wordt gemeten, resultaten verwacht in 2019/2020
Overig	Een studie[2] naar de faciliterende en hinderende factoren liet zien dat een gemeenschappelijk gedachtegoed de belangrijkste stimulans was. Het

	meest hinderend bleek terughoudendheid om dit gedachtegoed prioriteit te geven en verschillende prestatie-uitkomsten tussen organisaties.
Referentie	Meer informatie via https://www.blauwezorg.nl/blauwe-zorg-in-de-wijk/ [1] Zie: https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/programmas/project-detail/preventie-5-deelprogramma-2-wonen-en-leven-in-een-gezonde-wijk-en-omgeving/positieve-gezondheid-kent-geen-grenzen-in-de-wijkpositive-health-beyond-boundaries-in-community-ca/ [2] Grootjans, S.J.M. et al. (2018) The integration and training of the concept of Positive Health among health and social care professionals in an integrated community approach' – defining the facilitators and barriers. *Abstract ICIC 2018.*

Interventie	
Titel	**Medisch specialistische inzet / Stadspoli**
Beschrijving	In deze interventie wordt ingezet op substitutie van de tweede lijn naar anderhalve lijn en eerste lijn. Medisch specialisten (internisten, neurologen, orthopeden, dermatologen en cardiologen) houden tweewekelijks consulten in twee stadspoli's voor patiënten met niet-acute klachten.
Betrokken actoren	ZIO, huisartsen (RHZ), MUMC+, medisch specialisten (interne geneeskunde, neurologie, orthopedie, dermatologie, KNO, oogheelkunde, gynaecologie, CVA nazorg, seksuologie, reumatologie, MDL, pijnspecialisten voor de rugpoli), VGZ, Huis voor de Zorg, MU.
Doelgroep	Patiënten van huisartsen aangesloten bij ZIO, met niet acute en laag complexe gezondheidsklachten die normaal doorgestuurd zouden worden naar de tweede lijn (n=8500 per jaar).
Bekostiging interventie	Financieringsbron: Zorgverzekeringswet (Zvw) huisartsenzorg. Bekostigingsprincipe: per consult betaalt VGZ aan ZIO met besturing joint venture (stichting met 50% aandeel MUMC+ en 50% aandeel ZIO). Het ziekenhuis ontvangt per verrichting een afgesproken deel. Contractduur: 1 jarige contracten. Volgbeleid: principeafspraak over volgen.
Evaluatie	De evaluatie loopt nog. De hieronder beschreven resultaten op gezondheid, kwaliteit en kosten zijn eerste bevindingen.[1]
Design	Prospectief cohortonderzoek.
Uitgevoerd door	Academische Werkplaats Duurzame Zorg Limburg van de Universiteit Maastricht.
Studiepopulatie	Patiënten uit de doelgroep, verdeeld over een interventie arm (de stadspoli) en een controle arm (reguliere zorg). Patiënten met een acute of complexe zorgvraag of patiënten die worden bekostigd vanuit

	een zorgbundel worden niet meegenomen. Per arm wordt een inclusie beoogd van 1830 patiënten, 3660 in totaal.
Meetinstrumenten	Primaire uitkomst is de mate van doorverwijzing naar de tweede lijn. Secundair wordt de gezondheid van de populatie, de ervaren zorg en de zorgkosten per capita gemeten.
Bekostiging evaluatie	Op basis van subsidie van de universiteit Maastricht en het Maastrichts Universitair Medisch Centrum.
Gezondheid	De ervaren gezondheid van patiënten in de anderhalvelijnszorg verschilt nauwelijks met vergelijkbare patiënten in de ziekenhuispopulatie. Over tijd verbeteren beide groepen zich.
Kwaliteit	Patiënten zijn over het algemeen tevredener met de kwaliteit van anderhalvelijnszorg in vergelijking met het ziekenhuis. Belangrijk hierbij zijn kortere wachttijden, kleinschalige setting, meer tijd tijdens het consult en een betere uitleg. Deelstudies bij dermatologie, orthopedie, interne geneeskunde en neurologie laten zien dat aantal doorverwijzingen naar het ziekenhuis afneemt wanneer een patiënt eerst in de stadspoli komt[2].
Kosten	Kostenbesparing is nog onbekend. Het besparingspotentieel is positief (het consulttarief van de stadspoli is lager dan die van het eenmalige consult in het ziekenhuis). Aanvullende gedetailleerde analyses zijn echter nodig omdat de uiteindelijke besparing afhankelijk is van meerdere factoren (bijvoorbeeld de afspraken tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, alsook de aanvullende diagnostiek.
Overig	Een aanvullend onderzoek heeft laten zien welke belangrijke voorwaarden nodig zijn om deze interventie vorm te geven. Voorbeelden zijn afspraken op bestuursniveau maken en een afgestemd IT-systeem vormgeven.[3]
Referentie	https://www.blauwezorg.nl/medisch-specialistische-inzet-stadspoli/ [1]Academische Werkplaats Duurzame Zorg Limburg (2018). Factsheet “Symposium Toekomstmuziek in Anderhalvelijnszorg”. Via: https://www.duurzamezorgmaastricht.nl/nl/factsheet-%E2%80%9Csymposium-toekomstmuziek-anderhalvelijnszorg%E2%80%9D [2] Van Hoof et al. (2016). Substitution of outpatient care with primacy care: a feasibility study on the experiences among general practitioners, medical specialists and patients. *BMC Family practice, 17:108.* DOI 10.1186/s12875-016-0498-8 [3] Van Hoof et al. (2016) Substitution of hospital care with primary care: Defining the conditions of primary care plus. *International Journal of Integrated Care,* 16(1), 1-11.

Interventie	
Titel	**Farmacie**
Beschrijving	De samenwerking in de farmaceutische keten verbeteren met behulp van concrete projecten. Deze projecten bestaan nu uit twee onderdelen: Deel 1. Een project om dure cholesterolverlagers te vervangen door goedkope varianten. Deze pilot is afgerond. Deel 2. Een project om tot een definitie te komen van een regionaal voorkeursformularium astma/COPD voor een gezamenlijke inkoopprocedure van de zorgverzekeraar en zorgaanbieders richting farmaceutische industrie. Het voorkeursformularium is geformuleerd en door VGZ ingekocht.
Betrokken actoren	ZIO, huisartsen (RHZ), MUMC+, medisch specialisten, VGZ, apothekers (AVM), Huis voor de Zorg, ,
Doelgroep	Deel 1. Diabetespatiënten die zijn ingeschreven bij huisartsen aangesloten bij ZIO en verzekerd bij VGZ. In totaal 14000 patiënten van wie 3000 medicatie ontvangen dat omgezet kan worden. Deel 2. Patiënten met COPD en/of astma ingeschreven bij huisartsen aangesloten bij ZIO en verzekerd bij VGZ. N =3300
Bekostiging interventie	Financieringsbron: Zvw farmaceutische zorg. Bekostigingsprincipe: reguliere bekostiging. Volgbeleid: regulier volgbeleid. Contractduur: 1 jaar
Evaluatie	
Design	Deel 1 van het project is geëvalueerd met periodieke spiegelinformatie dat terugkoppeling geeft over het omzettingsproces bij cholesterolverlagers en compliance bij nieuwe patiënten voor astma / COPD formularium.
Uitgevoerd door	Onbekend Student voor afstudeerproject / VGZ spiegelinformatie / IVM spiegelinformatie.
Studiepopulatie	De doelgroep van deel 1.
Meetinstrumenten	Percentage dure cholesterol gebruikers ten opzichte van het totaal.
Bekostiging evaluatie	Geen.
Gezondheid	Niet gemeten.
Kwaliteit	Door interventie deel 1 hebben in 2015 18,1% tot 25,3% minder mensen een dure cholesterolverlager gebruikt (28% van de patiënten werd omgezet). Evaluatie rondom formularium (deel 2) is uitgevoerd en de implementatie van het longformularium in de regio Maastricht-Heuvelland lijkt in een stijgende lijn te verlopen. Dit geschatte percentage is waarschijnlijk nog een onderschatting van het gerealiseerde resultaat aangezien er nog ruis in de analyses zit door andere definities van ‘nieuw voorschrift’ en ‘dure medicatie’. Bij het

	onderzoeken van een van de huisartspraktijken met 28%, bleek het resultaat te kunen worden bijgesteld naar 90% na opgeschoonde analyse.
Kosten	Zorgverzekeraar heeft kosten bespaard; cijfers hierover zijn niet openbaar toegankelijk.
Overig	Als spin off van deze interventies zijn aanvullende overleggen en beleidsafspraken gemaakt tussen huisartsen en apothekers.
Referentie	https://www.blauwezorg.nl/farmacie/

Interventie	
Titel	**Diagnostiek**
Beschrijving	Dit project beoogt lagere kosten eerstelijnsdiagnostiek en doelmatiger doorverwijzen te realiseren, het optimaliseren van het prikpostnetwerk (front office), een meer doelmatige contractering, analyse en beoordeling diagnostiek (back office), en tot slot het digitaal aanvragen mogelijk maken. De interventie is sinds 2016 formeel uit proeftuin gezet vanwege gebruik bestaand TIPP systeem. Dit projectvoorstel heeft geen prioriteit gekregen gedurende de proeftuinperiode aangezien de eerstelijns diagnostiek kosten al relatief laag zijn (onder de benchmark).
Betrokken actoren	ZIO en MUMC+
Doelgroep	Patiënten ingeschreven bij huisartsen aangesloten bij ZIO die laboratoriumonderzoek nodig hebben. Behalve patiënten zijn huisartsen en diagnostiekaanbieders onderdeel van de doelgroep.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: eerstelijns Zvw. Bekostigingsprincipe: reguliere bekostigingsprincipe, vooralsnog onder beraad, onbekend welke eventuele prikkels VGZ zal inzetten voor doelmatige diagnostiek. Volgbeleid: nog onbekend voor proeftuin. Contractduur: 1 jaar.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Blauwe GGZ / Nieuwe GGZ**
Beschrijving	Vanuit Blauwe GGZ en de Nieuwe GGZ wordt gewerkt aan een wijkgerichte aanpak van psychische problemen. In deze interventie worden de POH-GGZ en Basis GGZ geïntegreerd op basis van nieuwe uitgangspunten (Pyramide omdraaien; 70% in basis GGZ en 30% naar S-GGZ met voldoende deskundigheid in de wijk). Hierdoor wordt tot een contractvorm gekomen waardoor cliënt sneller op de juiste plek wordt geholpen. Dit vergt intensieve samenwerking. In november 2017 hebben tien organisaties uit de regio een convenant ondertekend om in de komende jaren de doelstellingen zoals geformuleerd in de Nieuwe GGZ te realiseren. Vanaf 2018 wordt stapsgewijs gewerkt aan de oprichting van

	de teams en de herinrichting van het zorgproces.
Betrokken actoren	ZIO, MUMC+, Zuyderland Medisch Centrum, VGZ, gemeente Maastricht, Trajekt, Levanto, Leger des Heils, Platform OGGZ, Psy-Zorg, Mondriaan, MET GGZ en Parnassia Groep.
Doelgroep	Huisarts, POH-GGZ, aanbieders basis GGZ.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: VEZN voor de projectkosten. Bekostigingsprincipe: integraal contract met ZIO voor aanbieders POH-GGZ en basis GGZ. Contractduur: 1 jaar. Volgbeleid: onbekend.
Evaluatie	Nog niet uitgevoerd, nog niet van toepassing. Evaluatie zal zich vooral richten op financiële analyse.
Referentie	https://www.blauwezorg.nl/blauwe-ggz/

Interventie	
Titel	**Ketenzorg-programma voor patiënten met een chronische ziekte**
Beschrijving	De invoering van deze ketenzorgprogramma's dragen bij aan kwalitatief hoogstaande, inzichtelijke, toegankelijke en betaalbare zorg voor deze patiënten. Momenteel wordt de ketenzorg voor diabetes mellitus 2, COPD, Hart- en Vaat ziekten en ouderen in kwetsbare positie ingekocht.
Betrokken actoren	Zorgverzekeraars, ZIO, huisartsen (RHZ), praktijkondersteuners en andere zorgverleners, zoals specialisten en verpleegkundigen van het MUMC+, diëtisten, fysiotherapeuten, optometristen, podotherapeuten, pedicures, psychologen en GGZ instellingen in de regio.
Doelgroep	Chronische patiënten binnen het ZIO werkgebied, N =26000.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: ZvW. Bekostigingsprincipe: reguliere ketenzorgcontracten. Volgbeleid: eigen beleid van zorgverzekeraars. Contractduur: 2 jaar (2015-2016 en 2017/2018) .
Evaluatie	Geen evaluatie naast de continue monitoring en spiegelinformatie via Vektis.

Interventie	
Titel	**Huisartsenverwijsbureau Tipp**
Beschrijving	De doktersassistenten van Tipp bieden patiënten van deze huisartsenpraktijken hulp en begeleiding bij een verwijzing door de huisarts naar een specialist of een andere zorgaanbieder voor verder onderzoek of behandeling. De patiënten worden hierbij objectief geïnformeerd over het aanbod van mogelijke zorgaanbieders. Ook ondersteunt Tipp de patiënten bij het maken van een afspraak. Verder betrekt Tipp de verwijzer en de vervolgzorgaanbieder actief en informeert hen over het verwijsproces. Vanaf april 2012 is op kleine schaal gestart met Tipp bij 10 huisartsenpraktijken, waarna het verwijsmodel medio 2012 volledig is uitgerold voor de huisartsen in de regio.

	De centrale coördinatie van zorg maakt het mogelijk dat Tipp vanuit de Blauwe Zorg-gedachte werkt aan patiëntbegeleiding, kwaliteitsverbetering en kostenreductie. Dit is richting de GGD en jeugdzorg uitgebreid.
Betrokken actoren	ZIO.
Doelgroep	Zorgvrager, verwijzer en vervolgaanbieder.
Bekostiging interventie	Hybride constructie, voor een deel tarieven, deel subsidies, investeringen ZIO.
Evaluatie	
Design	Evaluatie onder patiënten die via TIPP zijn verwezen in 2015.[1]
Uitgevoerd door	Maastricht Universiteit.
Studiepopulatie	Patiënten die via TIPP zijn verwezen, 3165 patiënten hebben de vragenlijst ingevuld, 8 patiënten zijn geïnterviewd.
Meetinstrumenten	Vragenlijst over de tevredenheid van patiënten over TIPP.
Bekostiging	Onbekend.
Gezondheid	Niet gemeten.
Kwaliteit	Patiënten zijn over het algemeen tevreden over TIPP; 80% vond dat ze voldoende geïnformeerd werden, 90% vond de werkwijze eenvoudig, 94% vond de TIPP medewerkers vriendelijk en bekwaam.
Kosten	Niet gemeten.
Overig	Niet gemeten.
Referentie	[1] Breij, D.M.et al. (2015) Factsheet: Evaluatie van het 'Transmuraal Interactief Patiënt Platform (TIPP) vanuit patiënten perspectief. Via: https://www.zio.nl/workspace/uploads/Restricted%20media%20onderzoek/factsheet-d-m-breij-15-09-201-56d58840e66f7.pdf

B5.2 Friesland Voorop

Interventie	
Titel	**Toekomstvisie**
Beschrijving	In 2013 is het toekomstperspectief van de Friese gezondheidszorg beschreven in een Toekmostvisie 2012-2020 van de stuurgroep van Friesland Voorop. Hier is de intentie uitgesproken om samen substantiële stappen te zetten om tot een toekomstig zorglandschap te komen, die recht doet aan de Triple Aim voor de populatie.
Betrokken actoren	Alle leden van stuurgroep Friesland Voorop
Doelgroep	Alle inwoners van Friesland
Bekostiging interventie	Overhead via DFZ.
Evaluatie	Niet uitgevoerd

Interventie	
Titel	**Zorg Dichtbij voor Diabetes, COPD en CVRM**
Beschrijving	Vanaf 2014 zijn de pilots Zorg Dichtbij ingezet voor Diabetes, COPD en CVRM. Doel hierbij was de zorg binnnen Friesland zoveel mogelijk in de eerstelijnszorg te regelen. Dit werd gedaan door DBCs die binnen de tweedelijn naar eerstelijn kunnen verschuiven; gestimuleerd door selectieve inkoop. De betrokken werkgroepen en expertgroepen hebben de aanbevelingen voor chronische zorg uitgewerkt in transmurale protocollen. Dit heeft gelied tot aanpassing van het zorginkoopbeleid voor de zorggroepen die deze zorg contracteren bij de huisartsen. De stimulans tot verschuiving naar de eerste lijn komt nu van het substitutie programma: budgettaire taakstelling ziekenhuizen en provinciebreed substitutieoverleg.
Betrokken actoren	De vijf ziekenhuizen, de huisartsen, kennisinstituut en DFZ
Doelgroep	Alle inwoners van de provincie Friesland
Bekostiging interventie	Reguliere DBCs; selectief inkopen
Evaluatie	Niet uitgevoerd

Interventie	
Titel	**Anderhalvelijnscentra**
Beschrijving	Anderhalvelijnscentra crëeren, waarbij de eerste lijn verder geprofessionaliseerd kan worden en specialistische zorg dichtbij en doelmatiger kan worden aangeboden. Het primaire doel is dat de huisarts, met adequate ondersteuning van de medisch specialist, de patiëntenzorg langer in de eerste lijn kan voortzetten dan nu het geval is. Het secundaire doel is laagcomplexe ziekenhuiszorg tegen lagere integrale kosten en dezelfde kwaliteit in de eerste lijn te geven.

	In Drachten is inmiddels een anderhalvelijnscentrum opgezet (Sunenz), ook in andere gebieden wordt gewerkt aan anderhalvelijnszorg, bijvoorbeeld in de vorm van meekijkconsulten.
Betrokken actoren	Huisartsen, verpleeghuisartsen, verpleegkundigen, medisch specialisten en ziekenhuismedewerkers en medewerkers van een care organisatie/zorgorganisatie (Sunenz) en DFZ.
Doelgroep	Eerste en tweede lijn.
Bekostiging interventie	Via segment 3 bekostiging huisartsenzorg. Daarnaast is in een aantal gevallen de start ondersteund vanuit het Innovatiefonds en/of Stichting De Friesland. Volgbeleid: 'verre' zorgverzekeraars hebben de keuze gemaakt om de betreffende segment 3 afspraken te volgen. Contractduur: voor deze anderhalvelijnszorg is vanaf 2016 een jaarovereenkomst gesloten.
Evaluatie	De gesteunde initiatieven vanuit het Innovatiefonds zijn projectmatig uitgevoerd en geëvalueerd middels rapportages. In het algemeen blijkt naar schatting dat van het totaal aantal bezoeken bij dermatologie en orthopedie in de anderhalvelijnscentra, slechts circa 10% uiteindelijk is doorverwezen naar de tweede lijn. Daarmee is deze interventie succesvol.

Interventie	
Titel	**Planbare zorg met laag risico**
Beschrijving	Niet complexe electieve zorg concentreren op diverse locaties. Voor- en nazorg vinden plaats in de buurt. Er zijn meerdere plannen in ontwikkeling die variëren in status. De plannen zijn al verder gevorderd voor wondzorg, oogheelkunde, reumatologie en longgeneeskunde en chirurgie. Bijvoorbeeld het project waarbij specialistische longverpleegkundigen worden ingezet bij de patiënt thuis om exacerbaties bij COPD te voorkomen. De betreffende worden geincludeerd wanneer zij een tweede keer in het ziekenhuis worden opgenomen als gevolg van een exacerbatie.
Betrokken actoren	Huisartsen, verpleeghuisartsen, verpleegkundigen, medisch specialisten en ziekenhuismedewerkers en DFZ.
Doelgroep	Alle inwoners provincie Friesland (n=646.000).
Bekostiging interventie	Financieringsbron: DFZ financiert de ontwikkelingskosten en de aanloopverliezen. Daarna wordt de exploitatie vooralsnog gefinancierd uit reguliere tarieven voor meekijkconsulten, huisartsenbedden etc. Bekostigingsprincipe: Er is nog geen overeenstemming over bekostiging van deze interventie. Het longproject wordt uit eigen middelen van De Friesland bekostigd. Dit geldt ook voor verzekerden die niet bij De Friesland verzekerd zijn en voor zover de behandeling (bijvoorbeeld fysiotherapie) niet door andere verzekeraar wordt vergoed.

	Volgbeleid: Bij longproject niet van toepassing Contractduur: Aan longproject is een wetenschappelijk onderzoek (RUG) gekoppeld. De verwachte looptijd is 4 jaar.
Evaluatie	Niet specifiek uitgevoerd. Onderdeel van reguliere monitoring.

Interventie	
Titel	**Planbare zorg met hoog risico**
Beschrijving	Planbare zorg met een hoog risico moet van topkwaliteit zijn. Daarom zal deze zorg in de toekomst geconcentreerd worden. Friesland Voorop richt zich nu eerst op complexe vaatchirurgie en borstkankerzorg. Er is nog geen mamma chirurgisch centrum operationeel in Friesland, maar de plannen hiertoe zijn goedgekeurd en er wordt gewerkt aan de implementatie. Alle relevante partijen, zowel ziekenhuizen en medisch specialisten alsook de patientenverenigingen, staan achter het initiatief en hebben hun medewerking toegezegd. Alle mammaoperaties vinden op termijn in Leeuwarden plaats, wat de kwaliteit, doelmatigheid en beschikbaarheid (korte wachttijden) bevordert. Hierbij wordt de voor- en nazorg dichtbij geboden. Ook voor andere oncologische zorg wordt ingezet op concentratie.[1] **Vervolgstappen 2018:** Per 2019 worden de operaties van prostaatcarcinomen op één locatie in Friesland ingekocht en uitgevoerd waarbij de minimumnorm op 100 operaties per jaar is gesteld. Ook hierbij worden de voor- en nazorg weer dichtbij geboden.
Betrokken actoren	De vier Friese ziekenhuizen en DFZ, medisch specialisten en patientenvereniningen.
Doelgroep	Alle inwoners van Provincie Friesland; in eerste instantie gericht op oncologische zorg en vaatproblemen.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: Reguliere DBC's ZVW.
Evaluatie	Niet specifiek uitgevoerd.Onderdeel van reguliere monitoring.
Referentie	[1] DFZ (2018) Zorginkoopplan 2019: Mensen verbinden, Gezondheid versterken, Zorg verbeteren.

