

EERSTE REVIEW VAN DE BIJDRAGE VAN HET IZA AAN DE TOEGANKELIJKHEID

ONDERDEEL VAN DE MID TERM
REVIEW IZA

**KLANT
KENMERK
AUTEUR(S)
VERSIE
DATUM**

Ministerie van VWS
MH/sb/003982
Marion van den Hurk, Sandra Zwijsen, Wessel Blom, Sebastiaan Stam
Definitief
4 april 2024

Inhoudsopgave

1	Managementsamenvatting	3
2	Achtergrond en aanleiding	6
2.1	Achtergrond	6
2.2	Aanleiding	6
3	Aanpak	7
3.1	Eerste review van de beweging die IZA op gang brengt	7
3.2	Uitwerking onderzoeksvraag in analysekader	7
3.3	Iteratieve analyse van informatiebronnen met behulp van AI	9
3.4	Handmatig verder zoeken	10
3.5	Duiden en verfijnen van de bevindingen	10
4	Wat zijn de verwachte ontwikkelingen in het gat tussen vraag en aanbod?	11
4.1	Druk op toegankelijkheid door demografische ontwikkelingen	11
4.2	Beschikbaarheid van zorgaanbod	11
4.3	Wachttijden als indicator voor de druk op de toegankelijkheid	12
4.4	Gelijke toegang tot zorg voor alle groepen in de samenleving	12
4.5	Overeenkomsten en verschillen tussen regio's	12
5	Wat is het verwachte effect van de regionale acties uit het IZA op dit gat?	14
5.1	Welke acties staan er in de regio- en ROAZ-plannen die van invloed zijn op het gat tussen zorgvraag en zorgaanbod?	14
5.2	Wat is het verwachte effect van de acties uit de regio- en ROAZ-plannen op het gat tussen zorgvraag en zorgaanbod?	18
5.3	Reflectie op de regio- en ROAZ-plannen vanuit transitieperspectief	21
6	Is de beschikbare broninformatie voldoende om de hoofdvraag te beantwoorden?	23
6.1	Beantwoording eerste onderliggende vraag	23
6.2	Beantwoording tweede onderliggende vraag	23
6.3	Beantwoording van de hoofdvraag	24
7	In welke mate draagt het IZA bij aan de toegankelijkheid van de zorg, zodat zorgverzekeraars in staat zijn om aan hun zorgplicht te voldoen?	25
8	Hoe verder met monitoring van de bijdrage van IZA aan de toegankelijkheid?	27
	Bijlagen	28

1 Managementsamenvatting

De onderzoeksvraag

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) bevat afspraken die het dreigende verschil tussen vraag en aanbod van zorg en welzijn moeten verminderen. De IZA-partijen hebben afgesproken om zich gedurende de looptijd van het IZA maximaal in te zetten om de afspraken te realiseren. Naast het ieder kwartaal bespreken van de voortgang in het bestuurlijk overleg, spraken de IZA-partijen een tussentijds evaluatiemoment af, de zogenaamde mid term review (MTR).

Een van de onderdelen van de MTR zoals verwoord in het IZA is het beeld over in hoeverre zorgverzekeraars in staat zijn om hun zorgplicht voor verzekerden te voldoen. Deze vraag is naar verwachting in belangrijke mate gerelateerd aan de toegankelijkheid. Het doel van dit onderdeel van de MTR is daarom om een gedragen beeld op te leveren van de toegankelijkheid van de zorg en de bijdrage van het IZA aan het beheersen van de spanning tussen zorgvraag en zorgaanbod. We hebben nadrukkelijk niet onderzocht of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. Dat valt onder het regulier toezicht van de NZa.

We onderzochten de bijdrage van het IZA aan de toegankelijkheid van de zorg middels twee onderliggende vragen:

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

In verband met mogelijke herhaalbaarheid van de MTR hebben we daarnaast ook een derde onderliggende vraag beantwoord:

- c. Is de beschikbare broninformatie voldoende om de hoofdvraag te beantwoorden?

Context en methode

De vraag naar de bijdrage van het IZA aan toegankelijkheid van zorg is methodologisch complex:

- a. Er is **geen vastomlijnd pakket van maatregelen** met effecten op de toegankelijkheid. Het IZA bevat een breed scala aan afspraken die deels landelijk en deels in de regio's vorm krijgen. De wijze waarop de regio's invulling geven aan de afspraken verschilt per regio. Dit maakt het lastig om de effecten op een uniforme manier te onderzoeken.
- b. De **IZA-maatregelen voltrekken zich in een ecosysteem** waarin alle onderdelen met elkaar samenhangen. Het IZA is erop gericht om een beweging in dit ecosysteem op gang te brengen. Het samenspel tussen alle landelijke en regionale activiteiten samen bepaalt uiteindelijk het effect van het IZA op toegankelijkheid. Daarbij zijn de IZA -maatregelen niet de enige maatregelen die de beweging op gang brengen en versterken. Er is dan ook geen directe oorzaak-gevolg relatie te onderzoeken tussen de IZA-maatregelen en de toegankelijkheid van zorg.
- c. De **effecten van de IZA-maatregelen zijn nog niet uitgekristalliseerd** omdat veel van de maatregelen zich nog in de planningsfase bevinden. Het kost tijd om de benodigde ingrijpende veranderingen in bestaande systemen, structuren en culturen door te voeren. Op dit moment is het IZA bijna anderhalf jaar oud. Er zijn veel samenwerkingen opgestart en geïntensiveerd en de regio- en ROAZ-plannen zijn net klaar. Dit zijn mooie, belangrijke stappen in de beginfase van de transitie maar daardoor is het nog te vroeg om de effecten van de IZA-maatregelen op toegankelijkheid van zorg in dit ecosysteem in kaart te brengen.