Interventie	
Titel	**Geboortezorg**
Beschrijving	Vier regionaal georganiseerde verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) oprichten, waarin alle zorgverleners samenwerken voor optimale zorg aan moeder en kind. Tot dusver ligt het plan nog op de overlegtafels en is DFZ bezig met het rekenmodel. **Vervolgstappen 2018:**

	Het plan is om integrale geboortezorg door middel van integrale bekostiging neer te zetten, maar het proces verloopt moeizaam.
Betrokken actoren	Vier VSV's, ziekenhuizen en organisaties van verloskundigen, kraamzorgorganisaties, en DFZ.
Doelgroep	Alle kraamverzorgsters, verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen doen per VSV regio mee.
Bekostiging interventie	Er is nog geen overeenstemming over de bekostiging van deze interventie. VSV Heerenveen wordt als pilot gebruikt. Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: één van de vier VSV regio's overweegt mee te gaan met de innovatieregel 'Integraal tarief geboortezorg'. Indien tot overeenstemming wordt gekomen, zullen ze één bedrag ontvangen per gezond geboren kind. Hoe dit verder wordt besteed, mogen ze zelf bepalen. Hiervoor wordt een nieuwe juridische entiteit geïntroduceerd. De andere VSV's willen nog niet deelnemen. Volgbeleid: onbekend want er is nog geen contractpartij. Contractduur: onbekend, nog geen contract gesloten.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Subsitutie projecten**
Beschrijving	De behandeling van patiënten met laag complexe zorg verschuiven naar de eerste en anderhalve lijn. Uitgangspunt is dat kosten worden bespaard, met behoud van kwaliteit. Het project wordt gestimuleerd door budgetafspraken met ziekenhuizen en een provincie breed substitutie overleg. Het betreft onder andere: - Oogzorg diagnostiek door eerste lijns optometrist na doorverwijzing van de huisarts; - Lichte traumazorg; patiënten met bijvoorbeeld lichte botbreuken worden na meekijken van de chirurg en radioloog door de huisarts behandeld; - Meekijkconsult bewegingsapparaat; inmiddels is met 3 kaderhuisartsen een overeenkomst gesloten over de behandeling / advisering van de huisarts van patiënten met betreffende klachten; - Step 2 behandelingen: kleine chirurgische verrichtingen en therapeutische injecties. Huisartsen worden gestimuleerd bepaalde step 2 behandeling zelf uit te voeren voor eigen patiënten en patiënten van collega huisartsen. Dit betreft segment 3 prestaties.
Betrokken actoren	Medisch specialisten van de vier ziekenhuizen in Friesland en de huisartsen en DFZ.
Doelgroep	Alle patiënten met laag complexe zorg.

Bekostiging interventie	Financieringsbron: Via M&I verrichtingen, S3 en nieuwe tarieven voor anderhalvelijnszorg vanuit de ZVW. Bekostigingsprincipe: Volgbeleid: 'verre' zorgverzekeraars hebben de keuze gemaakt om de betreffende segment 3 afspraken te volgen. Contractduur: voor deze substitutie projecten is vanaf 2016 een jaarovereenkomst gesloten.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Spoedzorg**
Beschrijving	Deze interventie richt zich op substitutie en decentralisatie/centralisatie binnen de spoedzorg. Hierbij zijn de volgende doelen gesteld: 1. De spoedzorg wordt provinciaal georganiseerd, waarbij huisartsenposten, spoedeisende hulp en de ambulancedienst nauw samenwerken en is er aandacht voor GGZ spoedzorg. 2. Eén organisatie voor de IC-zorg. Waarbij de IC het portfolio van het ziekenhuis volgt. De discussie hierover wordt dus gevoerd via de portfolio-inrichting per ziekenhuis. 3. Alle ziekenhuizen werken onderling nauw samen, onder meer met behulp van tele-IC. **Vervolgstappen 2018:** Spoedzorg is een van de integrale thema's in het zorginkoopbeleid 2019. Beoogd wordt een gestroomlijnde toekomstbestendige integrale spoedopvang.
Betrokken actoren	Ziekenhuizen, ambulancediensten en HAP, Zorgbelang Fryslan.
Doelgroep	Alle burgers van de provincie Friesland (n=646.000).
Bekostiging interventie	Aansluiten bij reguliere bekostiging voor de Zvw o.a. vanuit de verstrekkingen MSZ, HA-zorg, ELV, GRZ, GGZ, Vervoer, Wijkverpleging, Farmacie. Maar er wordt tevens een relatie gelegd met het voorkomen van spoedzorg door contact met gemeenten (Wmo) 0^{e} lijn.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Zorgpad kwetsbare ouderen**
Beschrijving	Er is een prestatie gemaakt, te weten 'Prestatie Integrale Ouderenzorg (PIO). Deze bestaat uit deelprestaties Advanced Care Planning en Inventarisatie & beoordeling. Er is een bedrag van geïncludeerde zorg vastgesteld. **Vervolgstappen 2018:** Ouderenzorg is een van de integrale thema's in het inkoopbeleid 2019 met focus op dementie.

Betrokken actoren	Ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg en verpleeghuis .
Doelgroep	Kwetsbare ouderen, geïdentificeerd conform vastgelegde criteria.
Bekostiging interventie	Er is nog geen overeenstemming over de bekostiging van deze interventie. Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: Per kwetsbare oudere een vast bedrag toekennen waaruit alle betrokken partijen van het zorgpad worden betaald. De pilotfase zal worden benut om de bedragen te berekenen. Volgbeleid: onbekend. Contractduur: onbekend, nog geen contract gesloten.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Programma sociaal-medische eerste lijn**
Beschrijving	Het gemeentelijk beleid op de eerstelijns zorg afstemmen vanwege de nieuwe verantwoordelijkheden van de gemeenten. Er zijn 64 wijken te onderscheiden binnen de provincie. De afspraak is dat gemeenten verantwoordelijk worden voor de wijkteams hiervan en dat DFZ zijn beleid voor wijkverpleegkundige hierop afgestemd. Het Programma sociaal-medisch eerste lijn heeft een aantal concrete producten opgeleverd, waaronder een provinciaal overzicht van innovaties, 10-15% minder administratieve lasten voor de aanbieders, kwaliteitskader POH-GGZ jeugd, een telefoongids gemeenten voor transferverpleegkundigen. In 2017 waren er vier thematafels, te weten: 1. Clientreis Schizofrenie (WMO en Zvw), 2. Clientreis Dementie, 3. zorg in de wijk en 4. 1-loket functie voor hulpmiddelen. Daarnaast waren er vier casuïstiektafels (jeugd, ouderen, beschermd wonen en gehandicapten) waar casuïstiek besproken wordt die op het grensvlak van de verschillende domeinen liggen en waar provinciale afspraken over gemaakt zijn. **Vervolgstappen 2018:** Vanaf 2018 wordt het programma anders ingestoken en zullen er regiotafels georganiseerd worden. De casuïstiektafels blijven in stand.
Betrokken actoren	De inmiddels 20 (waren er 24) Friese gemeenten en DFZ.
Doelgroep	Alle burgers van de provincie Friesland, uitgevoerd door gemeenten en zorgverzekeraar.
Bekostiging interventie	1/3 financiering door DFZ, 2/3 door gemeenten van de ondersteuning. Overige uren zijn “in kind” door de deelnemende gemeenten en zorgverzekeraar
Evaluatie	Geen aparte rapportage voor beschikbaar, monitoring in bijeenkomsten.

B5.3 Gezonde Zorg, Gezonde Regio (GZGR)

Interventie	
Titel	**Data-infrastructure business intelligence (BI)**
Beschrijving	De data van verschillende zorgaanbieders wordt geëxtraheerd en gekoppeld in één database. Met deze data kan de effectiviteit van de zorg worden geoptimaliseerd, en in het verlengde daarvan de patiënttevredenheid en gezondheid worden verbeterd en de kosten worden verlaagd (Triple Aim). Alle huisartsenpraktijken en apotheken van Rijncoepel en Alphen op één lijn zijn aangesloten op de data-infrastructuur (110.000 patienten). De data worden maandelijks geactualiseerd. Het Alrijne-ziekenhuis heeft alleen data aangeleverd voor de COPD-pilot. **Vervolgstappen 2018** IN het verlengde van de proeftuin zal de data-infrastructuur verder worden opgeschaald in het kernwerkgebied van Zorg en Zekerheid. Ook zijn gesprekken gaande met het LUMC.
Betrokken actoren	Partners: Rijncoepel, Alphen op een Lijn, Alrijne, SCAL, Zorg en Zekerheid, Zorgbelang. In samenwerking met STIZON, PharmaPartners, Health Base en Reos.
Doelgroep	Experiment op kleine schaal. Bij succes/bruikbaarheid opschalen naar alle aangesloten partners en de totale populatie van de proeftuin (eerste, tweede en derde lijn).
Bekostiging interventie	De financiering van de BI-infrastructuur is integraal meegenomen in de financiering van de proeftuin. Financiering inzet Stizon en Pharmapartners uit GES en externe middelen. Bekostigingsprincipe: lumpsum bedrag per verzekerde. Of bij aanvullende analyses op offerte basis.
Evaluatie	Evaluaties zijn uitgevoerd voor de specifieke pilots met de BI-tool (zie projecten hieronder).

Interventie	
Titel	**COPD in palliatieve fase**
Beschrijving	Samen met COPD patiënten in de palliatieve fase wordt beslist welk behandelbeleid wenselijk is. Een van de onderdelen is of opname in het ziekenhuis nog gewenst is. In deze beslissing worden de prognose van de patiënt en de behandelmogelijkheden van hun aandoening meegenomen. De zorgverlener geeft met een code aan in welke fase de COPD-patient zich bevindt. Het doel is om het aantal onnodige ziekenhuisopnamen te verminderen. Inmiddels is de pilot afgerond. De eerste zeven patiënten zijn ingestroomd en diverse documenten (zoals handleiding, richtlijn, protocol) ontwikkeld om de werkwijze mogelijk te maken. Onderzoek vindt plaats of de werkwijze kan aansluiten bij andere initiatieven op het gebied van palliatieve zorg. In de pilot is

	gebleken dat de implementatie in huisartsenpraktijken meer aandacht vraagt. **Vervolgstappen 2018** GZGR wil een nieuwe werkwijze ontwikkelen waarmee palliatieve zorg voor deze specifieke doelgroep (COPD) goed kan worden ingebed in de regio. De pilotgroep heeft een vervolgpilot geadviseerd met twee (andere) huisartsenpraktijken samen met Alrijne. Dit wordt afgestemd met het ZonMw project rond palliatieve zorg van Transmuralis. Ook wordt nagegaan welke afspraken generiek te maken zijn (dit geldt voor meerdere patiëntengroepen) en welke specifieke afspraken nodig zijn per doelgroep, zoals COPD.
Betrokken actoren	Alrijne (ziekenhuis), Rijncoepel (Zorggroep), Alphen op één lijn (Zorggroep), Zorgbelang Zuid-Holland, Zorg en Zekerheid (verzekeraar), STIZON, Reos, huisartsen Zaaijer en Zaaijer, huisarts Lupine, longarts- en verpleegkundige.
Doelgroep	COPD patiënten in de laatste fase van hun behandeling. n=100.
Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen. Uitvoering interventies op basis van reguliere zorgfinanciering.
Evaluatie	Procesevaluatie uitgevoerd.
Referenties	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/palliatieve-zorg.

Interventie	
Titel	**COPD doelmatig medicijngebruik**
Beschrijving	Met de juiste medicatie volgens de NHG-standaard minder inhalatiecorticosteroïden (ICS) voorschrijven. In lijn met de afname van deze medicatie daalt naar verwachting ook het aantal bijwerkingen en de kosten. Inmiddels is de werkwijze geïmplementeerd in de eerste en tweede lijn, is een handleiding ontwikkeld om een uitdraai van de beoogde patiënten uit het systeem te krijgen, en is een beslisboom voor de medicatie ontwikkeld. Het vervolg zal zich richten op een verdere uitrol met specifieke aandacht voor belemmeringen bij de POH, huisarts en patient, en de rol van de apotheek. **Vervolgstappen 2018** Doel is dit project breed te implementeren. De werkwijze en resultaten zijn daartoe aangeboden aan NZLO en Knooppunt Ketenzorg met verzoek dit onderwerp te agenderen.
Betrokken actoren	Alrijne (ziekenhuis), Rijncoepel (Zorggroep), Alphen op één lijn (Zorggroep), Zorgbelang Zuid-Holland, Zorg en Zekerheid (verzekeraar), STIZON, Reos,

	huisartsen Zaaijer en Zaaijer, huisarts Lupine, longarts- en verpleegkundige.
Doelgroep	COPD patiënten n= 241.
Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen. Uitvoering interventies op basis van reguliere zorgfinanciering.
Evaluatie	
Design	Voor- en nameting over het gebruik van inhalatiecorticosteroïden (ICS) en tevredenheid over de interventie.
Uitgevoerd door	Pilotgroep onder regie van de zorginhoudelijke projectgroep (ZIP).
Studiepopulatie	COPD patiënten met ICS bij vijf deelnemende huisartspraktijken (n=241).
Meetinstrumenten	Routinematig verkregen patiënt gegevens, ervaringen door zorgprofessionals en kwalitatieve ervaringen van twee patiënten.
Bekostiging	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen.
Gezondheid	Niet gemeten.
Kwaliteit	Aantal ICS-gebruikers gedaald van 241 naar 221 (-5,8% (niet significant)) in 14 maanden tijd. De ervaring leert dat de patiënt beperkt openstaat om medicatie te wijzigen en dat er terug gegrepen wordt naar de oude medicatie als de ziekteverschijnselen verergeren.
Kosten	Verschil voor- en nameting in de kosten van de medicatie is -2,2% (niet significant) in de onderzoeksgroep.
Overig	Belemmerende factor in deze interventie was de onzekerheid bij patiënt, POH en huisarts over de gevolgen van de medicatieverandering. Zeker als er sprake is van een stabiele situatie. Hierbij zou een specialist (longarts, kaderarts) meer vertrouwen kunnen creëren bij de patiënten.
Referentie	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/copd-doelmatig-medicatiegebruik/

Interventie	
Titel	**Hoovers voor zorgoptimalisatie: CVRM-pilot**
Beschrijving	Voor een optimaal zorgproces hebben zorgverleners toegang nodig tot actuele en historische medische en klinische data die nodig zijn voor uitkomstenmanagement, vooral bij patiënten met chronische aandoeningen. Hierbij biedt een Hoover beslisondersteuning op basis van kennistechnologie. Deze kennistechnologie helpt patiënten op te sporen, alsook bij het bepalen en meten van een interventie. Er is een pilot gestart op het thema

	CVRM om te testen of de ontwikkelde Hoovers adequaat en praktisch bruikbaar zijn. **Vervolgstappen 2018:** In 2018 zullen een of twee vervolgpilot(s) starten. Daarnaast start het ontwikkelen van een toepasbare Hoover voor deze CVRM-groep t.b.v. de specialist.
Betrokken actoren	Alrijne Zorggroep (ziekenhuis), Rijncoepel, Alphen op één Lijn, Zorg en Zekerheid, Zorgbelang, Healthbase, Reos en SCAL.
Doelgroep	CVRM-patiënten verzekerd bij Zorg en Zekerheid, ingeschreven bij Rijncoepel 62.000 en Alphen op op één lijn 55.000.
Bekostiging interventie	De ontwikkeling van de Hoover is betaald uit het budget kennistechnologie van de proeftuin. De inzet van betrokken eerstelijnszorgverleners gedurende de ontwikkeling van de Hoover uit GES-middelen.
Evaluatie	
Design	De implementatie van de Hoover is in twee zorggroepen gevolgd.
Uitgevoerd door	Pilotgroep en projectleider van Stizon.
Studiepopulatie	225 ‘Hoovers’ beoordeeld en vastgelegd.
Meetinstrumenten	Geautomatiseerde opslag van de beoordeelde ‘Hoovers’.
Bekostiging	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen.
Gezondheid	Niet gemeten.
Kwaliteit	Zorgverleners zijn tevreden over de inhoud van de Hoover en de voordelen ervan bij de beoordeling van een indicator.
Kosten	In 74 beoordelingen (29%) kon een interventie plaatsvinden op het onnodig gebruik van dure cholesterolverlagers. Tussentijdse cijfers geven inzicht in een kostenbesparing van 5000 à 6000 euro per praktijk (bij 100% succes van de interventie), eindmeting moet nog volgen. In Rijncoepel is 30% van het besparingspotentieel gehaald, in Alphen op één Lijn 10%.
Overig	Het is technisch mogelijk gebleken informatie van patiënten uit verschillende systemen samen te brengen en hierdoor inzicht te verkrijgen in de geleverde zorg en de uitkomsten hiervan. Een huisartspraktijk die ook meedoet zonder actieve begeleiding op locatie is te beperkt. De inzet van een begeleidingsfunctionaris had een positieve invloed op deelname huisartsen. Een functionaris begeleidt in de praktijk het implementatieproces, laat zien hoe het werkt, et cetera. Ook is intern – binnen de zorggroep – een procesbewaker nodig.
Referentie	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/inzet-hoovers-t.b.v.-zorgoptimalisatie

Interventie	
Titel	**CVRM: Tussen wal en schip**
Beschrijving	Patiënten worden na een cardio-vasculair event voor CVRM terugverwezen naar de huisarts. Maar niet alle terugverwezen patiënten komen terecht in het zorgprogramma CVRM en vallen daardoor mogelijk tussen wal en schip. Doel van deze interventie is om met een minimum aantal handelingen deze groep patiënten zichtbaar te maken. Vervolgens kan door goed CVRM een cardiovasculair event worden voorkomen. De pilot is in 2016 gestart en in 2017 geïmplementeerd in een gezondheidscentrum. **Vervolgstappen 2018:** Doel is dit project gefaseerd te implementeren in de rest van de regio. De werkwijze en resultaten zijn daartoe aangeboden aan NZLO en Knooppunt Ketenzorg.
Betrokken actoren	Alrijne Zorggroep (ziekenhuis), Rijncoepel (zorggroep), Alphen op één Lijn (zorggroep), Zorg en Zekerheid, Zorgbelang, Healthbase, Reos, STIZON, cardioloog, huisartsen Wantveld.
Doelgroep	Uit de tweede lijn terugverwezen CVRM-patiënten die mogelijk tussen wal en schip vallen (n=1654).
Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen. Uitvoering interventies op basis van reguliere zorgfinanciering.
Evaluatie	
Design	De uitkomsten van de technologische methodiek om ‘wal en schip’ patiënten te identificeren is handmatig gecontroleerd door de zorgverleners.
Uitgevoerd door	Meetpunt Kwaliteit.
Studiepopulatie	Patiënten met hart- en vaatziekte (HVZ) uit de pilot locatie (n=654). Van hen werden er 159 geïdentificeerd als mogelijk tussen wal en schip met de technologische methodiek (bijvoorbeeld wel HVZ, maar niet in het CVRM-programma en niet onder behandeling van een specialist).
Meetinstrumenten	Nieuw is dat iedere huisartsenpraktijk in Nederland die Medicom gebruikt met behulp van Stizon via SAS-VA een patiënten lijst kan importeren in Medicom. Hierop is een voor- en nameting uitgevoerd.
Bekostiging	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen.
Gezondheid	Niet onderzocht.
Kwaliteit	Iedereen in de pilot is bereikt voor tijdig CVRM. 25 van de 159 patiënten bleken na dossieronderzoek daadwerkelijk tussen wal en schip te vallen. Deze

	patiënten zijn inmiddels opgenomen in het zorgprogramma CVRM. Van de andere patiënten zijn de dossiers bijgewerkt.
Kosten	De langetermijn gezondheidskosten zijn niet onderzocht. De tijdsinvestering voor de locatie was maximaal 8 uur, wat een interessante investering lijkt aangezien goed CVRM de kans op een volgend event bij deze doelgroep verkleint.
Referentie	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/cvrm-hartfalen/
Interventie	
Titel	**CVRM: Gedifferentieerde streefwaarde LDL-cholesterol**
Beschrijving	Met een minimum aan handelingen zichtbaar maken wanneer een CVRM-patiënt een Acuut Coronair Syndroom (ACS) heeft gehad en er voor deze patiënt dus een andere streefwaarde LDL-cholesterol moet worden gehanteerd. De pilot is in 2016 gestart en in 2017 afgerond. De methodiek is succesvol geïmplementeerd binnen het gezondheidscentrum waar de pilot is gehouden. **Vervolgstappen 2018:** Doel is dit project gefaseerd te implementeren. De werkwijze en resultaten zijn daartoe aangeboden aan NZLO en Knooppunt Ketenzorg.
Betrokken actoren	Alrijne Zorggroep, Rijncoepel, Alphen op één Lijn, Zorg en Zekerheid, Zorgbelang, Healthbase, Reos, SCAL, STIZON, cardioloog, huisartsen Stevenshof.
Doelgroep	CVRM patiënten die een ACS hebben gehad (n=124).
Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen. Uitvoering interventies op basis van reguliere zorgfinanciering.
Evaluatie	
Design	Voor- en nameting van de LDL waarden van alle ACS-patiënten in één gezondheidscentrum. Voor de interventie is een lijst aangeleverd met patiënten met ACS waarbij de laatst gemeten LDL-waarde hoger was dan 1.8 mmol/l. Deze lijst kon gebruikt worden om de medicatie aan te passen.
Uitgevoerd door	Meetpunt Kwaliteit.
Studiepopulatie	Voor- (n=118) en nameting (n=124) van de LDL waarden van alle ACS-patiënten in één gezondheidscentrum.
Meetinstrumenten	Nieuw is dat iedere huisartsenpraktijk in Nederland die Medicom gebruikt met behulp van Stizon via SAS-VA een patiëntenlijst kan importeren in Medicom. Een voor- en nameting met LDL-waarden is hierop uitgevoerd. Dit kan in het vervolg onderdeel zijn van de reguliere metingen van de

	normale zorg.
Bekostiging	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen.
Gezondheid	Percentage van ACS patiënten met een LDL van ≤1.8 mmol/l, was al relatief hoog in het onderzochte gezondheidscentrum en bleef gelijk tussen de metingen. De potentiele gezondheidswinst in de regio is naar verwachting hoger.
Kwaliteit	Niet gemeten. De praktijkondersteuners gaven aan dat de patiënten ontvankelijk zijn voor hun advies. Deze mensen hebben al een keer een event gehad en de wetenschappelijke informatie dat goed statinegebruik een volgend event kan voorkomen, zorgt ervoor dat de doelgroep de gedifferentieerde streefwaarde accepteert.
Kosten	De lange termijn gezondheidskosten zijn niet onderzocht. De tijdsinvestering voor de locatie was maximaal 2 uur voor het opvragen van de lijst; de medicatie aanpassing is op het reguliere consult besproken. Dit lijkt een interessante investering: wanneer de patiënten goed op medicatie is ingesteld, kan de kans op een volgend event bij deze doelgroep verkleinen.
Referenties	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/gedifferentieerde-streefwaarde-ldl-cholesterol/

Interventie	
Titel	**Voorkomen overbehandeling bij oudere patiënten met diabetes mellitus type 2**
Beschrijving	Patiënten van 80 jaar of ouder worden vaak overbehandeld bij diabetus mellitus (DM) type 2. Door een nieuw handvat te ontwikkelen kan onderscheid worden gemaakt in verschillende typen ouderen en de na te streven Hba1C-waarde. Zorgverleners zijn hierin geschoold met aandacht voor shared decision making met de patiënt. De nieuwe werkwijze wordt momenteel regionaal geïmplementeerd. **Vervolgstappen 2018:** De werkwijze en resultaten zijn aangeboden aan NZLO en Knooppunt Ketenzorg en worden inmiddels verwerkt in de regionale ketenzorg afspraken.
Betrokken actoren	Alrijne Zorggroep, Rijncoepel, Alphen op één lijn, Zorg en Zekerheid, Zorgbelang en, Reos, internist, huisartspraktijken Stevenshof, Wantveld, Irisplein en Prelude.
Doelgroep	Patiënten van 80 jaar of ouder met DM type 2, ingeschreven bij de deelnemende huisartspraktijken (n=144).

Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen. Uitvoering interventies op basis van reguliere zorgfinanciering.
Evaluatie	
Design	Voor- en nameting rondom de interventie.
Uitgevoerd door	Meetpunt Kwaliteit.
Studiepopulatie	80 jaar en oudere diabetespatiënten met een HbA1C van <64 bij vier huisartsengroepen. 7 patiënten zijn geïnterviewd.
Meetinstrumenten	Hoeveelheid voorgeschreven DM-medicatie. Interviews over de ervaren kwaliteit van zorg bij patiënten.
Bekostiging	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen.
Gezondheid	Niet gemeten.
Kwaliteit	De interviews met patiënten geven een positieve reactie weer over de vermindering in medicatie.
Kosten	De eindmeting laat een afname zien in hoeveelheid DM-medicatie van 41% waardoor ook de kosten afnemen met 49%.
Referentie	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/voorkomen-overbehandeling-bij-oudere-patienten-met-diabetes-mellitus-type-2

Interventie	
Titel	**Medicatiebeoordeling met deprescribing**
Beschrijving	Rond dit thema wordt ingezet op drie maatregelen: substitutie, anderhalvelijnszorg en coördinatie & consultatie, waarin ook de wensen van ouderen zijn geïnventariseerd. De eerste interventie is gericht op de-prescribing bij kwetsbare ouderen. Onduidelijk is of de oudere patiënt erbij baat is medicatie te blijven gebruiken. De apotheker voert consulten uit om de medicatie te beoordelen en af te stemmen op de wensen van de patiënt en de klinische noodzaak. De pilot is in 2016 gestart en in 2017 afgerond. **Vervolgstappen 2018:** De stuurgroep vindt dat op basis van de nu beschikbare resultaten niet gesteld kan worden dat de kosten lager of gelijkblijvend zijn. Daarvoor is meer inzicht en informatie nodig. Er zal een businesscase gemaakt worden waarna vervolgsafspraken over uitrol zullen volgen.
Betrokken actoren	Alrijne Zorggroep, Rijncoepel, Alphen op één lijn, Zorg en Zekerheid, SCAL, Zorgbelang, Healthbase en Reos, apotheker Stevenshof, internist Alrijne, huisartenpraktijken Zaaijer en Zaaijer en Stevenshof.

Doelgroep	Ouderen, 70 jaar en ouder met 7 of meer geneesmiddelen in twee huisartsenpraktijken.
Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen. Uitvoering interventies op basis van reguliere zorgfinanciering.
Evaluatie	
Design	Voor- en nameting na 6 maanden.
Uitgevoerd door	Projectgroep.
Studiepopulatie	87 ouderen (leeftijd gemiddeld 82 jaar) bij wie een medicatiebeoordeling is afgenomen.
Meetinstrumenten	Medicatiebeoordeling (n=87), EQ-5D kwaliteit van leven vragenlijst (nt0=79; nt1=69) en interviews
Bekostiging	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden.
Gezondheid	Significante daling in gezondheids-gerelateerde klachten benauwdheid, droge mond en duizeligheid.
Kwaliteit	Kwaliteit van leven is gelijk gebleven.
Kosten	Beperkte afname in de zorgkosten.

Interventie	
Titel	**Thuismeten bloeddruk**
Beschrijving	Een groot deel van de stabiele, laag complexe patiënten in het CVRM-zorgprogramma komen vier keer per jaar op consult om hun bloeddruk te laten meten. Deze consulten hebben weinig tot geen inhoudelijke toegevoegde waarde en vormen een (tijds)belasting voor zowel patiënt als zorgverlener. Getest wordt of patiënten hun bloeddruk thuis kunnen meten en hierover digitaal kunnen communiceren met de praktijk. Van belang is om te achterhalen wat de succesfactoren zijn als zij zelf hun bloeddruk meten. De pilot is gestart in 2016. **Vervolgstappen 2018:** Doel is dit project gefaseerd op te schalen, met als focus het aantal patiënten na opstartfase uit te breiden, reminders om de bloeddruk te meten aan te bieden, en de monitorfunctie verder te ontwikkelen.
Betrokken actoren	Alphen op één lijn, Zorgbelang, Vital Health software, Stizon, Zorg en Zekerheid.
Doelgroep	Stabiele laag complexe patiënten in het CVRM-zorgprogramma (n=732).
Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Zorgbelang uit bijdrage enkele partners. Uitvoering interventies op basis van reguliere zorgfinanciering.
Evaluatie	
Design	Interventie groep (thuis meten) vergelijken met controle groep (in de huisartsen praktijk meten).

Uitgevoerd door	Door de projectgroep.
Studiepopulatie	Steekproef van 74 onder CVRM-patiënten (n=74) op basis van laag medische complexiteit, het hebben van een 'Patiëntenportaal' account en sociale stabiliteit.
Meetinstrumenten	Vragenlijsten en interviews, analyse data HIS en KIS op t=0 en t=1 door Stizon.
Bekostiging	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Zorgbelang uit bijdrage Alrijne/SCAL, Inzet Vital Health Software en Stizon op offertebasis uit budget kennistechnologie (GES + externe middelen). De bloeddrukmeters zijn betaald door Zorg en Zekerheid.
Gezondheid	Bloeddrukwaarden wijzigen niet in de interventie groep ten opzichte van de controle groep. Bewustzijn over de eigen gezondheid neemt toe.
Kwaliteit	De patiënten zijn tevreden over de pilot en willen graag hiermee door.
Kosten	Het aantal praktijkconsulten neemt af (n=55) en afname van 1.5 naar 1.3 (dit is inclusief de extra consulten die nodig waren in de opstartfase; zonder deze consulten is de daling waarschijnlijk groter), maar er zijn ook opstartkosten nodig en apparatuur.
Referentie	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/thuismeten-bloeddruk/

Interventie	
Titel	**Patiënt instabiel hartfalen**
Beschrijving	Patiënten met stabiel hartfalen die door de cardioloog zijn terugverwezen naar de eerstelijnszorg kunnen weer instabiel worden. Het is voor een huisarts niet altijd goed in te schatten wanneer een instabiele patiënt weer aan de cardioloog moet worden overgedragen. Een kaderhuisarts voor hart- en vaatziekten en cardiologen stelden gezamenlijk criteria op voor verslechterende hartfalen patiënten. Bij criteria valt te denken aan voorgeschiedenis, leeftijdscriteria, anamnese onderzoek et cetera. Deze scoringslijst is eenvoudig te gebruiken door huisartsen en biedt een handvat om de cardioloog (of hartfalenverpleegkundige) op het juiste moment te consulteren. De pilot is beëindigd (zie evaluatie).
Betrokken actoren	Alrijne, Rijncoepel, Alphen op één lijn, SCAL, Zorgbelang, Zorg en Zekerheid, STIZON, specialisten, huisarts Stevenshof, Reos.
Doelgroep	Patiënten met stabiel hartfalen.
Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen. Uitvoering interventies zou plaatsvinden op basis van reguliere zorgfinanciering.

Evaluatie	De pilot is niet van de grond gekomen vanwege de lage incidentie, en doordat de zorgverlener die bij de pilot betrokken is, niet werkzaam is op de pilotlocatie. Ook is er te weinig aandacht gegeven aan de scoringslijst.
Referentie	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/patienten-met-instabiele-hartfalen/

Interventie	
Titel	**CVRM: Indicatoren individueel zorgplan**
Beschrijving	Om de kwaliteit van ketenzorg (CVRM) te meten worden uitkomstindicatoren gebruikt. De invloed van wat er in het individuele zorgplan is afgesproken, is niet altijd zuiver terug te zien, waardoor zorgprofessionals onvoldoende informatie hebben om de kwaliteit van de ketenzorg te meten. In deze interventie spreekt de praktijkondersteuner of huisarts met iedere patiënt een streefwaarde af voor de systolische bloeddruk en de LDL-cholesterol. Die individuele streefwaarde wordt vergeleken met de laatst geregistreerde individuele waarde. **Vervolgstappen 2018:** De stuurgroep vindt dat op basis van de nu beschikbare resultaten niet kan worden gesteld dat de kwaliteit van zorg verbeterd is. Het feit dat de individuele streefwaardes vaker gehaald worden, zegt nietof deze werkwijze eraan bijdraagt dat de streefwaarden volgens de richtlijn worden behaald (of benaderd). Er zal een vervolgpilot zal worden ingezet, in combinatie met Shared Benefit-afspraken.
Betrokken actoren	STIZON, Alrijne ziekenhuis, Zorgbelang, (Kader)huisarts, Reos.
Doelgroep	CVRM patiënt (n=444).
Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen. Uitvoering interventies op basis van reguliere zorgfinanciering.
Evaluatie	Een eerste evaluatie laat zien dat de streefwaarden beter worden ingevuld. Nader onderzoek moet uitwijzen of individuele streefwaarden een beter effect hebben.
Referentie	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/indicatoren-individueel-zorgplan-cvrm/

Interventie	
Titel	**Combiconsult**
Beschrijving	Ouderen die minder dan vijf geneesmiddelen gebruiken en patiënten onder 65 jaar, missen vaak een controle op juist medicatiegebruik. Het combiconsult is een korte gestructureerde beoordeling van de medicatie door de apotheker in

	de huisartsenpraktijk, direct voorafgaand aan de jaarcontrole van de patiënt bij de huisarts of praktijkverpleegkundige. Zorgen van de zorgverzekeraar over hogere kosten zijn opgepakt door af te spreken dat de interventie kostenneutraal zouden zijn. **Vervolgstappen 2018:** De pilot wordt vervolgd met een ZonMw-implementatieproject bij 16 praktijken in het land, waarvan 2 in Alphen aan de Rijn. De stuurgroep wil nader verkennen op welke manier de pro-actieve inzet van de apotheker bij medicatiebeoordeling het meest gericht (kwaliteit) en doelmatig kan worden ingezet. De ervaringen met het combiconsult, de-prescribing en de reguliere medicatiebeoordeling vormen hiervoor belangrijke elementen. Uitgangspunt is dat de nieuwe werkwijze budgetneutraal wordt gerealiseerd.
Betrokken actoren	Twee huisartsenpraktijken Prelude en Stevenshof, twee apotheken Stevenshof en Herenhof, Zorgbelang, Reos en SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, SCAL, Zorg en Zekerheid.
Doelgroep	Patiënten binnen het zorgprogramma CVRM, COPD of diabetes die voor jaarcontrole komen.
Bekostiging interventie	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen. Uitvoering interventies op basis van reguliere zorgfinanciering. Met de zorgverzekeraar is afgesproken om na de pilotfase de interventie kostenneutraal uit te voeren; de huisarts draagt werk over aan de apotheker.
Evaluatie	
Design	Uitkomsten van het combiconsult zijn gevolgd.
Uitgevoerd door	Projectteam.
Studiepopulatie	96 consulten uitgevoerd, gemiddelde leeftijd 67 jaar.
Meetinstrumenten	Kwaliteit gemeten in aantal farmacotherapie gerelateerde Problemen (FTP's) en aanbevelingen. Patiënttevredenheid gemeten met PREM-vragenlijst direct na het consult (n=67). Ook nog interviews (n=7) en zorgverlener enquête.
Bekostiging	Inzet voor pilotgroep van eerstelijnszorgaanbieders op basis van GES, projectmanagement door Reos uit eerstelijnsondersteuningsgelden, inzet andere partijen uit eigen middelen.
Gezondheid	Van de 48 geconstateerde bijwerkingen kon 2/3 worden opgelost.
Kwaliteit	In totaal zijn 167 FTP's geïdentificeerd, waarbij in 81% de aanbevelingen zijn overgenomen. Patiënt is tevreden over de apotheker en vindt het belangrijk om vragen, tevredenheid en zorgen over medicatie(gebruik) te bespreken.

	Een uitkomst van het consult is dat medicatie in dosering verlaagd of zelfs gestopt.
Kosten	Niet gemeten.
Referentie	http://zorgbelang-zuidholland.nl/gzgr/pilots/combi-consult/

B5.4 Goed*leven*

Interventie	
Titel	**Expeditie goed leven**
Beschrijving	Een wandeling van Terneuzen naar Goed*leven*: een kort college van gespreksvaardigheden, een college van nieuwe beweging, keukentafelgesprekken met patiënten, en reflectie op samenwerking (met Klaverblad en deelnemende organisaties.
Betrokken actoren	Werkgroepleden: alle deelnemers van Goed*leven*.
Doelgroep	Alle participerende organisaties van Goed*leven*, patiënten en een Emaus verpleeghuis.
Bekostiging interventie	Uit het budget van Goed*leven*. Sponsors: aannemer, verhuurbedrijf, sportschool, lokale uitgever.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Community**
Beschrijving	In de online community kunnen inwoners van Zeeuws-Vlaanderen online meepraten en meedenken met Goed*leven* (via ikwilmeedenken.nl). Op deze manier wordt invulling gegeven aan de participatie van inwoners. En aan het vormgeven van toekomstbestendige zorg en welzijn in Zeeuws-Vlaanderen. Inmiddels is de community stopgezet.
Betrokken actoren	ZorgSaam, Nucleus, GGD, programmamanager, Curamus, Gemeente Terneuzen, Robuust.
Doelgroep	We gaan in gesprek met alle inwoners van Zeeuws-Vlaanderen. n=106.522 inwoners.
Bekostiging interventie	CZ financiert dit in eerste instantie vanuit haar beheerskosten. Financiering vanuit stichting Goed*leven*. Later heeft Zorgbelang de menskracht geleverd (in kind financiering) en kwam financiering van technische kosten vanuit de stichting.
Evaluatie	De online community bleek niet aan te sluiten bij wat de burgers zelf willen. De community had rond de 300 gebruikers, waarvan grotendeels professionals. Doordat online discussie voornamelijk over professionele (en complexere) onderwerpen ging, was het lastig voor burgers om mee te praten.

Interventie	
Titel	**Farmacie: Bloeddruk- en cholesterol verlagers**
Beschrijving	Op korte termijn besparingen genereren door generieke en therapeutische substitutie van geneesmiddelen. Hierdoorontstaat zowel investeringsruimte voor de andere onderdelen van Goed*leven* alsconcrete resultaten. In oktober 2014 is gestart met bloeddruk- en cholesthorolverlagers. Dit project is in 2017 afgerond met deelname van 90% van de praktijken. Momenteel wordt nagedacht

	over een vervolg.
Betrokken actoren	Apothekers, Nucleus Zorggroep, ZorgSaam, Opera (projectmanagement). Huisartsen, apothekers, internisten en cardiologen.
Doelgroep	Generieke en therapeutische substitutie of stoppen van cholesterolverlagers en ATII blokkers die extramuraal worden afgeleverd.
Bekostiging interventie	Geen aparte bekostiging en contract voor het omzetten van de patiënten. Shared savings kunnen worden gebruikt om de evenuteel gemaakt kosten te financieren. Het overige deel van de savings zal op een nog nader af te spreken wijze worden verdeeld. Het realiseren van deze 'shared savings' biedt tevens de gelegenheid om budget te creëren om te investeren in nieuwe initiatieven voor 'Goed*leven*'. Momenteel zijn de shared savings behaald, maar nog niet uitbetaald.
Evaluatie	
Design	Berekening netto shared savings door de bruto besparing te verminderen met de vergoeding voor de extra inspanningen van de zorgverleners, de projectkosten, en de kosten voor de proeftuin.
Uitgevoerd door	CZ.
Studiepopulatie	Patiënten die zijn verzekerd bij CZ en in de twee jaar volgend op oktober 2014 bloeddruk- en/of cholesterolverlagers gebruikten. In totaal waren dit ongeveer 2000 patiënten, van wie 700 zijn omgezet in de loop van de twee jaar.
Meetinstrumenten	Regulier verzamelde data door de zorgverzekeraar.
Bekostiging	Als onderdeel van het project.
Resultaten	
Gezondheid	Niet gemeten.
Kwaliteit	Niet gemeten.
Kosten	Over een periode van twee jaar is een besparing van meer dan 200.000 euro gerealiseerd.

Interventie	
Titel	**Einde levensfase**
Beschrijving	Het traject 'Praat tijdig over uw levenseinde' wil het bewustzijn bevorderen bij de bevolking van Zeeuws-Vlaanderen en de zorg- en hulpverleners over de stem van patiënten in de laatste fase van hun leven. Daarmee zijn zorg- en hulpverleners op de hoogte en kan de zorg over de schotten en lijnen heen daarop worden afgestemd. Er zijn verschillende onderdelen: 1. Traject gericht op totale bevolking om het onder de aandacht te brengen en waar nodig informatie te bieden. 2. Gericht traject op mensen die waarschijnlijk binnen één jaar overlijden om hiermee gericht een gesprek te voeren over het levenseinde; inventarisatie van de

	behoefte van mensen over tijdig praten over einde levensfase. 3. Nascholing voor zorgverleners. Inmiddels is het project afgerond. Er is een folder ontwikkeld voor inwoners en beschikbaar in huisartsenpraktijken, er is een werkwijzer ontwikkeld voor huisartsen, ontmoetingsplaatsen zijn geïnventariseerd en café Doodgewoon is georganiseerd voor alle inwoners van de regio. Het vervolg bestaat uit het op de agenda houden van het ondewerp.
Betrokken actoren	CZ, ZorgSaam, medisch specialisten, huisartsen, Netwerk palliatieve zorg.
Doelgroep	1. De burgers van Zeeuws-Vlaanderen (n=106.000) 2. De tweede doelgroep is de groep patiënten die op basis van een zeer gedegen screening door huisarts en wijkverpleegkundige naar verwachting binnen één jaar komt te overlijden. 3. Zorg- en hulpverleners van Zeeuws-Vlaanderen.
Bekostiging interventie	ZonMw subsidie van okt 2014 t/m feb 2015 van €35.000.
Evaluatie	Meting is ingezet voor N gesprekken, maar gestopt nadat het niet mogelijk bleek hier de juiste gegevens voor de krijgen.

Interventie	
Titel	**Gezondheidswaaier**
Beschrijving	Bewustzijn creëren over Positieve Gezondheid, en dit met concrete hulpmiddelen ondersteunen om eigen regie te voeren op je gezondheid. Het doel is om gezondheidprogramma's breed beschikbaar te maken voor zowel werknemers als patiënten en cliënten. Ook wordt de gezondheidswaaier voor behandelaars als integrale tool aangeboden. De Gezondheidswaaier wordt momenteel benut bij leefstijlcoaching in samenwerking met fitnesscentrum in Zeeuws Vlaanderen. Aan de hand van de gezondheidswaaier wordt met de cliënt een leefstijlinterventie gekozen met begeleiding en coaching. **Vervolgstappen 2018** In 2018 loopt een pilot waarvoor zowel via bedrijven als via het sociaal domein cliënten worden aangeleverd. Bekostiging nu vanuit experimenteergelden van CZ en bijdrage vanuit de gemeenten. Vanaf 2019 wordt dit aangeboden als Gecombineerde Leefstijl Interventie en betaald via de zorgverzekeraar.
Betrokken actoren	Bodyline Health center, CZ, iPH, HZ, GGD Zeeland.
Doelgroep	Werknemers, patiënten en cliënten van Zeeuws Vlaanderen.
Bekostiging interventie	2015: Financiering vanuit Goed*leven*, de deelnemers deden ieder een bijdrage aan de Stichting. Overig deel

	is gefinancierd uit mantelovereenkomst CZ en IPH.
Evaluatie	De evaluatie is uitgevoerd door een stagiaire. Er bleek meer behoefte te zijn aan coaching (en dus face-to-face contact) dan aan een digitaal informatie portaal waar mensen zelf hun informatie kunnen halen. Daarom is ook de Gezondheidswaaier als project leefstijlcoaching verder gegaan. Het is nog te vroeg om effecten van die leefstijlcoaching te beschrijven, maar hierover wordt wel data verzameld.

Interventie	
Titel	**Toekomstige zorg West Zeeuws Vlaanderen**
Beschrijving	Verkenning samenhangende zorgvisie in relatie tot de gevolgen voor de dienstverlening aan de klant, de deelnemende organisaties, vastgoed (intramuraal en extramuraal), woningmarkt en financiering. Er zijn vier deelprojecten. 1. De toegang tot zorg optimaliseren middels een één-loket functie voor de klant, waarbij de klant centraal staat. Bijeenbrengen van huisartsen, gemeente, wijkverpleging en GGZ. 2. Een toekomstbestendige huisvesting voor GCA Oostburg en De Stelle, dit in relatie tot de kort- en langdurige zorg (verpleging). Het gaat bij deze huisvesting om een ruimtelijk- en zorginhoudelijk concept. Specifiek in dit project zijn de regionale (poliklinische- en andere) kern-overstijgende functies. 3. Langetermijnvisie voor wonen en zorg regio West Zeeuws- Vlaanderen. Hierbij worden de gevolgen verkend van de scheiding tussen wonen en zorg, voor zowel de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de GGZ. 4. SEH in relatie tot toerisme. Het is voor toeristen niet altijd duidelijk voor welke zorg ze waar terecht kunne (huisarts, ziekenhuis, apotheek e.d.). het doel is om een een duidelijke, kwalitatief hoogwaardige en kostenefficiënte structuur realiseren waardoor de toeristen gebruikmaken van de lokale zorg. Procesplan is gemaakt, verder uitwerking van deelplannen zal plaatsvinden. **Vervolgstappen 2018:** Najaar 2018 start een pilot met het inrichten van één loket voor zorgvragen in het gezondheidscentrum in Breskens.
Betrokken actoren	Gemeente Sluis, Zorgsaam, Warmande, Nucleus Zorg.
Doelgroep	Alle inwoners en bezoekers van de Gemeente Sluis (23.500).
Bekostiging interventie	Financiering vanuit de betrokken actoren. Voornamelijk financiering van gemeente Sluis (initiatior).
Evaluatie	Projecten worden gemonitord en geëvalueerd. MKBA blijkt lastig uit te voeren en heeft vertraging

	opgelopen.

Interventie	
Titel	**Digitale keten- en verwijsoverdracht**
Beschrijving	Digitale, veilige en tijdige distributie van behandel- en medicatiegegevens. Hierdoor kan de behandelaar met toestemming van de patiënt hierin actueel en realtime inzicht hebben. Soepele overdracht zonder zorgen voor de patiënt. Online gegevens delen, efficiënte samenwerking en ketensamenwerking faciliteren. Verwachtte kostenbesparing door onnodig behandelen, onnodige onderzoeken, onnodige gegevensoverdrachten voorkomen. De projectambitie wordt waarschijnlijk ondergebracht in een breder ICT-E-health project. Project is gestopt. Pogingen om dit project opnieuw op te starten zijn niet succesvol gebleken.
Betrokken actoren	Nucleus Zorg, ZorgSaam, Warmande, SVRZ, Buurtzorg, TragelZorg.
Doelgroep	Onbekend.
Bekostiging interventie	Niet van toepassing
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Nachtzorg**
Beschrijving	Met lokale en efficiënte samenwerking in de nachtelijke zorgopvolging en de inzet van moderne techniek cliënten en bewoners een goede, rustige en veilige nacht te bieden. Uitgangspunt: de nacht is om te slapen. Komen tot een regionale zorgcentrale (of aansluiting bij) voor zorgmonitoring. Een open samenwerkingsverband in zorgcirkels voor de nachtzorg in Zeeuws-Vlaanderen leidt tot betere regionale samenwerking, efficiënte inzet mensen en middelen, optimale kwaliteit van nachtzorg. **Vervolgstappen 2018** In 2018 is een pilot gestart (n=200) en zal verdere uitrol op lokaal niveau plaatsvinden. De nieuwbouw van zorgappartementen in St. Jansteen zal als grote pilot dienen. Oplevering medio 2019.
Betrokken actoren	ZorgSaam Zorggroep, TragelZorg.
Doelgroep	Alle cliënten van ZorgSaam en Tragel die gebruikmaken van (geplande) nachtzorg.
Bekostiging interventie	‘In kind’ vanuit budgetten deelnemende organisaties.
Evaluatie	De ervaringen van gebruikers en professionals worden gemonitord.

Interventie

Titel	**Responsbalans**
Beschrijving	De effectiviteit van de inrichting van de ANW- en spoeddiensten is niet optimaal. De triage-uitkomsten lijken vaker dan nodig te leiden tot een te hoge urgentie en er is te weinig differentiatie mogelijk in het zorgniveau dat ingezet wordt na een oproep. Het doel is de triage nieuw in te richten, inzicht in het gehele proces te krijgen, inclusief het bespaarpotentieel en een beschrijving van de samenwerkingsrelaties. Het project richt zich op vier processen: 1. Voorbereiding geïntegreerde triage. 2. Optimaliseren efficiëntie in inzet in de ANW-uren van spoedzorg. 3. Soepele, goed geïnformeerde inzet van de juiste deskundigheid bij een niet-medische zorgvraag als spoedzorgvraag. 4. Monitoring. **Vervolgstappen 2018:** De triage op de HAP wordt uitgebreid met een categorie waarbij andere professionals worden ingezet, zoals verpleegkundig Specialisten en Wijkverpleegkundigen evenals professionals uit het Sociaal domein.
Betrokken actoren	Nucleus Zorg, Warmande, ZorgSaam, RAV Zeeland, Meldkamer (GMZ), CZ.
Doelgroep	Alle zorgverleners in de keten van acute zorg. Alle inwoners van Zeeuws-Vlaanderen.
Bekostiging interventie	Huidige project wordt gefinancierd vanuit een VEZN subsidie.
Evaluatie	Er worden data verzameld gedurende het project en er wordt een impact-analyse uitegvoerd.

Interventie	
Titel	**Integrale zorg Oost Zeeuws-Vlaanderen**
Beschrijving	Integrale zorg in Oost Zeeuws-Vlaanderen vormgeven. Dit houdt een zichtbare versterking in tussen de eerste en tweede lijn, en het vormgeven van anderhalflijnszorg, passend en kwalitatief hoogwaardig. Vormgeven op basis van meerdere (kleine) pilots, ontstaan en gekozen op basis van enthousiasme en bottom-up ideeën. Inmiddels is een pilot artrosestraat (meekijk consult orthopedie in de eerste lijn) enthousiast ontvangen. Ook loopt er een pilot voor eerstelijnsverblijven. Het pilot project MeeKijk-consult-Orthopedie (MKO) is gestart op 1 januari 2017 en heeft gedraaid tot 31 december 2017. De pilot is vanuit het initiatief van 2 huisartsenpraktijken ontstaan en wordt uitgevoerd met de orthopeden van het regionale ziekenhuis in Terneuzen.

Betrokken actoren	Pallion (huisartsen), ZorgSaam.
Doelgroep	Inwoners van Hulst (n=27.000). Patienten met heup- en knieklachten waarschijnlijk door artrose. Twijfelgevallen (wel of geen artrose). Veeleisende patient die ondanks advies van de huisarts, toch graag doorgestuurd wil worden.
Bekostiging interventie	Via Partners (ZVW eerste en tweedelijns).
Evaluatie	
Design	Evalueren van het pilot project MeeKijk-consult-Orthopeie (MKO) op twee lokacties.
Uitgevoerd door	
Studiepopulatie	Patiënten met heup- en knieklachten waarschijnlijk door artrose, twijfelgevallen (wel of geen artrose) en veeleisende patiënten die ondanks advies van de huisarts toch graag doorgestuurd willen worden. Geëxcludeerd zijn patiënten met heup- en knieklachten waarbij artrose zeer onwaarschijnlijk is (mensen tot 50 jaar of sportletsels).
Meetinstrumenten	Vriendelijkheid/gastvrijheid beoordeeld door de patiënt en PROMS waarde meter
Bekostiging	VEZN subsidie
Gezondheid	PROMS bedoeld voor metingen op de langere termijn, heeft meer tijd nodig gehad en is medio oktober 2017 gestart. Hiervan zijn nog geen goede referentiewaarden beschikbaar.
Kwaliteit	Op de twee locaties waar de pilot gedraaid heeft (HC Zuid te Terneuzen en Pallion te Hulst), scoort patiënt vriendelijkheid/gastvrijheid een 8,9. 87% blijft binnen de eerste lijn.
Kosten	
Overig	Als positieve factor in deze pilot wordt benoemd dat de psecialist via zijn tablt röntgenbeelden kon zien, waarmee patiënten, huisarts en spcialist gezamenlijk de foto konden bespreken.
Referentie	https://www.versterkingeerstelijn.nl/projecten-zn/vind-een-project/1e-lijns-meekijk-consult-orthopedie-huisarts

Interventie	
Titel	**Integrale ouderenzorg**
Beschrijving	In 2017 is een concept opgesteld om het zorgpad kwetsbare ouderen vorm te geven. Met als doel in 2020 de ouderenzorg in alle huisartsenpraktijken in Zeeuws Vlaanderen toekomstbestendig georganiseerd en kwalitatief op orde te hebben. **Vervolgstappen 2018:** In 2018 is de inhoud van het zorgpad kwetsbare ouderen uitgewerkt en afgestemd met de zorgverzekeraar. Nucleuszorg faciliteert de huisartsenpraktijken bij het bieden van multidisciplinaire, goed afgestemde zorg aan

	kwetsbare ouderen in de thuissituatie, bestaande uit: 1. Indien gewenst een poh-ouderenzorg. 2. Op alle gebieden uitstekende afstemming met samenwerkingspartners in de keten. 3. Een goed communicatiesysteem dat veilig communiceren en eenduidig registreren mogelijk maakt; (gedacht wordt aan de implementatie van de ouderenmodule in het Kis VH). 4. Passend scholingsaanbod om de expertise van het personeel in HA-praktijk betreffende ouderenzorg te vergroten . 5. De implementatie van het zorgpad ouderenzorg in 2019.
Betrokken actoren	Nucleus zorg, ZorgSaam, Warmande, Zorgbelang Brabant, SVRZ.
Doelgroep	Kwetsbare ouderen in Zeeuws-Vlaanderen.
Bekostiging interventie	Deze fase wordt bekostigd vanuit VEZN-subsidie.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

B5.5 MijnZorg

Interventie	
Titel	**Patientgerichtheid**
Beschrijving	'MijnZorg' is een van de twee pilotregio's waarin een vragenlijst over patiëntgerichtheid in de regio wordt uitgezet. Doel is om de patiëntgerichtheid in de regio te verbeteren. Het uitzetten van deze vragenlijst is een nulmeting die input moet geven voor gerichte verbeteracties. Het project heeft per september 2017, met de komst van een nieuwe projectleider, een doorstart gemaakt. Er wordt geen meting meer uitgevoerd conform de oorspronkelijke opzet met IQ-Healthcare, maar er wordt ingezet op de implementatie van vier (bewezen effectieve) samenhangende interventies bij gespreksvoering.Aansluiting van het project bij de reeds bestaande initiatieven bij de verschillende organisaties is een uitdaging gebleken. **Vervolgstappen in 2018** In augustus is de eindrapportage opgeleverd. Aanbevelingen worden opgepakt om de patiëntgerichtheid een stap verder te brengen.
Betrokken actoren	Burgerkracht Limburg, CZ, Huisartsen OZL, Zuyderland, NPCF, Zorgbelang Gelderland, IQ Healthcare.
Doelgroep	Er zijn bij de nulmeting drie doelgroepen en vragenlijsten: 1. Mensen met diabetes en/of COPD; deze vragenlijst richt zich op de zorg zoals mensen die in de keten ervaren. 2. Mensen die minimaal één nacht hebben verbleven op een verpleegafdeling van het ziekenhuis (orthopedie, vaatchirurgie, cardiologie, oncologie, longgeneeskunde en interne geneeskunde). 3. Zorgverleners in het ziekenhuis. Later wordt uitbreiding naar andere subpopulaties verwacht. Doelgroep vanaf september 2017: hele populatie in beide regio's. Alle zorgverleners (tweede lijn, apothekers, kernpartners) en patiënten.
Bekostiging interventie	Geen contract naar zorgaanbieders; IQ-healthcare wordt betaald door CZ. Projectleiders worden gefinancierd via VEZN.
Evaluatie	Concept-projectevaluatie is opgeleverd medio augustus 2018. Door het project is de aandacht voor patiëntgerichtheid in de regio's opnieuw geprikkeld en gestimuleerd. Betrokken partijen hebben de taak dit verder op te pakken. Foldermateriaal voor burgers en zorgverleners is ontworpen.

Interventie	
Titel	**Community – website**
Beschrijving	Er is een website ontwikkeld met inhoudelijke informatie over MijnZorg. Daarnaast is op de website ruimte voor filmpjes over bijvoorbeeld een dilemma waar partijen tegen aanlopen en over het samenwerken binnen de proeftuin. Doelen zijn stakeholder enthousiasmeren over de proeftuin; geïnteresseerden informeren over de proeftuin. In de toekomstige fase wordt ook de burger actief betrokken. **Vervolgstappen 2018** Na de evaluatie in het communicatie-/ redactieteam is de website van MijnZorg per april 2018 compleet vernieuwd. Er wordt nu ook informatie over de projecten opgenomen en samenwerkende partijen en betrokken bestuurders zijn nadrukkelijker in beeld. In een latere fase zal mogelijk de community worden geïntroduceerd:een digitaal platform voor interactie met de burgers.
Betrokken actoren	Burgerkracht Limburg, CZ, Huisartsen OZL, Zuyderland, programmamanager MZ.
Doelgroep	Op korte termijn zorgaanbieders/achterban partijen, in latere fase ook burgers en patiënten (n=256.000).
Bekostiging interventie	CZ heeft het bouwen van de eerste website (in 2015) betaald vanuit haar beheerskosten. ROS Robuust heeft de ontwikkelkosten van de nieuwe website (2017/2018) voor haar rekening genomen, de jaarlijkse beheerkosten worden gedeeld door de vier partijen.
Evaluatie	Er wordt bijgehouden wat de website kost aan tijd en geld en capaciteit. Het proces is verder nog niet geëvalueerd. Statistieken van bezoekers en gebruik van social media worden bijgehouden.

Interventie	
Titel	**Herijking ambities MijnZorg en voor MijnStreek-regio totaal**
Beschrijving	Om gezamenlijk de doelen en verwachtingen van MijnZorg verder te specificeren is gewerkt aan het concretiseren van de korte, middellange en lange termijn ambities en (strategische en operationele) doelen. Hetzelfde geldt voor de herinrichting van het organisatie- en sturingsmodel. Vanaf 2016 zijn hiervoor meerdere heisessies georganiseerd. **Vervolgstappen 2018 – MijnStreek totaal** MijnZorg wil in samenwerking met proeftuin Anders Beter een trendbreuk realiseren op regionaal niveau, gericht op de regio Mijnstreek (circa 400.000 inwoners). Huidige interventies weten op regionaal niveau nog geen ombuiging in lijn met de ambities te realiseren. Partijen van beide proeftuinen (de eerder

	oorspronkelijk betrokken actoren van MijnZorg + Care Oostelijk Zuid-Limburg en Care Westelijke Mijnstreek en de huisartsen van Westelijke Mijnstreek) hebben een gezamenlijke ambitie gesteld om in de regio te verkennen hoe ze de stap naar het volgende niveau kunnen zetten. Doel is in een periode van 10 jaar (2030) de onverklaarbare hoge kosten terugbrengen naar normaal patroon, en de gezondheid naar een landelijk gemiddeld niveau brengen. Dit door een Triple Aim-aanpak en aandacht voor interventies die de doelstelling helpen bereiken en partners te betrekken die nodig zijn om de ambitie te bereiken. De focus zal liggen op een integrated-care aanpak. De eerste aandacht gaat uit naar ouderen in een kwetsbare positie en chronische patiënten (te beginnen bij diabetes).
Betrokken actoren	Huisartsen OZL, Zuyderland ziekenhuis, CZ, Burgerkracht Limburg, apothekers.
Doelgroep	Bestuurders betrokken organisaties, Dagelijks bestuur- en Stuurgroepleden MijnZorg, programmamanager MZ.
Bekostiging interventie	Investering door de vier kerncoalitiepartijen, ieder betaalt een kwart. Er is algemene pot gemaakt voor dit soort zaken.
Evaluatie	Heisessies hebben geleid tot vormen van een nieuw plan: MijnStreek totaal.

Interventie	
Titel	**Farmacie (MIJN.streek formularium)**
Beschrijving	In 2014 en 2015 zijn in het eerste farmacieproject in de regio's Oostelijk Zuid-Limburg en Westelijke Mijnstreek goede ervaringen opgedaan met formulariumafspraken en de samenwerking tussen huisarts, apotheker en specialist. Om deze afspraken en samenwerking te waarborgen en verder te ontwikkelen is besloten om in een vervolgproject een transmuraal formularium op te zetten met een formulariumcommissie voor de beide regio's. Er wordt op door partijen ontwikkelde formularia gestuurd om waar mogelijk de farmaciekosten te reduceren en kwaliteit gelijk te houden. In oktober 2017 is de projectstatus verlengd tot en met 2018 om op onderdelen het formularium nog uit te kunnen breiden en goed te borgen, ICT en monitoring goed in te richten en de implementatie bij ziekenhuis en de apothekers uit te voeren. **Vervolgstappen 2018** Medio 2018 is er een website MIJN.streek formularium[1] gelanceerd en per 1 juli is de formulariumcommissie ingesteld.
Betrokken actoren	Huisartsen OZL en Westelijke Mijnstreek, Zuyderland MC, CZ, Burgerkracht Limburg,

	Apothekers OZL en Westelijke Mijnstreek.
Doelgroep	In het eerste project waren dat bestaande en nieuwe patiënten die cholesterolverlagers, angiotensine II (ATII)-blokkers en protonpompremmers gebruiken. De doelgroep voor het MIJN.streek formularium is tweeledig, zowel de professionals (huisartsen, specialisten, apothekers) als de zorgvragers in de regio's Oostelijk Zuid-Limburg en Westelijke Mijnstreek.
Bekostiging interventie	Voor het eerste project is geen contract gesloten, dit is ook niet het doel. CZ/VGZ financieren het projectmanagement via VEZN-gelden en shared savings afspraken zijn met CZ gemaakt (waarbij specifiek verhouding van delen van savings is afgesproken). De projectleiding in het MIJN.streek formularium wordt bekostigd via VEZN-gelden. Partijen leveren in-kind bijdragen door werk- en projectgroepen te bemensen en werkzaamheden uit te voeren. Verder zijn afspraken tot stand gekomen met CZ over de beloning voor het gebruik van EVS. Dit heeft geleid tot een aanvullend addendum op het huisartsencontract in 2017 en in 2018.
Evaluatie	
Design	1e project: Berekening voor shared savings is de verbeterde tabletprijs, waarbij tabletprijsontwikkeling MijnZorg is vergeleken met ontwikkeling tabletprijsontwikkeling markt. Het MIJN.streek formularium - project wordt periodiek geëvalueerd voor de VEZN-subsidie (evaluatie- format en afspraken zijn gemaakt bij toekenning subsidie). Hierin wordt tweejaarlijks de voortgang op alle prestatie indicatoren gemeten.
Uitgevoerd door	1e project Projectleider/ projectgroep; 2e project: Projectleider/ projectgroep.
Studiepopulatie	1e project: Patiënten die statines gebruiken en verzekerd zijn bij CZ.
Meetinstrumenten	1e project Shared savings bij statine gebruik.
Bekostiging	1e project: Onbekend. 2e project: via VEZN.
Gezondheid	Niet gemeten.
Kwaliteit	Indicatoren hiervoor opgesteld in 2017 die vanaf begin 2018 worden gemeten.
Kosten	Het eerste farmacieproject heeft afgerond 258.831,00 euro opgehaald aan shared savings. Shared savings worden gefinancierd uit het eigen vermogen van de verzekeraar en gestationeerd bij rekening onder beheer van CZ. MIJN.streek formularium: nog niet beschikbaar
Referentie	[1] Voor meer informatie zie: https://www.mijnzorg-ozl.nl/projecten/mijn-streek-formularium

Interventie	
Titel	**Pluspunt ouderen Kerkrade (onderdeel van deelprogramma Zorgcontinuüm ouderen OZL)**
Beschrijving	Het PlusPunt Ouderen Kerkrade is een expertisecentrum voor huisartsen om advies in te winnen voor oudere patiënten met complexe problematiek of over aspecten van ouderenzorg die huisartsen willen implementeren. Specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialist werken samen op verzoek van de huisarts. De oorspronkelijke projectopzet voor een eerstelijnspluscentrum te Kerkrade is eind 2016 verbreed tot inzetten op een zorgcontinuüm voor kwetsbare ouderen in de regio OZL (zie Interventie Zorgcontinuüm). De huisvesting en werkafspraken/protocollen zijn gerealiseerd. **Vervolgstappen 2018** Het PlusPuntOuderen[1] is 1 maart 2018 geopend. Een proces- evaluatie van de eerste maanden is in juli beschikbaar gekomen.
Betrokken actoren	HuisartsenOZL, Zuyderland MC, zorgverzekeraar CZ, Burgerkracht Limburg, VVT instellingen en gemeente Kerkrade.
Doelgroep	(Huisartsen met) oudere patiënten uit de regio OZL.
Bekostiging interventie	Business case wordt op dit moment ontwikkeld. Projectleiding voortraject valt onder financiering VEZN Zorgcontinuum Ouderenzorg OZL.
Evaluatie	Periodieke evaluatie op voortgang en resultaten ihkv VEZN-subsidie. Evaluatie Triple Aim: Maastricht University wil onderzoeksevaluatie uitvoeren mits subsidie beschikbaar komt vanuit Provincie Limburg (naast eigen financiering door universiteit en financiering door CZ/VGZ).
Referentie	[1] Zie voor meer informatie: https://www.mijnzorg-ozl.nl/nieuws/pluspunt-ouderenzorg-geopend.

Interventie	
Titel	**Diabeteszorg en zelfmanagement-ondersteuning op maat**
Beschrijving	Het doel van de interventie is het versterken van zelfmanagement, zelfzorg en zorg op maat, waardoor een betere kwaliteit van zorg en leven ontstaat en maatschappelijke winst door hogere vitaliteit en arbeidsparticipatie. Dit wordt onder andere gedaan aan de hand van het Individueel Zorgplan en nieuwe (door de NDF te ontwikkelen) patiëntprofielen, het bevorderen en versterken van de aandacht voor begeleiding van zelfmanagement en geïndiceerde preventie door aanvullende scholing, ondersteunende materialen en e-health-toepassingen (in aansluiting bij coöperatie Zelfzorg Ondersteund) en faciliteren van

	vroegopsporing. Gestart is met mensen die diabetes hebben, maar het is de bedoeling de aanpak te verbreden naar mensen die andere aandoeningen hebben. Het project is onderdeel van het landelijke project om een nieuw model voor een diabetes-jaargesprek te evalueren. Het vindt plaats in samenwerking met Nederlandse Diabetes Federatie/Expeditie Duurzame Zorg. Dit project is inmiddels afgerond.
Betrokken actoren	Huisartsen OZL, NDF, CZ, GGD, Zuyderland, Burgerkracht Limburg, DVN afdeling Limburg.
Doelgroep	Mensen met Diabetes mellitus type 2 woonachtig in de geografische regio OZL van de proeftuin.
Bekostiging interventie	Subsidie voor projectkosten door CZ fonds. Financieringsbron: Zvw. Contractering is in uitwerking.
Evaluatie	Er is een landelijke evaluatie uitgevoerd naar het diabetes-jaargesprek, waar de inzet van huisartzen en ziekenhuizen binnen MijnZorg onderdeel van was. Landelijk bestond het deelnemersveld uit 57 huisartsen, 23 praktijkondersteuners, 17 internisten, 8 diabetesverpleegundigen en 1366 patiënten met diabetes type 2. De zorgverleners vonden het diabetes-jaargesprek goed toepasbaar (met enige variatie tussen de zorgverleners). 4 van de 10 patiënten voelden zich meer betrokken dan voorheen bij behandelbeslissingen en 5 van van de 10 patiënten vond het gesprek prettiger dan voorheen. Overig resultaten zijn beschibaar in onderstaande referentie.
Referentie	Ruttenet al. (2018). Implementatie van het diabetes-jaargesprek. *Huisarts en Wetenschap.*

Interventie	
Titel	**Zorgcontinuüm ouderen OZL, fase 1.0 en 2.0**
Beschrijving	De zorg voor kwetsbare ouderen verbeteren door integrale-, proactieve- en samenhangende eerstelijnszorg op te zetten in de wijk. De projectopzet voor een eerstelijnspluscentrum te Kerkrade is eind 2016 verbreed tot een zorgcontinuüm voor (kwetsbare-) ouderen in de regio OZL met drie deelprojecten: 1. Ouderenzorg in de eerste lijn versterken: de samenwerking tussen wijkverpleging, huisarts en specialist ouderengeneeskunde verbeteren door de huidige werkprocessen in kaart te brengen enhiaten en verbeterpunten op te sporen. 2. Een Eerstelijnskliniek (ELV) opzetten: een goed functionerende eerstelijnskliniek opzetten voor de tijdelijke opvang van ouderen in nood, op meerdere locaties in de regio. 3. PlusPunt Ouderen Kerkrade ontwikkelen: (zie bovenstaande pilotuitleg). Op dit moment is deze eerste fase afgerond.

	Vervolgstappen 2018 Pluspunt OZ is 1 maart 2018 geopend. Het ELV-loket is sinds 1 januari 2018 actief. In de tweede fase (zorgcontinuüm 2.0) van het project zullen de drie genoemde deelprojecten verder worden doorontwikkeld en geborgd door de VVT. Daarbij wordt de samenwerking met de Westelijke Mijnstreek nadrukkelijk opgezocht. Daarnaast zullen er nieuwe deelprojecten aan worden toegevoegd in afstemming met de regionale partijen. 4. Als eerste is per juli 2018 de Spoedzorg 2.0 /in- door en uitstroom van ouderen in een kwetsbare positie in het ziekenhuis als deelproject toegevoegd. Ook wordt gedacht aan Advanced Care Planning.
Betrokken actoren	Huisartsen OZL, Meander/Cicero/Sevagram (VVT's OZL), Zuyderland MC, Burgerkracht Limburg, Gemeenten OZL, Zorgverzekeraar CZ.
Doelgroep	Ouderen in de regio OZL in een kwetsbare positie (n = circa 14000).
Bekostiging interventie	De projectleiding voor zowel fase 1.0 als 2.0 wordt gefinancierd via VEZN, het programmamanagement vanuit de ROS- gelden. Voor de bekostiging van project 1 wordt gekeken naar mogelijkheden binnen segment 3 van de huisartsmodule en subsidieregeling extramurale behandeling in de Wlz. Project 2 wordt gefinancierd uit de Zvw- en Wmo-gelden gemeente Kerkrade. Voor project 3 moet financiering nog worden uitonderhandeld met zorgverzekeraar. Mogelijkheden in Zvw-consult specialist en module anderhalvelijnszorg.
Evaluatie	Periodieke evaluatie op projectvoortgang en resultaten in verband met VEZN-subsidie. Evaluatie op TA nog in ontwikkeling, mogelijk via Maastricht University (gesprekken lopen nog).

Interventie	
Titel	**Eerstelijnspluscentrum Heerlen PlusPunt MC**
Beschrijving	PlusPunt MC is een eerstelijnspluscentrum en biedt specialistische consulten binnen een eerstelijnssetting. PlusPunt is op 1 oktober 2014 geopend in Heerlen en is gericht op laag-complexe cardiologie. Inmiddels is PlusPunt MC uitgebreid met een aantal andere specialismen: KNO, Interne geneeskunde, kleine chirurgie en dermatologie. Er vinden gesprekken plaats met gyneacologie, orthopedie, en longziekten. Het Pluspunt MC moet leiden tot: zinnige en zuinige zorg, de huisarts als regisseur en poortwachter, ondersteuning van de huisarts, zorg in de wijk, en patiëntvriendelijke zorg.
Betrokken actoren	PlusPunt MC is een BV van Zuyderland (49% aandeel) en HuisartsenOZL (51% aandeel).

	Burgerkracht Limburg en CZ zijn betrokken bij de ontwikkeling. Alle nemen deel in projectgroep.
Doelgroep	Patiënten met een consult bij een van de deelnemende specialismen.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: PlusPunt declareert de geleverde zorg aan de hand van DBC-zorgproducten (minus een korting van het tarief) en betaalt de medisch specialist voor hun adviesaan de hand van uurtarieven. Contractanten: CZ contracteert PlusPunt. Volgbeleid: VGZ heeft toegezegd CZ te volgen. Zowel voor 2015 als 2016 en 2017. Contractduur: per 1 oktober 2014, daarna jaarlijkse contractering (mogelijk meerjaren-contractering).
Evaluatie	
Design	Een kwantitatief prospectief cohortonderzoek met een kwalitatief beschrijvende studie.
Uitgevoerd door	Universiteit Maastricht.
Studiepopulatie	Patiënten van 18 jaar of ouder die geregistreerd staan bij een huisarts in de regio Oostelijk Zuid-Limburg en zijn verwezen naar een medisch specialist vanwege niet acute, niet complexe gezondheidsklachten.
Meetinstrumenten	Primaire uitkomst is de hoeveelheid verwijzingen naar de tweede lijn. Secundair wordt ook gezondheid, ervaring met de zorg en zorgkosten gemeten.
Bekostiging	Subsidie van de provincie Limburg, CZ en VGZ.
Gezondheid[a]	Geen verschil in gezondheidsstatus bij PlusPunt MC (n=437) versus ziekenhuis zorg (n=328) bij laag complexe niet acute cardiologische gezondheidsklachten.[1]
Kwaliteit[a]	Het aantal doorverwijzingen bij interne geneeskunde nam niet af gedurende de interventieperiode in vergelijking met de periode ervoor.[2] Hogere patiënttevredenheid bij PlusPunt MC (n=437) versus reguliere ziekenhuiszorg (n=328) bij laag complexe niet acute cardiologische gezondheidsklachten.[1]
Kosten[a]	De gemiddelde zorgkosten voor de zorgstraat cardiologie bij Pluspunt zijn lager in vergelijking met vergelijkbare zorg in het ziekenhuis in de 3 tot 9 maanden follow-up. PlusPunt patiënten hebben lagere follow-up kosten na 9 maanden in vergelijking met vergelijkbare patiënten die rechtstreeks zijn verwezen naar het ziekenhuis. [3]
Overig[a]	Niet gemeten.
Referenties	[1] Quanjel, T.C.C. et al. (2018). Substituting hospital care with primary care: The evaluation of a cardiology primary care plus intervention. Abstract. [2] Quanjel, T.C.C.et al. (2018). Does an in-house internist at a GP practice result in reduced referrals

	to hospital-based specialist care? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* [3] Quanjel, T.C.C. (2018). Wat zijn de bevindingen tot nu toe van anderhalvelijnszorg – MijnZorg – Pluspunt. Mondelinge presentatie tijdens symposium '*Toekomstmuziek in Anderhalvelijnszorg'.* Via https://www.duurzamezorgmaastricht.nl/geslaagd-symposium-toekomstmuziek-anderhalvelijnszorg

[a] De evaluatie loopt nog op het moment dat dit rapport wordt opgesteld. Beschreven zijn de eerste bevindingen.

Interventie	
Titel	**Leefstijlcoach**
Beschrijving	CZ experimenteert in 3 regio's, waaronder bij 'MijnZorg', met (de vergoeding van) leefstijlcoaching bij patiënten, via een hbo-opgeleide leefstijlcoach in enkele proefgebieden. Leefstijlcoaching omvat een gecombinerde aanpak van adviezen en begeleiding bij voedings-, beweeg- en gedragsverandering bij mensen met een (hoog risico op) een chronische aandoening die gerelateerd is aan hun leefstijl. De leefstijlcoaches voeren het basisprogramma uit dat de AVLEG heeft opgesteld. De NZa heeft akkoord gegeven voor verlenging van de beleidsregel innovatie, waarmee kinderen en volwassenen kunnen worden doorverwezen tot 31 december 2018. Vanaf 2019 wordt de coaching vergoed vanuit de basisverzekering.
Betrokken actoren	HuisartsenOZL, Zuyderland, CZ, Burgerkracht Limburg. Ook is er een overkoepelende stuurgroep voor de drie pilotregio's.
Doelgroep	Huisartsen, leefstijlcoaches. CZ/OHRA/Delta Loyd patiënten die diabetes, obesitas of cardiovasculaire aandoeningen hebben. Oktober 2015: uitbreiding naar kinderen van 4 tot 18jr.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: vergoeding van de integrale prestatie leefstijl coaching is toegestaan door de NZa als innovatief experiment via de beleidsregel 'innovatie'. De LSC declareert aan de zorggroep, deze declareert de verrichtingen (dus geen programma) bij CZ. CZ contracteert met HOZL voor de duur van het project (drie jaar). Volgbeleid: Beleid gevolgd door VGZ.
Evaluatie	
Design	Een kwalitatieve procesevaluatie, monitoring van veranderingen in gedrag, motivatie, kwaliteit van leven en gewicht bij deelnemers, en een kwantitatieve procesevaluatie (onder andere uitval).[2] Alle metingen worden op drie momenten tijdens de studie uitgevoerd: bij aanvang, 12 maanden en 24 maanden na de nulmeting.

	Tijdsframe: projectduur is drie jaar.
Uitgevoerd door	Leefstijlcoaches voeren lichaamsmetingen uit (lengte en gewicht), universiteit Maastricht Universiteit en Tranzo voeren overige metingen uit met behulp van vragenlijsten.
Studiepopulatie	Volwassenen en kinderen die verwezen zijn naar het CooL-programma. Er zijn 494 volwassenen en 192 kinderen verwezen en respectievelijk 358 en 106 zijn gestart met het programma. Uitval gedurende programma van de volwassenen was 18% en van de kinderen 21%.[2]
Meetinstrumenten	Interviews en observaties, vragenlijsten (motivatieverandering, gedragsverandering, kwaliteit van leven), metingen door leefstijlcoaches (lengte en gewicht), metingen van uitval.
Bekostiging	Onbekend.
Gezondheid	De leefstijlcoaching heeft medium tot groot effect voor zowel cognitieve als gedragsfactoren wat betreft leefstijl. Bovendien was er een positief effect op gewicht.[1]
Kwaliteit	Niet gemeten.
Kosten	Niet gemeten.
Overig	Uit de procesevaluatie volgt dat het een tijdje duurde voordat de volwassen de interventie gingen volgen. Dit kwam mede door gebrek aan ondernemerschap van coaches om het programma optimaal onder de aandacht te brengen. Eenmaal gestart met het programma was de uitval van de deelnemers laag.[2]
Referenties	[1]Rinsum, C. van et al. (2018). The Coaching on Lifestyle (CooL) Intervention for Overweight and Obesity: A Longitudinal Study into Participants' Lifestyle Changes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15(4), 680; doi:10.3390/ijerph15040680 [2]Rinsum, C. van et al. (2018). Coaching op Leefstijl (CooL). Eindrapportage van een implementatie en monitoringstudie. Maastricht Universiteit.

Interventie	
Titel	**Pluspraktijken**
Beschrijving	MijnZorg wil met een aantal huisartsenpraktijken gaan werken aan de overgang naar Triple Aim. Deze Pluspraktijken moeten een voorbeeldfunctie vervullen. Het gaat om verschillende interventies in de vier thema's: Gezond, zelf, juiste zorg en kostenbewust (samen Triple Aim). Hierbij moet de praktijk een totaalconcept van goede zorg leveren in plaats van losse projecten waaraan vrijblijvend wordt meegewerkt. De eerste 10 praktijken zijn in 2016 gestart, per april 2017 zijn er in totaal 16 Pluspraktijken. Er zijn diverse interventies uitgerold volgens de lijnen 'patient empowerment', doelmatige zorg, en

	wijkgerichte zorg. Daarnaast zijn netwerkbijeenkomsten en intervisiegroepen georganiseerd.
Betrokken actoren	Burgerkracht Limburg, CZ, Huisartsen OZL, Zuyderland, voor bepaalde onderdelen partijen in de Care en het sociale domein (onder andere MeanderGroep, gemeentes Heerlen/Kerkrade), GGZ Mondriaan.
Doelgroep	Huisartsen en personeel van de huisartsenpraktijken en hun patiënten (n=80.000). Voor bepaalde interventies (oudere.n- en jeugdzorg) gaat het ook om partijen in Care en het sociale domein.
Bekostiging interventie	HuisartsenOZL sluit een contract met de desbetreffende huisartsenpraktijken en als hoofdaannemer een contract met de verzekeraar. Op deze wijze stuurt de zorggroep zelf om tot resultaten te komen. Extra financiering/ resultaatbeloning vanuit S3 voor de deelnemende huisartsen. De financiering van de projectleiding en ondersteuning Pluspraktijken en voor het wetenschappelijk onderzoek is via VEZN- subsidie toegekend.
Evaluatie	
Design	Een kwalitatieve studie met semi-gestructureerde interviews en een kwantitatieve longitudinale observationele studie volgens een ‘stepped wedge design’. In dit onderzoek wordt ‘experimentele’ zorg (interventies aangeboden door ‘Pluspraktijken’) vergeleken met de gewone zorg (zorg aangeboden door andere praktijken, de controlepraktijken). Periodieke evaluatie op projectvoortgang en resultaten vanwege de VEZN-subsidie.
Uitgevoerd door	Vakgroep Health Services Research, Universiteit Maastricht.
Studiepopulatie	16 huisartsenpraktijken en hun patiënten (ca. 80.000) in de regio Oostelijk Zuid-Limburg.
Meetinstrumenten	De kwalitatieve deelstudie is bedoeld om zicht te krijgen op de barrières en facilitators van de ‘Pluspraktijken’, de ervaringen van patiënten en zorgprofessionals met het algemene concept van de ‘Pluspraktijken, de verschillende interventies en het sturingsmodel. Het kwantitatieve gedeelte moet het gebruik van de interventies in kaart brengen en de uitkomsten op de Triple Aim met behulp van vragenlijsten (zoals EQ5D, CQ-index) en declaratiegegevens van Vektis en CZ.
Bekostiging	Via VEZN- subsidie.
Gezondheid	Het onderzoek loopt nog op het moment dat dit rapport wordt opgesteld.
Kwaliteit	Het onderzoek loopt nog op het moment dat dit rapport wordt opgesteld.
Kosten	Het onderzoek loopt nog op het moment dat dit rapport wordt opgesteld.
Overig	Het onderzoek loopt nog op het moment dat dit

rapport wordt opgesteld.

Interventie	
Titel	**WeHelpen**
Beschrijving	Door het gebruik van de tool WeHelpen te stimuleren, wordt de informele zorg verhoogd (ontzorgen). Bovendien wordt door de projectaanpak op Zuid-Limburgse schaal een infrastructuur voor samenwerking geschapen. Het doel is om het welzijn en zelfsturing van de burger te verhogen en druk op de formele zorg te verlagen. In 2015 is het project opgezet, onder andere met de uitwisseling van *best practices*. In juli 2017 is het project afgerond. Partijen stimuleren elkaar om te blijven deelnemen en blijven zich actief inzetten het gebruik van WeHelpen verder bekend te maken en te stimuleren. **Vervolgstappen 2018** In mei 2018 heeft een bijeenkomst plaatsgevonden op Zuid-Limburgse schaal met als tweeledige doelstelling: het evalueren van WeHelpen en het versterken van Burgerkracht.
Betrokken actoren	CZ, Zuyderland, HOZL en Burgerkracht Limburg, Meander. Hierboven zit nog een overkoepelende projectgroep van alle drie de proeftuinen, de provincie en WeHelpen. Het is de bedoeling dat andere partijen in de regio ook mee gaan doen.
Doelgroep	Alle zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten uit de regio.
Bekostiging interventie	Om WeHelpen te stimuleren moet je lid zijn als deelnemende partijen (contributie), HOZL, Meander, CZ, Burgerkracht, diverse gemeenten en zorg- en welzijnsorganisaties zijn al lid. Dit betalen de partijen uit eigen middelen. Overige actoren overwegen ditzelfde. Voor het project heeft de Provincie Limburg een subsidie verstrekt.
Evaluatie	Het project is kwalitatief en kwantitatief geëvalueerd en de ervaringen van de vele betrokkenen zijn vastgelegd. Het is opgeleverd in een Infographic en een E-document. Het verslag dat is opgetekend over de periode 2015-2017 is te vinden bij de referentie. Het project is niet op Triple Aim-doelen geëvalueerd.
Referentie	Voor meer informatie zie: https://sway.office.com/jXAp83ORXI61GUJd?ref=Link&loc=play

Interventie	
Titel	**Integrale wijkaanpak (IWA)**
Beschrijving	Een integraal zorgaanbod creëren waardoor de kosten voor de vijf duurste zorgvragers in de wijk Hoensbroek (gemeente Heerlen) afnemen. Er lopen momenteel vier initiatieven in de pilotwijk Heerlen-Hoensbroek die elk

	hun eigen dynamiek en voortgang kennen: 1) Pluspraktijken huisartsen; 2) Heerlen STAND-BY!(Welzijn); 3) Pilot De Nieuwe GGZ (DNG); 4)Pilot 'Ruimte voor Resultaat' (RvR). In de opstartfase (eind 2016 tot en met 2017) is verkend of het meerwaarde heeft als de afzonderlijke initiatieven gezamenlijker door de betrokken partijen worden opgepakt en afgestemd. Hierbij is nadrukkelijk aandacht gevraagd om de problematiek in de wijk (data, knelpuntenanalyse) goed in kaart te brengen en het verbinden van DNG. Er zijn in 2017 knelpunten geïnventariseerd bij de in deze wijk werkzame professionals. Ook de burgers uit de wijk is gevraagd wat hun ervaringen met de zorg zijn. Naar aanleiding hiervan zijn drie werkgroepen geformeerd om te bevorderen dat 1) een optimaal proces ontstaat voor een integrale aanpak van een casus in de wijk, tezamen met de nieuwe GGZ, 2) de uitvoering van interventies van de nieuwe GGZ wordt afgestemd en invulling wordt gegeven aan praktijk overstijgende afspraken, 3) door middel van data inzicht wordt verkregen in knelpunten in de wijk en nieuwe interventies worden gedefinieerd. **Vervolgstappen 2018** De uitvoering van het project is gestart per 1 april 2018. IWA Hoensbroek is een deelprogramma binnen MZ.
Betrokken actoren	Huisartsen OZL, Zorgverzekeraar CZ, Burgerkracht Limburg, GGZ-organisaties, gemeente Heerlen, Thuiszorgorganisatie Meander, Welzijnscoöperatie Heerlen Stand By!
Doelgroep	Bewoners in de wijk die zorg nodig hebben met de nadruk op een integrale aanpak bij de top 5 van zorgvragers in de wijk. (n=19.150)
Bekostiging interventie	De projectleiding wordt in 2018 gefinancierd via VEZN, voor 2019 en verder wordt ingezet op financiering via Preventiecoalitie- regeling van VWS. Het programmamanagement wordt bekostigd vanuit de ROS- gelden.
Evaluatie	Periodieke evaluatie op projectvoortgang en resultaten vanwege VEZN-subsidie. Evaluatie op Triple Aim nog in ontwikkeling, beoogd resultaat opTriple Aim: juiste zorg op de juiste plek, kortere lijnen en lagere kosten. Evaluatie nog niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Via zelfhulp naar zelfregie**
Beschrijving	MijnZorg wil inzetten op de zelfregie van mensen door te stimuleren dat ze meer gebruik maken van de ervaring van anderen, het principe van zelfhulp. Huisartsenzorggroep HOZL ziet graag dat zelfhulp

	onder de aandacht wordt gebracht bij alle medewerkers van de aangesloten huisartsenpraktijken. Dit kan worden gerealiseerd door rondom zelfhulp een nieuwe werkstructuur te bouwen die ervaringskennis bereikbaar maakt voor iedereen. Hiervoor wordt kennis en ervaring van mensen en groepen uit de regio gebundeld op een bestaande website: zelfregietool.nl.[1] Deze website is het contactpunt voor vragen, een platform voor de zelfhulpgroepen en de ontmoetingsplaats waar een netwerk van ervaringsdeskundigen uit kan groeien. Daarnaast zal de meerwaarde van zelfhulp structureel worden gecommuniceerd naar zorgverleners in de eerste lijn, zodat het gebruik van ervaringskennis vanzelfsprekend wordt voor zorgverlener en patiënt. De planning is om in drie jaar om te komen tot een serieuze bestendiging bij alle aangesloten 130 huisartspraktijken. **Vervolgstappen 2018:** Ondertussen wordt een blauwdruk uitgewerkt om een verdere uitrol naar andere regio's mogelijk te maken. Gedurende het project worden doorlopend voorbeelden en successen gecommuniceerd om het onderwerp op het netvlies te houden.
Betrokken actoren	Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg, zorgbelang Limburg, CZ, Zuyderland MC. Ondertussen zijn al een aantal gesprekken gevoerd met diverse verschillende partijen, maatschappelijke organisaties, vrijwilligersorganisaties, en zorggroepen, maar ook met individuele enthousiaste huisartsen die interesse hebben om zelfhulp in te zetten binnen de eigen organisatie.
Doelgroep	Huisartsen en Patiënten in OZL en betrokken mantelzorgers, hele OZL-regio.
Bekostiging interventie	De aanvraag wordt gedaan voor een periode van 3 jaar (2018 tot en met 2020) omdat een dergelijke gedragsverandering tijd vraagt. Ook is die tijd nodig om de onderliggende netwerkstructuur op te bouwen van ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen. De VEZN-subsidie is eind 2017 toegekend.
Evaluatie	Periodieke evaluatie op projectvoortgang en resultaten ihkv VEZN-subsidie. Evaluatie op Triple Aim nog niet uitgevoerd.
Referentie	[1] Voor meer informatie zie: https://zelfregietool.nl/

B5.6 PELGRIM

Interventie	
Titel	**Bewegingsapparaat**
Beschrijving	Een kaderarts bewegingsapparaat (KBA) wordt ingezet voor patiënten van wie het voor de eigen huisarts onduidelijk is welke diagnose en/of behandeltraject nodig zijn. Ook kan het zijn dat de eigen huisarts onvoldoende expertise heeft om behandeling uit te voeren. Doelen zijn kwaliteit van zorg en service, gezondheidswinst en kostenreductie door toegankelijke en betaalbare zorg op maat en dichtbij huis, korte lijnen tussen kaderarts en huisarts/specialist en doelmatig gebruik van de tweede lijn. Het project kaderarts bewegingsapparaat is in 2015 geëvalueerd op patiënten ervaringen en ervaringen van zorgverleners. Huidige status: KBA in 5 Hagro's in de regio en het project is op diverse andere plaatsen in het land uitgerold. **Vervolgstappen 2018** Op basis van de evaluatie in 2015 en de intensievere samenwerking tussen huisartsen en orthopeden is het project bewegingsapparaat 2.0 van start gegaan om de zorgketen rondom klachten aan het bewegingsapparaat optimaal te organiseren in de regio. Doel is de orthopedische zorg rondom de patiënt te organiseren, en hiermee verwijsstromen te optimaliseren, wachttijden te verkorten en deskundigheid van alle betrokken zorgverleners te bevorderen. Daarbij zorgen zorgverleners voor betere (digitale) en uniforme informatievoorziening naar patiënten, waardoor deze meer regie krijgen over hun eigen zorg en hun contact met zorgverleners.
Betrokken actoren	Onze Huisartsen, 2 HAGRO's, Menzis, Zorgbelang, Proscoop, Kaderarts bewegingsapparaat en huisartsen van twee HAGRO's (in Duiven en Westervoort), fysiotherapeuten, orthopeden, radiologen.
Doelgroep	Patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat (volgens geselecteerde ICPC-codes), waarbij het voor de eigen huisarts onduidelijk is welke diagnose en/of behandeltraject nodig zijn, of de eigen huisarts onvoldoende expertise heeft om behandeling te indiceren en/of uit te voeren. Potentiële groep patiënten: 42.000, in totaal verwacht men 740 patiënten die worden gezien door KBA.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: M&I-gelden. Bekostigingsprincipe: Kaderarts heeft freelance

	dienstverband bij Onze Huisartsen. Verwijzende huisarts ontvangt vergoeding van 1 consult per verwijzing voor het extra werk. Volgbeleid: Alle verzekeraars volgen de M&I. Hier zijn RVVZ gelden bijgekomen en is de M&I-financiering omgevormd tot S3-financiering.
Evaluatie	
Design	Exploratief onderzoek gericht op de evaluatie van de interventie zelf, niet op het effect. De analyses zijn beschrijvend van aard en gaan over het jaar 2014.
Uitgevoerd door	Onze Huisartsen, Proscoop, Zorgbelang Gelderland, Menzis.
Studiepopulatie	455 mensen vanuit 16 verschillende huisartsen, gemiddelde leeftijd 51 jaar waarvan 39% man. Meest genoemde verwijzing was 'symptomen/klachten knie (L15)'.
Meetinstrumenten	Routinematig opgeslagen patiëntengegevens, vragenlijst over patiëntervaring direct na de behandeling en 3 maand later, en interviews om de succesfactoren en verbeterpunten in kaart te brengen.
Bekostiging	RVVZ-gelden, projectenkosten.
Gezondheid	Niet gemeten.
Kwaliteit	Van de patiënten die verwezen zijn naar de Kaderarts bewegingsapparaat blijft 82% in de eerste lijn en wordt 18% verwezen naar de tweede lijn (voornamelijk orthopeed en radioloog). Van deze 82% kan het merendeel (56%) door de kaderarts zelf worden behandeld (gem 1,8 behandelingen). De rest ontvangt vooral fysiotherapie. Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de behandeling (verwijzing, wachttijd, informatie en communicatie, keuzevrijheid).
Kosten	Pogingen gedaan, meten blijkt vooralsnog niet mogelijk.
Overig	Zorgverleners (huisartsen, fysiotherapeuten, orthopeden, radiologen) zien als belangrijkste succesfactoren de betere kwaliteit van zorg, betere samenwerking en hogere patiënttevredenheid. Ook worden kostenbesparing, geen eigen risico en betere toegankelijkheid veel genoemd.
Referentie	Evaluatiedocumenten kunnen worden opgevraagd.

Interventie	
Titel	**Goed Thuiskomen**
Beschrijving	Bij ouderen die worden ontslagen uit het ziekenhuis wordt na ontslag alle benodigde hulp in kaart gebracht, zodat eventueel benodigde disciplines tijdig kunnen worden betrokken. Dit wordt gedaan via een afgestemd zorgpad tussen ziekenhuis, huisarts en wijkverpleegkundige. De expliciet te benoemen centrale zorgverlener checkt of benodigde hulp geregeld is en zorgt na twee weken voor evaluatie met behulp van een checklist. Indien

	nodig wordt cyclus weer herhaald. De hypothese van zowel Menzis als Onze Huisartsen is dat het tijdig regelen van de benodigde hulp (zorg, welzijn) en goede afstemming hierover tussen de betrokken zorgverleners in de periode na het ontslag het aantal heropnames kan verminderen. Doelen beslaan drie domeinen: kwaliteit en service, gezondheidswinst en kostenreductie. Momenteel is het losstaande project afgerond; nu wordt het meegenomen in het hele ouderenzorg protocol van Onze Huisartsen in Arnhem.
Betrokken actoren	Onze Huisartsen, Menzis en Zorgbelang Gelderland en Proscoop, huisarts, POH en wijkverpleegkundigen, apotheek.
Doelgroep	Doelgroep van het zorgpad zijn alle inwoners uit de wijk Malburgen die na opname in het ziekenhuis terugkomen in de thuissituatie en 65 jaar of ouder zijn (n=2.250).
Bekostiging interventie	Vooralsnog uit algemene begroting door Onze Huisartsen en Verzekeraar. Daarnaast wordt de POH gefinancierd uit de POH–O module.
Evaluatie	
Design	Exploratief onderzoek met kwalitatieve en kwantitatieve elementen. Onderzoek waarbij de ervaringen van de interventiegroep worden opgehaald. Triple Aim-indicatoren zijn geoperationaliseerd op basis van de doelstellingen van de proeftuin.
Uitgevoerd door	In de meetgroep zijn de volgende organisaties betrokken: Menzis, Proscoop, Zorgbelang Gelderland, Onze Huisartsen, kaderarts ouderengeneeskunde.
Studiepopulatie	Tussen september 2014 en maart 2016 zijn 164 patiënten opgenomen in het zorgpad Goed Thuiskomen. Gemiddelde leeftijd is 76 jaar en 46% is man. Verder zijn 36 van deze patiënten geïnterviewd, en zijn 10 zorgverleners geïnterviewd.
Meetinstrumenten	Dossieronderzoek van de doelgroep, interviews bij patiënten en zorgverleners, digitale vragenlijst bij zorgverleners.
Bekostiging	Onbekend.
Gezondheid	Wanneer het zorgpad is afgesloten, kan meer dan de helft van de patiënten op eigen kracht verder. 43% krijgt wijkzorg en bij 4 patiënten is de POH betrokken. Door de afwezigheid van controlegroep zijn hier geen effecten aan te verbinden.
Kwaliteit	De geïnterviewde patiënten geven aan dat het vertrouwen in de POH groot is en het contact wordt als prettig ervaren. Door het zorgpad zijn respondenten beter op de hoogte van wat er aan de hand is. De zorg is beter geregeld.
Kosten	Pogingen gedaan, meten blijkt vooralsnog niet mogelijk.

Overig	Zorgverleners (huisartsen, geriaters, thuiszorg, kaderarts ouderrengeneeskunde, POH, praktijkverpleegkundige, apotheker) zien als belangrijkste succesfactoren dat het zorgproces rondom patiënten die ontslagen zijn uit het ziekenhuis beter is geregeld, gezondheidswinst, en kostenbesparing door minder heropnames. Belangrijkste verbeterpunten waren de bezetting van de POH, en de medicatieoverdracht ziekenhuis-huisarts-apotheek.
Referentie	Evaluatiedocumenten kunnen worden opgevraagd.

B5.7 Slimmer met Zorg (SmZ)

Interventie	
Titel	**Farmacie - doelmatig voorschrijven**
Beschrijving	Doelmatige farmacotherapie, met oplevering van formularia en clusters therapeutische substitutie, inclusief afstemming eerste en tweede lijn. Er wordt gericht zich op: 1. De basisfarmaceutische zorg waarbij vooral het op grotere schaal met MFB's werken (MFB's signaleren geautomatiseerd suboptimale therapie en risicosituaties) uitgewerkt zal worden. 2. Doelmatig voorschrijven met (naast kostenaspecten) meer focus op health-outcomes met betere integratie van het farmacie-project in chronische zorgprogramma's. 3. Beter design monitoring en concreet toepassen PDCA cycli op drie niveaus . Versterken basis farmaceutische zorg met goede voorbereiding en beslissingson¬dersteuning resulterend in forse risicoreductie en meer doelmatigheid. Project heeft eerste fase doelmatig voorschrijven (van twee jaar) afgerond, de tweede fase is ingezet. Focus komt meer op kwalitatieve en proactieve aspecten van farmacie. Deze pilot is afgerond.
Betrokken actoren	Zorggroepen (n=3) ziekenhuizen (n=3), Zorgbelang, CZ, VGZ, Cazo, huisartsen, specialisten, apothekers.
Doelgroep	Mensen die opgenomen zijn in chronische zorg-programma's.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: financiering farmacie toegekend door Versterking Eerstelijn Zuid-Nederland (VEZN) tot eind 2016 ter vergoeding van de projectmanagementgelden. Daadwerkelijke uitvoering van MFB is reguliere zorg. Bekostigingsprincipe: prikkel geïntroduceerd door middel van shared savings afspraak, tot 2016. Na 2016 heeft VGZ een negatieve prikkel geïntroduceerd indien er onvoldoende volgens formularium wordt voorgeschreven. Volgbeleid: niet van toepassing. Uitvoering MFB is reguliere zorg. Contractant: bilateraal contract. Contractduur: één jaar.
Evaluatie	Doelmatigheid is met alleen kostenaspecten geëvalueerd. Zorgverzekeraars hebben daartoe verschillende formats gebruikt. Zorggroepen hebben zelf retrospectief, kwalitatief onderzoek verricht naar de onderbouwing van voorschriften voor cluster cholesterolverlagende middelen door een steekproef van deelnemende huisartsen. Declaratiegegevens van zorgverzekeraars zullen gecombineerd worden met data van regionale apothekers en specifieke kenmerken van de doelpopulatie vanuit KIS. Geen

	evaluaties beschikbaar.

Interventie	
Titel	**Farmacie - medicatiebeoordeling tweede lijn**
Beschrijving	Medicatiebeoordeling in de tweede lijn door de ziekenhuisapotheek van complexe patienten met vijf ATC's voor een goede overdracht bij ontslag naar de thuissituatie en naar de eerstelijns apotheker en huisarts. Verzorgen dat patiënten een op elkaar afgestemde en zo effectief en veilig mogelijke farmacotherapeutische behandeling ontvangen op basis van de wensen, behoeften en ervaringen van de patiënt zelf. Hierdoor: - Vermindert het risico op complicaties als gevolg van medicatiegebruik. - Wordt de doelmatigheid van medicatiegebruik bevorderd. - Zijn de zorgkosten passend gezien de situatie en behoeften van de patiënt. - Is een warme overdracht gerealiseerd tussen tweede en eerstelijn. Dit project is gestopt.
Betrokken actoren	PoZoB, St. Anna, MMC en Catharina Ziekenhuis, Zorgbelang, apotheker, zorgverzekeraar VGZ en CZ.
Doelgroep	De patiënten die in aanmerking komen voor deze medicatiebeoordeling dienen te voldoen aan de volgende criteria: - Gebruik van meer dan vijf middelen uit verschillende ATC-groepen. - Meer dan vier dagen opname onder behandeling bij meer dan twee relevante specialismen. - Na ziekenhuisopname gaat de patiënt naar huis. Er zullen 100 patiënten per ziekenhuis worden beoordeeld. Totaal = 300.
Bekostiging interventie	Voor een medicatiebeoordeling in de tweedelijn is geen budget of declaratietitel. Op dit moment maakt alleen een ontslaggesprek over de medicatie deel uit van de behandeling in het ziekenhuis. Deze kan bij de patiënten van wie de medicatie wordt beoordeeld, vervallen en worden vervangen door een te declareren beoordeling. De poliklinische apotheker declareert de beoordeling.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Eerstelijnsplus diabetes en COPD / astma**
Beschrijving	Een meekijkconsult invoeren en stabiele patiënten met een lage ziektelast gericht terugverwijzen naar de huisarts als hoofdbehandelaar (substitutie). Dit kunnen de eerste concrete acties zijn in een programmatische aanpak waarin voor/met subpopulatie diabetes en astma/COPD systematisch aan zinnige en zuinige zorg op maat gewerkt wordt (nulde, eerste en tweede lijn). Dit project is gestopt in 2016.

Betrokken actoren	Kamer 2a: MMC, DOH, PoZoB, Zorgbelang Brabant, CZ en VGZ. Kamer 2b: CZE/St Anna, DOH, PoZoB, Zorgbelang Brabant, CZ en VGZ. Internisten, longartsen, huisartsen, kaderartsen.
Doelgroep	Diabetes patiënten type 2 en astma/COPD. Vooralsnog alleen DOH- en PoZoB-patiënten in eerste en tweede lijn. Uitbreiding naar uniforme afspraken in regio (uitbreiding naar SGE, specialisten maken geen onderscheid naar verzekerde patiënt).
Bekostiging interventie	Financiering tot oktober 2016: Financiering projectmanager, managementondersteuning en overige overhead uit VEZN tot eind december 2016 (voor alle projecten). Financieringsbron voor meekijkconsult: Zvw huisartsen en multidisciplinaire zorg. Bekostigingsprincipe: meekijkconsult, regulier Zvw. Contractant: bilateraal, tussen zorggroep en verzekeraar. Contractduur: nog onbekend. De contracten eerste lijn plus DM2 en Astma/COPD tussen MMC en PoZoB zijn getekend.
Evaluatie	In een tussenmeting is de mate van doorverwijzingen voor zowel astma/COPD als DM2 belicht voor alle betrokken ziekenhuizen. Deze doorverwijzingen zijn lager dan de verwachtingen.

Interventie	
Titel	**Zelfhulp doe je samen**
Beschrijving	‘Zelfhulp doe je samen’ is erop gericht om de zorgvrager te ontzorgen zelfregie te vergroten. Het is aangetoond dat zelfhulp bijdraagt aan de gezondheidsbeleving en leidt tot lagere zorgkosten. Daarnaast sluit het aan op de kantelingen in de zorg: van zorgen voor, naar zorgen dat. De gedachte is om zorgvragers via zorgverleners te attenderen op zelfhulp als ondersteuning bij het omgaan met een aandoening, naast de zorg die door professionals wordt geleverd. Dit vraagt van zorgverleners dat zij weten wat zelfhulp en de mogelijke meerwaarde ervan is en wat zelfhulporganisaties zijn, om zo mensen de weg naar zelfhulp te kunnen wijzen. Het project is in 2014 gestart in aansluiting op bestaande interventies binnen de zorggroepen. Inmiddels is zelfhulp opgenomen in de dagelijkse manier van werken en overleggen de betrokken actoren periodiek om de informatie op te frissen en actueel te houden.
Betrokken actoren	DOH, MMC, Zorgbelang Brabant, Stichting Zelfhulpnetwerk Zuidoost Brabant, Zelfhulpverbindt.nl, POZOB, CZ en VGZ. SGE sluit ook aan.
Doelgroep	De zorgvragers en zorgverleners in de regio Eindhoven.
Bekostiging interventie	Het project is door partijen zelf uitgevoerd zonder een beroep te (hoeven) doen op aanvullende financiële

	middelen voor projectleiding en -ondersteuning.
Evaluatie	De projectrapportage uit 2016 geeft aan dat de bekendheid van zelfhulp is toegenomen en hierdoor zowel zorgverleners als zorgvragers de weg naar zelfhulp hebben weten te vinden. Dit resulteert in een toename van het aantal zelfhulpgroepen, een grotere diversiteit aan thema's en meer vraag naar algemene informatie door de zorgvrager als zorgverlener. Op de website 'zelfhulpverbindt.nl' zijn in de projectperiode 30 nieuwe groepen gestart, is met 20 nieuwe autonome groepn contact gelegd, zijn bijna 150 concrete hulpvragen via de zelfde regietool verbonden met ervaringsdeskundigen en heeft de website 10.000 bezoekers gehad.

Interventie	
Titel	**Beweegzorg**
Beschrijving	De huisarts kan een patiënt doorverwijzen naar de kaderhuisarts die meer gespecialiseerd is in klachten aan het bewegingsapparaat. Door een verbeterd en versterkt huisartsgeneeskundig handelen kan goede, zinnige en zuinige zorg worden bieden op de juiste plek. Het streven is om dat op eigen kracht van de eerstelijns partijen te realiseren en zo een substitutie-effect te bereiken. Het liefst in samenwerking met de (regionale) ziekenhuizen/specialisten omdat het belang van een goede, sluitende keten wordt onderkend. Project loopt als pilot, zit in fase van uitbreiden van bereik.
Betrokken actoren	Huisarts, Zorgbelang, Verzekeraar, PoZob, DOH. Vooralsnog de huisartsen (in vervolgstadium ook aanverwanten zorgverleners).
Doelgroep	Mensen met klachten van het bewegingsapparaat die op het punt staan door de eigen huisarts verwezen te worden naar een orthopeed (n=371).
Bekostiging interventie	Er is een declaratiecode door de zorgverzekeraars beschikbaar gesteld door CZ en VGZ.
Evaluatie	Elk kwartaal een voortgangsrapportage waarbij aantal doorverwezen patiënten belicht wordt.

Interventie	
Titel	**Osteoporose (versterking eerste lijn)**
Beschrijving	Het doel van het project is door een verbeterd en versterkt huisartsgeneeskundig handelen, goede, zinnige en zuinige zorg te bieden op de juiste plek. Het streven is om dat op eigen kracht van de eerstelijns partijen te realiseren en zo een substitutie-effect te bereiken. Het liefst in samenwerking met de (regionale) ziekenhuizen/specialisten omdat het belang van een goede, sluitende keten wordt onderkend. Pilot is niet opgestart.
Betrokken actoren	Huisarts, Zorgbelang, Verzekeraar. Vooralsnog de huisartsen (in vervolgstadium ook

	aanverwanten zorgverleners).
Doelgroep	Mensen die verhoogd fractuurrisico hebben door osteoporose.
Bekostiging interventie	Nog onbekend.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Transferzorg kwetsbare ouderen**
Beschrijving	De transferzorg voor kwetsbare ouderen van de thuissituatie naar het ziekenhuis en weer naar huis verbeteren. Het gaat om afstemming, met onder andere wijkverpleegkundigen. Doel is functieverlies te voorkomen bij kwetsbare ouderen als gevolg van een ziekenhuisopname, en behoud van kwaliteit van leven. Dit wordt nagestreefd door onder andereeen betere informatieoverdracht tussen de eerste en tweede lijn te creëren, betere multidisciplinaire samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, sneller over te schakelen op vervolgzorg in de thuissituatie en medicatieveiligheid. Pilot loopt momenteel. **Vervolgstappen 2018** In 2018 is er een overleg geweest om het project transferzorg naar het sociaal domein te verbreden. Er zijn gezamenlijke casussen besproken en resultaten hiervan zijn gepresenteerd aan de directies van de instellingen. Er komst een subsidieaanvraag om het project te verbreden.
Betrokken actoren	PoZoB, DOH, SGE, CZE, St Anna, Sint Jansgasthuis, Zorgbelang Brabant, CZ en VGZ (MMC sluit in latere fase aan), huisartsen, praktijkondersteuners, geriaters, geriatrisch verpleegkundigen, kaderhuisartsen ouderenzorg.
Doelgroep	Het project is bedoeld voor kwetsbare ouderen met een ziekenhuisopname (gepland of acuut) die na ontslag weer naar huis gaan. De ouderen kunnen in het ziekenhuis als kwetsbaar geïdentificeerd zijn als resultaat van een screening. De ouderen die door de huisartsen als kwetsbaar geïdentificeerd zijn, vallen altijd binnen de definitie die in het ziekenhuis gehanteerd wordt.
Bekostiging interventie	Reguliere bekostiging. Subsidie voor projectleider.
Evaluatie	Er is een meetplan opgesteld voor de doelen van de interventie: - Verbeterde transferzorg naar mening van de patient (en mantelzorg). - Verbeterde samenwerking. - Gelijkblijvende zorgkosten.

Interventie	
Titel	**Patientgerichtheid en positieve gezondheid**
Beschrijving	Er worden inventariserende gesprekken met ziekenhuizen gevoerd, en verkennende gesprekken met Machteld Huber. **Vervolgstappen 2018:** Na overleggen is besloten om het project praktisch in te steken en te verbinden aan projecten van de ziekenhuizen en zorggroepen (PoZoB en MMC; DOH, SGE en Catharina Ziekenhuis). Focus is de gezamenlijke besluitvorming van patiënten en zorgverleners in deze projecten.
Betrokken actoren	Ziekenhuizen (3x), zorggroepen (3x), zorgverzekeraar (2x), zorgbelang.
Doelgroep	Alle patiënten in de regio.
Bekostiging interventie	Onbekend.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Zorgpaden urogyneacologie en CVRM**
Beschrijving	PoZoB en Maxima zijn bezig met projecten gericht op CVRM en Urogyneacologie. Bij urogyneacologie gaat het om de afstemming tussen kaderartsen en specialisten: wie doet wat. Hier is een zorgpad mogelijk. Huisartsen hebben bijscholing gekregen en geïnventariseerd wordt of er draagvlak is voor een zorgpad. Het project wordt praktisch ingestoken, als tegenhanger op eerdere eerstelijnsplus waar het vastliep op structuren. Project CVRM is lopend, urogeneacologie staat voorlopig in de wachtstand.
Betrokken actoren	Maxima MC (ziekenhuis), PoZoB (zorggroep), specialisten.
Doelgroep	Patiënten van de zorggroep en ziekenhuis voor CVRM en urogyneacologie.
Bekostiging interventie	Het CVRM project heeft een subsidie ontvangen.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

B5.8 Samen Sterker in Zorg (SSiZ)

Interventie	
Titel	**Heidagen**
Beschrijving	In 2014 vonden twee heidagen met de stuurgroepleden plaats.
Betrokken actoren	HONK, Noordwest Ziekenhuisgroep, GGZ Noord-Holland-Noord, VGZ, Zorgbelang Noord-Holland, Starlet DC.
Doelgroep	Alle stuurgroepleden namen deel aan de heidagen.
Bekostiging interventie	Kosten zijn betaald door alle partijen (uren aanwezigheid) en uit gereserveerd budget voor proeftuin.
Evaluatie	Volgens de ervaring van de deelnemers hielpen de heidagen om gedeelde en tegenstrijdige belangen bloot te leggen, en wat het betekent om een proeftuin te zijn. Ook is overeenkomst bereikt over de uitgangspunten van de proeftuin.

Interventie	
Titel	**Gesprek inkopers en aanbieders**
Beschrijving	In november 2014 heeft een werkconferentie plaatsgevonden met de verschillende regionale inkopers van de preferente verzekeraar en alle leden van het programmabestuur. Dit gesprek vond plaats om de knelpunten tussen de proeftuinambities en de ruimte hiervoor vanuit reguliere inkoop te bespreken.
Betrokken actoren	HONK, Noordwest Ziekenhuisgroep, GGZ Noord-Holland-Noord, VGZ, Zorgbelang Noord-Holland, Starlet DC, programmamanager.
Doelgroep	Alle programmabestuursleden namen deel.
Bekostiging interventie	Geen kosten behalve menskracht; dit nam elke organisatie voor eigen rekening.
Evaluatie	Niet van toepassing.

Interventie	
Titel	**Chronische zorg Diabetes**
Beschrijving	Uitgangspunt is dat stabiele diabetespatiënten in de eerste lijn behandeld zullen worden en patiënten met complexere problematiek in de tweede lijn. Belangrijk onderdeel is de aanwezigheid van een specialistisch spreekuur in de eerste lijn (anderhalvelijnsspreekuur) sinds 2014. Huisartsen kunnen patiënten ter consultatie aanbieden bij het expertteam, dat bestaat uit kaderartsen en een verpleegkundige. Dit expertteam beoordeeld de verwijzing en geeft een behandeladvies, een verwijzing naar de tweede lijn, of verwijst de patient door naar het specialistisch spreekuur in de eerste lijn. Andere onderdelen binnen dit programma zijn dat verwijzingen en het voorschrijven volgens richtlijnen wordt gemonitord.

	Vervolgstappen 2018 De uitgebreide evaluatie, gemaakt door HONK Ketenzorg, is besproken met VGZ. Door het positieve oordeel van VGZ over deze interventie is de interventie nog steeds gecontracteerd (in 2018 en 2019).
Betrokken actoren	HONK Ketenzorg, Noordwest Ziekenhuisgroep, VGZ.
Doelgroep	Patiënten: patiënten met diabetes mellitus type 2 (n=10.500). Zorgverleners: 110 huisartsen, 65 POH S, internisten van NWZ.
Bekostiging interventie	Reguliere keten-DBC diabetes, contract tussen zorggroep en VGZ. Specialistisch spreekuur in eerste lijn gecontracteerd in keten.
Evaluatie	Onderstaande evalutiebeschrijving is van toepassing op interventie Chronische zorg Diabetes en Chronische zorg CVRM
Design	Het specialistisch spreekuur wordt om de drie maanden geëvalueerd over de toestroom, de doorverwijzing, de aard van de vragen, et cetera. Een klankbordgroep het het programma geëvalueerd met daarin patiënten, ketenzorgorganisatie, medici en VGZ. De effectiviteit van de diabeteszorg wordt in de benchmark geëvalueerd op initiatief van de zorggroep.
Uitgevoerd door	HONK Ketenzorg, NWZ en VGZ.
Studiepopulatie	Patiënten met diabetes mellitus type 2 of met daaraan gerelateerde risicofactoren . Patiënten met hart- en vaatziekten en patiënten met verhoogd risico hierop. In de periode 2014-2016 zijn er 880 consultaties geweest. 96% van de huisartspraktijken maakt gebruik van het expertteam. Hiervan wordt 34% doorverwezen naar het specialistisch spreekuur. 9% van de patiënten die worden uitgenodigd voor het specialistisch spreekuur, worden doorverwezen naar de tweede lijn. Voor de overige 91% kan de behandeling in de eerste lijn worden gecontinueerd.
Meetinstrumenten	Verschillende metingen voor subpopulaties zoals bij de opbrengsten beschreven.
Bekostiging	Onbekend.
Gezondheid	Er zijn verschillende positieve effecten gemeten op de gezondheid van patienten die ter consusltatie zijn aangeboden. Onder andere: • Bij patiënten met problemen met het reguleren van de diabetes daalt het gemiddelde HbA1c met 9% van 69,4 naar 63,1. • Bij de patiënten die voor nierfunctieverlies zijn geconsulteerd zien we een stabilisatie optreden. • De gemiddelde systolische bloeddruk van

	patiënten met mogelijk therapieresistente hypertensie daalde in de twee kwartalen erna met 9%. • Bij patiënten die voor een persisterend verhoogd LDL of problemen bij het gebruik van statine ter consultatie worden aangeboden daalt de gemiddelde LDL van 4.1 naar 3.3mmol/l. Een daling van 20%.
Kwaliteit	Vanuit voorschrijfmonitor van het Instituut Verantwoord Medicijngebruik is het gebied rond Alkmaar al enkele jaren nummer 2 van Nederland op het gebied van voorschrijven conform richtlijn bij CVRM en Diabetes. Postcodegebied IJmuiden – Egmond staat op nummer 6. Volgens een overzicht in de verhouding eerste lijns DBC's en tweede lijns DOT's (met relevante diagnosecodes) over de jaren 2012-2015 is het aandeel tweedelijns diabetespatiënten (zowel type 1 als type 2) de afgelopen jaren gedaald met 25%, terwijl de totale diabetespopulatie in Noord-Kennemerland met bijna 10% is gegroeid.
Kosten	Er is ook ingezet op doelmatig inzetten van laboratoriumdiagnostiek. Tussen 2014 en 2015 is het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen teruggelopen, bij gelijkblijvend aantal patiënten bij wie deze bepaling is afgenomen. Dit levert bij circa 10.200 diabetes (type 2) patiënten €37.500,- op jaarbasis op. Het eerstelijns expertteam inclusief consultatie van de specialist bespaart ongeveer € 40.100,-. op jaarbasis, uitgaande van 329 consultaties. (Bij vergelijking van de kosten van een consultatie binnen de eerste lijn (inclusief kosten specialist, kaderartsen en verpleegkundige) ten opzichte van de kosten van een licht ambulant traject in de tweede lijn).
Referentie	Evaluatie consultatie expertteam 2017. Bax et al. (2018) Transmurale samenwerking hoort in zorgstandaard. *Medisch Contact*. Via: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/transmurale-samenwerking-hoort-in-zorgstandaard.htm

Interventie	
Titel	**Chronische zorg CVRM**
Beschrijving	Transmurale zorg wordt opgezet voor mensen met hart- en vaatziekten. Interventies richten zich op het specialistisch spreekuur (anderhalvelijnsspreekuur), scholing en training, medicatie, en leefstijl. Het doel hierbij is om subsititutie te bereiken waardoor de kostengroep wordt gereduceerd en patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen.
Betrokken actoren	HONK Ketenzorg, Noordwest Ziekenhuisgroep, VGZ.

Doelgroep	Patiënten met hart- en vaatziekten en patiënten met verhoogd risico hierop (n=15000).
Bekostiging interventie	Reguliere keten-DBC CVRM, contract tussen zorggroep en VGZ.
Evaluatie	Evaluatie van chronische zorg CVRM staat beschreven bij interventiebeschrijving van chronische zorg Diabetes.

Interventie	
Titel	**Chronische zorg COPD**
Beschrijving	Door de samenwerking tussen de huisartsen van Noord-Kennemerland en de longartsen van de Noordwest Ziekenhuisgroep (NWZ) is een transmuraal begeleidingstraject opgezet voor COPD-patiënten die frequent (twee of meer keer per jaar) worden opgenomen. Het doel van het begeleidingstraject voor COPD-patiënten is: - Het aantal heropnames verminderen en de ligduur verkorten; - De kwaliteit van leven verbeteren. COPD-patiënten die frequent worden opgenomen vanwege verslechterende situaties, worden door een transmuraal longverpleegkundige ondersteund. In de begeleiding staan onder meer kennis en omgang met de ziekte, goede inhalatie van medicatie, weer gaan bewegen en stoppen met roken centraal. Ook is er aandacht voor zelfmanagementvaardigheden. **Vervolgstappen 2018** De samenwerking loopt nog steeds en de mogelijkheden worden verkend met digitale telemonitoring van COPD.
Betrokken actoren	Kennemer Lucht, HONK, Noordwest Ziekenhuisgroep, VGZ.
Doelgroep	Patiënten met COPD in de regio Noord-Kennemerland (n=circa 2300).
Bekostiging interventie	Reguliere keten-DBC COPD, contract tussen zorggroep en VGZ.
Evaluatie	
Design	De COPD zorg wordt, op initiatief van de zorggroep, door middel van een benchmark geëvalueerd (twee maal per jaar). Huisartspraktijken worden bewust aangestuurd op doelmatig voorschrijven. Het aantal opnames en opnamedagen in het jaar voor en het jaar na het begeleidingstraject met de longverpleegkundige wordt vergeleken. Dit geldt ook voor de kwaliteit van leven tijdens en twee maanden na de begeleiding.
Uitgevoerd door	HONK samen met NWZ.
Studiepopulatie	45 COPD-patiënten met minimaal twee opnames in het jaar (voorafgaand aan het begeleidingstraject) die participeren in het begeleidingstraject met de longverpleegkundige.

Meetinstrumenten	Opname en opnameduur; CCQ om de kwaliteit van leven te meten (lage score = niet beperkt; hoge score = ernstige beperking; op een schaal van 0-6);
Bekostiging	Onbekend.
Gezondheid	Uit de vergelijking (n=19) van de kwaliteit van leven met de CCQ van de meting tijdens de begeleiding en minimaal 2 maanden daarna, volgt dat de totaalscore daalt van 3,3 naar 2,8. Dit betekenteen daling van 'zeer ernstig beperkt' naar 'ernstig beperkt'.
Kwaliteit	In de vergelijking (n=45) tussen het jaar voor de begeleiding en het jaar erna daalde het aantal opnames van 128 naar 50 en het aantal opnamedagen van 865 naar 392. De ligduur nam toe van 6,8 naar 7,8 dagen.
Kosten	Er is een besparing gerealiseerd van €55000,- per COPD-patiënt (door de besparing in opnamekosten en in kosten van de longverpleegkundige). Hierbij zijn de mogelijk extra kosten van preventie, fysiotherapie en mogelijke thuiszorg niet meegenomen. Medicatie evaluatie in de regio toont dat het percentage COPD-patiënten met kortwerkende longmedicatie is gestegen (28% in juni 2013; 37% in juni 2015) en het percentage COPD-patiënten met langwerkende medicatie gedaald is (39% in juni 2013; 34% in juni 2015). Gemiddelde prijs voor langwerkende longmedicatie is €400,- voor kortwerkend €30,-.
Referentie	Evaluatie inzet specialistisch COPD Longverpleegkundige om heropnames 2017 (niet openbaar beschikbaar).

Interventie	
Titel	**Geïntegreerde geboortezorg**
Beschrijving	Inrichting van de nieuwe geboortezorgorganisatie, met integrale invoering van de aanbevelingen van 'Een goed begin': naadloze overgangen tussen de verschillende zorgverleners. Er is gezamenlijke triage en het gezamenlijk uitzetten van geboortezorgpaden, de thuisintake door de kraamverzorgende en de voorlichting van zwangeren. In 2017 is het moduletarief integrale geboortezorg in de regio Alkmaar/Den Helder toegekend en betaald door VGZ. In Alkmaar is een geboortecentrum geopend als geïntegreerde bevallocatie voor alle zwangeren. De locatie wordt nu nog geëxploiteerd door NWZ. Doordat de verplichte overgang per 2017 en later 2018 naar Integrale Geboortezorg en de bijbehorende Integrale Bekostiging door VWS tot vrijwillige overgang is teruggebracht is de verschuiving naar de eerstelijn niet helemaal doorgezet, zodat zij niet met niet declarabele kosten komt te staan.

	Inmiddels is de Zorgstandaard Geboortezorg door het ZIN na overleg met de beroepsorganisaties vastgesteld. Ook in het project Integrale Geboortezorg Alkmaar en Omgeving worden alle elementen van die Zorgstandaard ingevoerd. Dit wordt breder getrokken naar alle deelnemers in het VSV Alkmaar en omstreken.
Betrokken actoren	Noordwest Ziekenhuisgroep, Vakgroep Gynaecologie Alkmaar, Maatschap Gynaecologie Den Helder, Kraamzorg organisaties, Verloskundigenpraktijken Deze contractpartner is tevens opdrachtgever voor de beide stuurgroepen.
Doelgroep	Het adherentiegebied van de Noordwest Ziekenhuisgroep omvat naar schatting tussen de 4200 – 4500 zwangeren per jaar, inclusief vroeggeboorten. De Module betreft circa 3.000 zwangeren, inclusief vroeggeboorten.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: integraal geboortetarief voor alle zwangeren, zolang deze worden gezien door een extramuraal werkende verloskundige, soms alleen via het kraambed. Volgbeleid: In principe volgen niet preferente verzekeraars, maar een aantal verzekeraars stelde dermate stringente eisen aan de intrale geboortezorgorganisatie en daarbij gecontracteerde integrale bekostiging dat niet alle verzekeraars het module tarief hebben betaald. Contractduur: twee jaar, pilot van 1 januari 2015 – 1 januari 2017.
Evaluatie	Indicator: klantervaring. Metingen: via een enquête is op beperkte schaal een nulmeting gedaan bij vrouwen die onlangs zijn bevallen. Gevraagd is naar de ervaringen met de voorlichting en de tevredenheid over de verleende zorg. Deze enquête wordt tijdens het experiment een aantal keren herhaald. Bekeken wordt of in de pilot gebruik kan worden gemaakt van de ReproQ Vragenlijst om de kwaliteit vanuit het oogpunt van de zwangere te meten. De verwachting is dat eind 2015 meer bekend zal worden over de resultaten (verschuivingen tussen eerste en tweede lijn).

Interventie	
Titel	**Vicino**
Beschrijving	In 2012 is Vicino opgestart:een integrale, klantgerichte aanpak vanuit de eerste lijn die ervoor zorgt dat cliënten beter in staat zijn de regie op hun gezondheid en leven te hebben. Binnen Vicino is het uitgangspunt de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te verbeteren van de zorg voor en ondersteuning van mensen met psychische en/of sociale problematiek in de regio Noord-Holland-Noord. Innovatief binnen Vicino is de aanpak waarbij zowel preventieve

	activiteiten als kortdurende behandelingen en chronisch psychiatrisch zorg worden aangeboden in de huisartsenpraktijk met behulp van een praktijkondersteuner, een POH- GGZ en SGGZ. De implementatie van SOLK als multidisciplinair programma loopt nog, hier is vertraging in gekomen vanwege arbeidsmarktproblematiek. Vanaf 2016 is er extra focus op de uitrol van POH GGZ Kind & Jeugd en de Jeugd keten. Daar is een grote interventie voor gestart. Een regionaal zorgprogramma waarbij samenwerkensafspraken zijn gemaakt met wijkteams, GGZ instellingen et cetera. **Vervolgstappen 2018** Er is een gesprek met gemeenten gaande over de POH GGZ KIND & Jeugd. Het streven is 50/50 co-financiering van verzekeraar en gemeenten.
Betrokken actoren	HONK en HKN, GGZ-NHN, VGZ, Psychologen praktijken (+/- 80), 60 % van de gemeenten in kader van Kind & Jeugd.
Doelgroep	Cliënten die bij huisarts met lichte tot matige, chronische, niet acute psychische problematiek komen. Op dit moment zijn 220 van de potentieel 300 huisartsen aangesloten bij Vicino. Er zijn inmiddels 70.000-100.000 patiënten.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: keten-dbc GGZ (DBC-contract op basis van Beleidsregel Innovatie. Beschikking loopt tot 1 januari 2016). Vanaf 2016 is er een overkoepelend contract voor POH-GGZ en GB-GGZ, waarbij de financiering van GB-GGZ regulier is en de overige financiering, waar onder POH-GGZ, uitbetaald via segment 3 van de huisartsenfinanciering.
Evaluatie	De evaluatie is positief verlopen. Uit de financiële evaluatie bleek dat VICINO hoort bij de drie meest doelmatige regio's van VGZ. Ondanks alle extra taken die opgepakt worden.

Interventie	
Titel	**Diagnostiek artrose en boezemfibrilleren**
Beschrijving	Het uitgangspunt is om aanvragen over diagnostiek zo effectief mogelijk te organiseren. Binnen diagnostiek zijn meerdere activiteiten ontplooid: 1. Boezemfibrilleren: er is een een transmuraal zorgmodel opgezet om de diagnose boezemfibrilleren te stellen (toekomstvisie: huisarts kan patiënt aanmelden bij specifieke buitenpoli Boezemfibrilleren in diagnostisch centrum Heerhugowaard). Het uiteindelijke doel is stabiele patiënten met boezemfibrilleren onder controle van de eerste lijn, huisarts, te organiseren. Het streven is om afspraken te maken over actieve terugverwijzing naar de eerste lijn en multidisciplinair overleg. Boezemfibrilleren is

	inmiddels een zorgprogramma geworden met samenwerkingsafspraken tussen eerste en tweede lijn, waardoor substitutie is ontstaan. Er zitten momenteel ongeveer 1000 patienten in het programma. 2. Artrose: er wordt nog onderzocht in hoeverre een zorgpad is te ontwikkellen voor een specifieke patiëntengroep (boven de 50 jaar) die met knie/heupklachten in het ziekenhuis komt en waar vermoeden van artrose bestaat. Doel is onnodige, dure diagnostiek voorkomen en in een vroegtijdig stadium de juiste behandeling verlenen. De nadruk ligt erop verslechtering te voorkomen. Ook osteoporose staat op de agenda. **Vervolgstappen 2018** Het is de planning begin 2019 een artrosenetwerk operationeel te hebben waarbij in de keten de focus is niet te snel opereren en een goede behandeling bieden in de eerstelijn, met een samenwerking tussen orthopeden en fysiotherapeuten. Dit zal resulteren in meer doelmatige zorg en subsitutie.
Betrokken actoren	Starlet DC, HONK, Noordwest Ziekenhuisgroep, VGZ.
Doelgroep	Patiëntenpopulatie HONK-gebied.
Bekostiging interventie	Er zijn geen contracten op projectniveau gesloten met de verzekeraar; er wordt via reguliere vergoedingen vergoed. Er zijn afspraken gemaakt dat er voor specifieke aandoeningen geen vergoeding meer plaats vindt indien rechtstreeks doorverwezen wordt door huisarts naar tweedelijnsdiagnostiek.
Evaluatie	De interventie zal wordt gemonitord via de declaratiesystemen. Op basis van deze codes wordt geëvalueerd of het absoluut aantal patiënten met atriumfibrilleren (met een relatief lichte behandeling in de tweede lijn) stabiliseert of afneemt. Daarnaast wordt gekeken naar het aantal patiënten met een vervolgbehandeling in de tweede lijn, met de verwachting dat deze zal afnemen. Dit wordt gemeten door het aantal patiënten met een atriumfibrilleren DOT (eerste jaar) af te zetten tegen het aantal patiënten met een atriumfibrilleren DOT (eerste en tweede jaar). Deze ratio geeft inzage in hoeverre cardiologen patiënten na de initiële behandeling terug kunnen verwijzen naar de eerste lijn.

Interventie	
Titel	**Ouderenzorg**
Beschrijving	Binnen ouderenzorg wordt gewerkt aan meerdere thema's. Dedrie belangrijkste zijn: 1. Transmurale zorgbrug VVT, ziekenhuis, huisartsen. 2. Samenwerking VVT, ziekenhuis en huisartsen om de beddenproblematiek op te lossen. 3. Kwetsbare ouderen. Onderzocht wordt hoe integrale zorg voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk

	het beste vormgegeven en georganiseerd zou kunnen worden. Er wordt gewerkt vanuit één, individueel plan waarbij afstemming tussen wijkverpleegkundige en huisarts centraal staat. In een eerdere pilot werd een verpleegkundige ouderenzorg aan een huisartsenpraktijk gekoppeld die de huisarts ondersteunt bij het identificeren en in kaart brengen van de groep kwetsbare ouderen. Deze persoon coördineert ook de zorg en ondersteuning. Deze pilot loopt inmiddels al enkele jaren, is gecontracteerd vor 2018-2019 en wordt verder uitgerold onder de huisartsen. **Vervolgstappen 2018** De Transmurale zorgbrug loopt in een pilot en lijkt succesvol. De samenwerking VVT, ziekenhuis en huisarten voor de beddenproblematiek heeft sinds medio 2018 een centraal aanmeldpunt voor alle zorgverleners.
Betrokken actoren	HONK, thuiszorg (onder andere Evean, Actiezorg), Geriant (dementiezorg), welzijns -en vrijwilligersorganisaties, VGZ en gemeenten.
Doelgroep	Kwetsbare ouderen (75+) in de regio Noord-Kennemerland die baat hebben bij een integrale, multidisciplinaire en wijkgerichte benadering. Ouderen zijn ingeschreven bij een bij HONK aangesloten huisarts. Er zitten momenteel 1500-1800 patiënten in het programma.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: integraal tarief op basis van de Beleidsregel Innovatie (opgebouwd uit uren verpleegkundige ouderenzorg, uren huisarts en consultatiemogelijkheid). Binnen S3. Volgbeleid: niet preferente verzekeraars volgen, behalve DSW en Stad Holland. Contractant: VGZ contracteert Zorggroep. Contractduur: een jaar, tot 31 december 2015.
Evaluatie	Binnen het programma worden kritieke prestatie-indicatoren geregistreerd in het keteninformatiesysteem. De evaluatie van het initiatief ouderenzorgprogramma loopt mee met/ is opgenomen in een gezamenlijke evaluatie van de pilots ouderenzorg bij VGZ.

B5.9 Vitaal Vechtdal

Interventie	
Titel	**Langer vitaal: Vroegsignalering & adequate opvolging**
Beschrijving	'Vroegsignalering & Adequate Opvolging' (V&A) is opgezet om in een regionaal verband van huisartsen, thuiszorg en gemeenten kwetsbaarheid bij ouderen te identificeren. Hierna wil men adequate opvolging verlenen door op de persoon gerichte interventies in te zetten, om zo de oudere zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Er is ook aandacht voor eenzaamheid geweest en er is een klankbordgroep ingezet om de ouderen (en mantelzorgers) te betrekken. Project is afgerond in 2015.
Betrokken actoren	Vier Hagro's, Icare, Carinova en Buurtzorg, gemeenten, Kernteam (burgerparticipatie), Ziekenhuis, Apotheken, specialist ouderengeneeskunde, welzijn, netwerk dementie.
Doelgroep	Burgers van 75 jaar en ouder in 4 huisartsengroepen (n=5768). Hiervan vallen 3200 onder de prescreening en worden circa 250 huisbezoeken afgelegd.
Bekostiging interventie	Stichting Achmea Gezondheidszorg financiering. Financiering voor twee jaar, vanaf juni 2013. Medrie en huisartsen: onderzoek. Duur van het contract: tot april 2015.
Evaluatie	
Design	Beschrijvende evaluatie van de implementatie van de screening, de adequate opvolging, en de inbreng van de ouderen.
Uitgevoerd door	Medrie.
Studiepopulatie	Doelgroep van de populatie en de betrokken zorgprofessionals.
Meetinstrumenten	Vanwege de bewerkelijkheid van Easycare TOS trap 1 en het daarmee gemoeide zeer forse tijdsbeslag, is in juli 2014 gekozen om deze selectiemethode te vervangen door zelf-score met de Groninger Frailty Index (GFI) vragenlijst te gaan werken.
Bekostiging	Module kwetsbare ouderen Zilveren Kruis.
Gezondheid	Niet gemeten.
Kwaliteit	Niet gemeten.
Kosten	Niet gemeten.
Overig	Grootschalige screening op kwetsbaarheid lijkt weinig nieuwe, onbekende feiten op te leveren. De kennis van wijkverpleegkundige en huisarts is complementair bij het vermoeden van kwetsbaarheid. Het is van belang dat er aan dit beeld een vervolg wordt gegeven. Dit vereist afstemming tussen zorgverleners binnen huisartsenpraktijk, wijkzorg en gebiedsteam om dubbel werk te vermijden. Vanuit de ouderen is het belangrijk met hen contact te houden, maar niet te

vervallen in ‘bemoeizorg’.

Interventie	
Titel	**Lerend Netwerk Vitaliteit**
Beschrijving	Het Lerend Netwerk Vitaliteit is opgezet in november 2016 om een bedrijf met gezonde medewerkers te realiseren. Er nemen 18 bedrijven aan deel die een keer in de 2 maanden bij elkaar komen. De gastheer komt uit het netwerk (roulatie). De komende bijeenkomst gaat over de vraag hoe je van verzuimbeleid naar vitaliteitsbeleid binnen je organisatie komt. Dit wordt gedaan met een 7-stappenplan. Binnen de bijeenkomsten is ruimte voor presentaties vanuit de 18 deelnemende bedrijven.
Betrokken actoren	Organisaties in het Vechtdal.
Doelgroep	Werkgevers en HR professionals.
Bekostiging interventie	Onbekend.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Vitaliteitsmonitor**
Beschrijving	De ambitie is om vanuit het perspectief van de gemeentelijke overheid een bijdrage te leveren aan een Vitaal Vechtdal. Uitgangspunten zijn: meer burger dan overheid, meer buurt/wijkgericht dan centraal gestuurd, meer preventief dan curatief, meer integraal dan versnipperd en meer collectief dan individueel. De Vitaliteitsmonitor is hier een concrete uitwerking van. De vitaliteitsmonitor meet onder ruim 10.000 mensen binnen de regio de vitaliteit. Onder regie van Achmea is een meting gestart (Vita 16) en met Vektis zijn gesprekken gehouden over een nulmeting (gezondheidstoestand in de regio). Project is gestopt in 2014.
Betrokken actoren	Gemeenten Hardenberg en Ommen, TNO, Achmea, GGD.
Doelgroep	Primair mensen met lage SES.
Bekostiging interventie	Financieringsbron: gemeente. Bekostigingsprincipe: TNO wordt voor de benodigde inzet en middelen gefinancierd voor het uitzetten van de Vitaliteitsmonitor. Contract stopgezet.
Evaluatie	Project is stopgezet.

Interventie	
Titel	**Vroeg Erbij in het Vechtdal**
Beschrijving	Vroeg Erbij in het Vechtdal is een pilot om opvoed- en opgroeirisico's bij zwangeren vroegtijdig te signaleren. Een jeugdverpleegkundige kan vervolgens, indien de ouder(s) dat wensen, verwijzen voor een prenataal huisbezoek (PHB). Zo nodig kan daarna passende hulp worden ingezet. 1. Voor (aanstaande) ouders is passend advies, zorg en ondersteuning beschikbaar van het moment dat zij gezinsuitbreiding wensen tot de schoolperiode van een kind. 2. Vroeg Erbij maakt vroegsignalering mogelijk vanuit alle organisaties die betrokken zijn bij opvoeding en ontwikkeling. 3. Diverse innovatieve concepten voor preventie en zorg rond de geboorte worden ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd om perinatale sterfte verder terug te dringen. Deze pilot loopt van medio 2015 tot medio 2018.
Betrokken actoren	Gemeenten, ziekenhuis, zorggroep, verloskundige, kraamzorg, consultatiebureau.
Doelgroep	N = 1450 (aantal geboorten per jaar in de regio). Circa 35.000 jongeren tot 18 jaar van wie naar verwachting zo'n 10% tot de kwetsbare doelgroep behoort.
Bekostiging interventie	Binnen reguliere werkzaamheden verloskundigen (Zvw eerstelijnszorg).
Evaluatie	
Design	Een evaluatieonderzoek is opgezet om te kijken wat de ervaringen met de pilot zijn en wat nog verbeterd zou kunnen worden. Het onderzoek is uitgevoerd van september tot december 2017.
Uitgevoerd door	Proscoop.
Studiepopulatie	Doelgroep van de populatie en de betrokken zorgprofessionals.
Meetinstrumenten	Digitale vragenlijsten: ingevuld door 73 betrokken professionals (30%), onder wie: eerstelijns en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen, jeugdverpleegkundigen, kraamverzorgenden, huisartsen en medewerkers van Samen Doen. Diepte-interviews: 8 semigestructureerde interviews met in totaal 12 professionals: eerstelijns verloskundigen, een tweedelijns verloskundige, een gynaecoloog, jeugdverpleegkundigen, een kraamverzorgende en manager kraamzorg, een huisarts, en medewerkers van Samen Doen. Panelgesprekken met ouders: 2 panelgesprekken met totaal 8 ouders (waarvan 6 moeders) en 8 toehoorders (van 5 verschillende disciplines). Ook zijn er nog 3 moeders telefonisch geïnterviewd. Bureauonderzoek naar vergelijkbare projecten: Goede Start, Healthy Pregnancy 4 All, Vroeg Erbij (Deventer), Stevig Ouderschap Prenataal en

	VoorZorg/PreZorg.
Bekostiging	ROS-financiering.
Gezondheid	Ouders en professionals zijn positief dat de vroegsignalering opvoed- en opgroeirisico's verminderd.
Kwaliteit	Ouders en professionals geven aan dat contact laagdrempeliger wordt.
Kosten	Niet gemeten.
Overig	De werkwijze is, zij het in aangepaste vorm, succesvol geïmplementeerd in het Vechtdal. Van juni 2015 tot eind 2017 zijn in totaal 71 prenatale huisbezoeken afgelegd, met indien nodig/gewenst vervolginterventies. 36% van de bevraagde professionals (vooral kraamverzorgenden) geeft aan niet op de hoogte te zijn van deze interventie. Er zijn diverse verbeterpuntengenoemd, zoals een betere samenwerking en afstemming tussen betrokken zorgprofessionals.

Interventie	
Titel	**TOM (Thuis Onbezorgd Mobiel)**
Beschrijving	Project TOM: Thuis onbezorgd mobiel biedt ondersteuning voor ouderen die zelfstandig willen blijven wonen. ONVZ zorgverzekeraar werkt met andere organisaties aan het programma om ouderen te ondersteunen die thuis willen blijven wonen. TOM loopt momenteel in Ommen, Dedemsvaart en Balkbrug.
Betrokken actoren	ONVZ, Phillips, fysiotherapeuten, diëtisten.
Doelgroep	Senioren binnen Vitaal Vechtdal die thuis willen blijven wonen (n=ca. 13.000 inwoners 65+ van Ommen en Hardenberg).
Bekostiging interventie	Financiering van het programma door ONVZ. Phillips levert de beweegmonitors. ONVZ levert ook inkind bijdrage met ZorgConsulenten, Nutricia levert de voeding, VeiligheidNL levert kennis en trainingen, ook PostNL draagt bij door middel van trainingen voor gebruik van de beweegmonitors.
Evaluatie	Interventie wordt geëvalueerd met hulp van TNO. Op basis van informatie uit zorgregistraties (opnamedagen in ziekenhuis en verpleeghuis, behandelingen bij fysio, complicaties). Daarnaast wordt een business case opgesteld op basis van de beschikbare data.

Interventie	
Titel	**BART (Bewegen met Artrose)**
Beschrijving	Gekeken wordt naar substitutiemogelijkheden van mensen met klachten van artrose van knie of heup. De huisarts heeft één loket om deze patiënten naar door te verwijzen voor screening, namelijk de afdeling fysiotherapie van ziekenhuis Saxenburgh. Doorverwijzing kan zijn naar de orthopeed, maar ook

	naar een eerstelijns fysiotherapeut of de Sportservice Hardenberg voor een gericht beweegaanbod. BART heeft nu 100 patienten.
Betrokken actoren	Ziekenhuis Saxenburg, Sportservice Hardenberg, fysiotherapeuten, orthopeden, huisartsen.
Doelgroep	Patiënten die zich bij de huisarts melden en klachten hebben die lijken op artrose van knie of heup.
Bekostiging interventie	Financiering door ziekenhuis (Zvw tweedelijnszorg).
Evaluatie	Rapportage is nog niet beschikbaar.

Interventie	
Titel	**Stoppen met roken**
Beschrijving	Binnen Vitaal Vechtdal wordt jaarlijks meegedaan aan Stoptober (door alle betrokken partijen van Vitaal Vechtdal). Tijdens deze actie wordt ook een cursus bechikbaar gesteld om het stoppen met roken te bevorderen. **Vervolgstappen 2018:** Aansluitend bij de ingezette BRAVO projecten als 'stoppen met roken' en 'IkPas', is begin 2018 gestart met het Preventieconsult, ingebed in het reguliere eerstelijns zorgsysteem. Het PreventieConsult richt zich op de preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade bij volwassenen (50 en 55 jarigen) die nog niet in behandeling zijn, maar een verhoogd risico hebben. Er wordt een risicoschatting gedaan aan de hand van een risicovragenlijst. Op basis hiervan worden bijpassende adviezen of therapie (bewegen, voeding) gegeven via de huisarts.
Betrokken actoren	Gemeente (Ommen en Hardenberg), GGD, Tactus, Saxenburgh Groep, de Stuw, Medrie.
Doelgroep	Inwoners van de gemeenten Ommen en Hardenberg in Vitaal Vechtdal (n= ca. 80.000).
Bekostiging interventie	Financiering vanuit de Wmo: Gemeenten Ommen en Hardenberg en Vitaal Vechtdal.
Evaluatie	Er is een jaarlijkse evaluatie met de werkgroep op het proces. Hiermee worden aanpassingen in draaiboek gemaakt. Geen reflectie op Triple Aim-uitkomsten.

Interventie	
Titel	**IkPas**
Beschrijving	In Vitaal Vechtdal is dit jaar voor de tweede keer de actie 'IkPas' georganiseerd. Deelnemers drink 30 dagen geen alcohol. Op deze manier wordt er naar mogelijkheden gezocht om alcoholgebruik onder de inwoners van regio Vechtdal onder de aandacht te brengen.
Betrokken actoren	Samen met alle huisartsen, verloskundigen, tandartsen in het Vechtdal, werkgevers, onderwijs, zorgprofessionals en gemeenten Hardenberg en Ommen.

Doelgroep	Inwoners van de gemeenten Ommen en Hardenberg in Vitaal Vechtdal (n=ca. 80.000).
Bekostiging interventie	Gemeenten Ommen en Hardenberg en een deel wordt gefinancierd uit het budget van stichting Vitaal Vechtdal.
Evaluatie	Er is een jaarlijkse evaluatie met de werkgroep op het proces. Hiermee worden aanpassingen in draaiboek gemaakt. Geen reflectie op Triple Aim uitkomsten.

Interventie	
Titel	**Vitaal Vechtdal polis**
Beschrijving	De Vitaal Vechtdal Polis is een gratis aanvullende verzekering boven op de landelijke zorgpolissen van Zilveren Kruis, Avéro Achmea en ONVZ. Inwoners die deelnemen ontvangen bijvoorbeeld - afhankelijk van welke zorgverzekeraar de inwoner kiest - korting op de zorgverzekering en een extra dekking voor fysiotherapie en psychische hulp. Bovendien kan de deelnemer gratis parkeren bij het ziekenhuis in Hardenberg. Elke inwoner en/of werknemer van een werkgever uit de gemeente Dalfsen, Ommen, Hardenberg, Coevorden of Twenterand kan de Vitaal Vechtdal Polis gratis afsluiten. De inwoner betaalt alleen de premie van de zorgverzekering (basisverzekering + eventueel de aanvullende en tandartsverzekering). Op de premie van de zorgverzekering ontvangt de deelnemer bovendien een aantrekkelijke korting. De polis is eind 2014 geïntroduceerd en telt op dit moment ruim 24.000 polishouders.
Betrokken actoren	Vrieling, Achmea, stuurgroep Vitaal Vechtdal.
Doelgroep	De Vitaal Vechtdal Polis is bedoeld voor iedereen die woont en/of werkt in de gemeente Dalfsen, Ommen, Hardenberg, Coevorden of Twenterand (n= 141.700 inwoners).
Bekostiging interventie	Zilveren Kruis/Achmea en ONVZ in samenspraak met Vrieling Adviesgroep. Coproductie met Vitaal Vechtdal ter versterking van het gedachtengoed van Vitaal Vechtdal. Contractafspraken zijn per jaar verschillend en voor dit jaar nog in onderhandeling.
Evaluatie	Wordt per jaar geëvalueerd en eventueel aangepast .

Interventie	
Titel	**Digitale sociale kaart**
Beschrijving	Vitaal Vechtdal werkt samen met Alfa-college Hardenberg aan een digitale sociale kaart app. Studenten van de school ontwikkelen de app op verzoek van zorg-en hulpverleners. Samenwerking is met Nidaros, een automatiseringsbedrijf uit de regio. ICT-studenten leveren de techniek van de app, V&V studenten leveren de informatie over het sociale

	domein en inventariseren wensen bij gebruikers (thuiszorg, huisartsenpraktijk en sociaal team). Vitaal Vechtdal coördineert dit proces. **Vervolgstappen 2018** Digitale sociale kaart is geen interventie meer binnen Vitaal Vechtdal. Het wordt verder uitgewerkt door een bedrijf.
Betrokken actoren	Alfa-college Hardenberg, Nidoros, en Proscoop (ROS).
Doelgroep	Gebruikers van de app zijn naar verwachting huisartsenpraktijk, sociaal team en thuiszorg.
Bekostiging interventie	Financiering door Proscoop, een deel via Nidoros en in kind-bijdrage van de studenten van het Alfa-college.
Evaluatie	Niet uitgevoerd.

Interventie	
Titel	**Wondbehandelcentrum Vechtdal**
Beschrijving	Het gebruik van de meest effectieve wondbehandeling was vertraagd doordat kennis en ervaring vaak verspreid was over diverse medische specialisaties, communicatie over wondzorg onvoldoende was, behandling gefragmenteerd en dergelijke,. Dit kan als gevolg hebben dat een cliënt wordt opgenoemn in het ziekenhuis of verpleeghuis en langer dan nodig geconfronteerd wordt met de lasten van de wond. Met het wondbehandelcentrum (WBC) , waar verpleegkundigen werken die zijn gespecialiseerd in wondzorg, wil de Saxenburgh Groep een snellere genezing realiseren en de tijdsperiode hiervan terugbrengen tot gemiddeld negen tot tien weken. Het WBC werkt nauw samen met huisartsen, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen in de regio om de juiste behandeling te kunnen geven. Deze samenwerking in de keten past heel goed binnen de visie van Vitaal Vechtdal. Hypothese: Door de start van het WBC hebben mensen sneller toegang tot zorg, worden zij sneller verwezen naar de juiste plek en eenduidig geholpen met uniform materiaal. Dat bespaart zorgkosten en geeft mensen de mogelijkheid gezonder te leven.
Betrokken actoren	Ziekenhuis, thuiszorg, huisartsen.
Doelgroep	Patiënten met een slecht genezende wond.
Bekostiging interventie	Reguliere financiering uit Zvw.
Evaluatie	Project net opgestart.

Interventie	
Titel	**Samen online**
Beschrijving	Samen Online helpt onder meer mensen met een kleine beurs, ouderen en mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt om digitaal mee te doen. Hierdoor wordt hun zelfredzaamheid verhoogd en hun netwerk vergroot. Samen Online bestaat uit twee onderdelen: Digitaal Online en Vitaal Online. In Digitaal Online worden oude computers ingezameld via bedrijven en organisaties. Studenten van het Alfa-college maken de computer klaar voor een tweede leven. Er zijn voor Digitaal Online tot nu toe 39 mensen geholpen met een computer en er zijn 6 computers geplaatst in het Kronkelhonk in Slagharen. Voor het onderdeel Vitaal Online wordt ondersteuning geboden om de digitale vaardigheden te verbeteren. Dit gebeurt in samenwerking met Seniorweb in de bibliotheken of studenten van het Alfa-college. In 2017 zijn hebben 28 deelnemers meegedaan aan Vitaal Online. **Vervolgstappen 2018** Dit jaar zal in Dedemsvaart 2 keer een groep van 15 – 20 ouderen participeren aan Vitaal Online. Verdere vervolgplannen voor het najaar worden gemaakt. SamenOnline wil behalve aan ouderen (in diverse kernen) studenten ondersteuning gaan bieden in het laatste jaar van Pro Hardenberg. Zij hebben door hun taalachterstand/laaggeletterdheid vaak moeite om digitaal mee te doen in de maatschappij. Het laatste studiejaar is er vooral op gericht hen voor te bereiden op werk zoeken zelfstandig worden. Daar willen ze studenten bij inzetten en samen met de opleiding een opzet voor maken.
Betrokken actoren	De Stuw, Alfa-college, gemeente en Seniorweb.
Doelgroep	Mensen met een kleine beurs, ouderen en mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt die hulp behoeven bij digitaal werken.
Bekostiging interventie	Met de gemeente zijn afspraken gemaakt over de kosten van internet. Dit gaat via de gebruikelijke regeling of individueel WMO-traject. Aan mensen met minder dan 120% van het minimum inkomen wordt als tegenprestatie gevraagd dat ze wat terugdoen als vrijwilliger, als ze dit nog niet doen.
Evaluatie	De projectleider beoordeelt SamenOnline als een succes. De succesformule is de goede samenwerking tussen Alfa College, De Bibliotheek, De Stuw en Seniorweb (vrijwilligers et cetera). Aan de hand hiervan is besloten om het project door te zetten.

Interventie	
Titel	**Programma kwetsbare ouderen c.q. vliegwielproject**
Beschrijving	Gekeken wordt hoe de financiering kan worden vormgegeven voor de populatiegerichte aanpak (preventie 1% aanpak). Hoe kan geld dat in de zorg wordt bespaard overgeheveld worden naar gebruik in preventie. Hiervoor wordt met de verzekeraar gekeken naar mogelijkheden van shared savings of andere financiering. Doel is om dit project aan te melden als Preventiecoalitie. Er zijn momenteel verschillende ouderenprojecten gaande; zorgpad ouderen binnen het ziekenhuis, transmurale zorgbrug, projecten in thuiszorg. Er wordt gekeken naar de mogelijkheid om ouderenzorgprojecten beter op elkaar af te stemmen. Geriater, specialist en kaderarts worden samen gezet om projecten samen te voegen. Project is nog in startfase. **Vervolgstappen 2018** Preventiecoalitie is toegekend.
Betrokken actoren	Ziekenhuis, specialisten, thuiszorg, huisartsen en gemeenten Ommen en Hardenberg.
Doelgroep	Kwetsbare ouderen en professionals (n= 5705), kwetsbare ouderen >75 jaar.
Bekostiging interventie	Financiering zowel vanuit Zvw (experimenteren met zorgbundel) als Wmo. Precieze afspraken worden nog gemaakt. Een derde deel van de programmamanagementkosten worden gefinancierd met behulp van de preventiecoalitie.
Evaluatie	Momenteel niet aan de orde.

Bijlage 6 - Overzicht van toegepaste strategieën per ontwikkelingsfase

Tabel B6.1: Per leidend principe zijn de strategieën weergegeven die de proeftuinen tussen 2013-2018 hebben toegepast.

	Fase 1 Campagne	Fase 2 Participeren	Fase 3 Regionaliseren	Fase 4	Fase5
1. Creëer en behoud draagvlak bij organisaties om gezamenlijk te werken aan een toekomstbestendig gezondheidssysteem	Ontwikkel een gezamenlijke visie voor preventie, zorg en welzijn en draag deze uit Motiveer bestuurders die in staat zijn de systeemverandering vorm te geven en hier de eigen organisaties in mee te nemen	Benut de 'branding' van het initiatief, gebaseerd op de gezamenlijke visie, als basis voor het versterken van de identiteit en doelen van het PHM initiatief Motiveer betrokken organisaties en leiders op basis van aansluiting van de PHM-visie bij de eigen organisatiebelangen	Verbreed en verdiep de doelstellingen van de visie met uitbreiding van nieuwe stakeholders en focus op een grotere populatie Houd rekening met de verschillen in belangen en doelstellingen van organisaties over de domeinen heen, die van invloed zijn op het commitment van de afzonderlijke organisaties om de samenwerking over de domeinen heen vorm te geven	Creëer draagvlak voor de relevantie en verwachtingen rondom systeemverandering	
2. Leer elkaar begrijpen en creëer onderling vertrouwen	Creëer bewustwording voor nieuwe rollen van personen en organisaties binnen het initiatief Investeer in interactie om ieders perspectief en behoeften te leren kennen als basis voor verdere samenwerking	Creëer bewustwording op van ieders verschillen in wekwijzen en standaarden Investeer in interactie om ieders perspectief en behoeften te leren kennen als basis voor verdere samenwerking op operationeel niveau	Creëer bewustwording van de normen, waarden en rollen van nieuwe netwerkpartners Investeer in interactie om het perspectief en de behoeften van nieuwe stakeholders te leren kennen om de samenwerking te		

	Fase 1 Campagne	Fase 2 Participeren	Fase 3 Regionaliseren bevorderen	Fase 4	Fase5
3. Definieerrandvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoording	Realiseer acceptatie van gezamenlijke verantwoordelijkheid	Ontwikkel en installeer een verantwoordingsproces waaruit blijkt wie waar verantwoordelijk voor is op bestuurlijk en operationeel niveau	Houd rekening met de verschillen in nieuwe organisaties en met de bijbehorende verschillen in verantwoordelijkheden en verantwoordingsprocessen		
4. Zorg voor politiek draagvlak en beïnvloed de beleidscyclus	Communiceer op een zo vroeg mogelijk moment hoe en waarom bestaande wet- en regelgeving de nieuwe regionale PHM-afspraken hinderen	Zorg tijdig voor politiek draagvlak door tijdige communicatie over hoe en waarom de bestaande wetgeving de nieuwe regionale PHM-afspraken hindert	Houd rekening met hoe - bij het uitbreiden van de bestaande samenwerking over de domeinen heen - bestaande wet- en regelgeving de nieuwe regionale PHM-afspraken kunnen hinderen	Communiceer de knelpunten met de politiek rondom het werken aan een gezondheidssysteem	
5. Zorg ervoor dat de financiële prikkels in lijn zijn met de gezamenlijke doelen	Investeer tijd en kennis in nieuwe vormen van beloning die de risico's van financiële samenwerking overtreffen	Creëer randvoorwaarden om nieuwe vormen van bekostiging en financiering mogelijk te maken	Organiseer een gefaseerde kanteling naar nieuwe vormen van bekostiging en financiering	Organiseer randvoorwaarden om systeem-overstijgende bekostiging mogelijk te maken	
6. Waarborg een verbetercyclus door een data- en kennisinfrastructuur op organisatie- en regioniveau te ontwikkelen	Houd rekening met de benodigde financiering en expertise om een data- en kennisinfrastructuur te kunnen vormgeven	Creëer bewustwording van de relevantie van data en kennis om besluitvormingsprocessen te verbeteren en werkprocessen en rolverdelingen te vernieuwen	Ontwikkel (business intelligence) tools waarbij mogelijkheden voor een andere manier van werken en financiering aan het licht komen	Zet nieuwe (business intelligence) tools in om te bevorderen dat de patiënt / burger meer verantwoordelijkheid krijgt in het systeem.	
7. Organiseer inzicht in burgerperspectieven	Organiseer inzicht in en input van	Organiseer bestuurlijke representatie van burgers	Zet het belang van het burgerperspectief in als	Integreer de rol van burgers in het	

	Fase 1 Campagne	Fase 2 Participeren	Fase 3 Regionaliseren	Fase 4	Fase5
en maak ruimte voor burgerparticipatie	burgerperspectieven in het PHM initiatief	in het PHM initiatief	overkoepelende focus voor regionale samenwerking	vormgeven van de regionale gezondheidszorg	
8. Zet passende bestuurlijke representatie en leiderschap in binnen een netwerk	Zet passend leiderschap in om stakeholders te motiveren aan te haken bij de gezamenlijke visie	Zet het juiste type leiderschap in om de beweging van het PHM initiatief te bevorderen	Houd rekening met een veranderende leiderschapsrol door steun van nieuwe ambassadeurs van het initiatief	Houd rekening met de benodigde governance structuren wanneer door meerdere domeinen wordt samengewerkt	
	Houd rekening met de remmende factor van een grote bestuurlijke laag	Installeer de juiste mensen op het juiste moment in de stuurgroep	Werk parallel in een kleine stuurgroep en breid samenwerking met stakeholders uit		

H.W. Drewes | N.J.E. van Vooren | B. Steenkamer | P.F. Kemper | R.J. Hendrikx | C.A. Baan |

RIVM Rapport 2018-0140

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

November 2018

010961

De zorg voor morgen begint vandaag