Het aantonen van effecten van het IZA op de toegankelijkheid is dus complex. Daarom hebben we gekozen voor een aanpak waarin we onderzoeken of het aannemelijk is dat de in de regio's geplande maatregelen positief gaan bijdragen aan de toegankelijkheid. Daarbij hebben we, gebaseerd op de methode van backcasting, gekeken naar:

-
- a. **Wat is de toekomst waarnaar de regio's toewerken?** Een gedeeld beeld van de toekomst is belangrijk om vandaaruit terug in het heden te bepalen welke stappen nodig zijn om die toekomst te bereiken (groots denken en klein doen).
 - b. **Wat zijn de strategieën en (geplande) acties om de gewenste toekomst te bereiken?** Het gaat daarbij om een mix van maatregelen en innovaties die samen nodig zijn om de gewenste toekomst te bereiken.
 - c. **Hoe zijn de (beoogde) kortere termijn effecten van deze acties?** Door deze kortere termijn effecten te monitoren kan het proces van de transitie gevolgd worden en kunnen aanpassingen in de strategieën en acties doorgevoerd worden.

Met deze aanpak hebben we ons gericht op de aanpak in de regio's. De landelijke activiteiten binnen en buiten het IZA vielen buiten de scope van ons onderzoek.

Als eerste stap in ons onderzoek ontwikkelden we een analysekader dat inzichtelijk maakt welke activiteiten de toegankelijkheid positief kunnen beïnvloeden. Dit analysekader is afgestemd met de werkgroep MTR en de IZA-tafel monitoring. Het analysekader hebben we gebruikt om de op dit moment beschikbare bestaande openbare databronnen gestructureerd te doorzoeken. We hebben gebruik gemaakt van de regio- en ROAZ-beelden, regio- en ROAZ-plannen, het prognosemodel Zorg en Welzijn, het basisbeeld IZA en NZa-monitor toegankelijkheid van de zorg. Voor het doorzoeken van de regio- en ROAZ-beelden en plannen hebben we gebruik gemaakt van een AI-tool, namelijk chatpdf. Met behulp van gestandaardiseerde prompts (zoektermen) hebben we per beeld en plan vragen gesteld aan de AI-tool om de onderzoeksvragen te beantwoorden. De landelijke databronnen hebben we handmatig doorzocht. De opgehaalde bevindingen hebben we verrijkt in terugkoppelingssessies met zorgverzekeraars en de thematafel monitoring van het IZA.

Kernbevindingen

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

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

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

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

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

Is de beschikbare broninformatie voldoende om de hoofdvraag te beantwoorden?

We verwachten dat, wanneer de plannen in de praktijk worden gebracht, de gebruikte landelijke databronnen geschikt zijn om inzicht te krijgen in de langere termijn effecten van het IZA op de toegankelijkheid. De regio- en ROAZ-plannen en de uitwerkingen daarvan in werkplannen en transformatieplannen laten zien hoe deze effecten bereikt gaan worden en zijn daarmee een belangrijke informatiebron voor het monitoren van de transitie.

Adviezen

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

Vervolgstappen in de transitie

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

- a. **Het aanbrengen van concretisering en focus.** De meeste plannen bevatten passages waarin staat dat concretisering in de eerste helft van 2024 volgt. Naar ons idee is naast concretisering ook focus nodig. Op dit moment bevatten de plannen nog een waaier aan oplossingsrichtingen, te veel om allemaal tegelijk op te pakken. Mooie voorbeelden van concretisering en focus bevatten de regioplannen van Zeeland en Midden Brabant. Zij hebben een inschatting gemaakt van de wijze waarop de geplande activiteiten moeten gaan bijdragen aan meer toegankelijke zorg. Dit geeft richting voor de kortere en langere termijn, maakt het mogelijk tijdig bij te sturen als een activiteit niet het gewenste effect heeft en successen te vieren.
- b. **Proactieve keuzes maken in het afbouwen van activiteiten.** Het hele zorgstelsel werkt toe naar een nieuwe werkelijkheid. Dat betekent niet alleen dingen anders gaan doen maar ook dingen niet meer doen. In de regioplannen zagen we beperkt activiteiten terug gericht op het afbouwen of afschalen van activiteiten.
- c. **Het breed uitdragen van het veranderhaal.** In de transitie van de zorg is iedereen nodig. Om iedereen mee te krijgen in de beweging is het belangrijk dat er een gedeeld begrip is van waarom de verandering nodig is, en waar we met elkaar naar toe bewegen.
- d. **Het aan elkaar verbinden van vergelijkbare initiatieven** in verschillende regio's. Coalities kunnen van elkaar leren en de beweging versnellen en verbreden. Goede werkende initiatieven in meerdere regio's kunnen opgeschaald worden.
- e. **Het invullen van landelijke randvoorwaarden.** Verschillende regio-plannen bevatten een overzicht van landelijke randvoorwaarden voor het realiseren van hun plannen. Landelijke regie op het invullen van deze randvoorwaarden draagt bij aan de voortgang van de beweging. Tijdens de uitvoering van de plannen zullen er nieuwe obstakels bijkomen. Het is belangrijk om deze te identificeren en waar mogelijk weg te nemen.

Vervolgstappen in de monitoring van de bijdrage van IZA aan de toegankelijkheid

De effecten van een transitie zijn niet meteen zichtbaar. Daarom is het zinvol om naast de effecten ook de beweging te monitoren. Dit draagt bij aan de cyclus van doen, leren en beter doen.

- a. **Monitoring van de effecten (het wat):** voor een kwantitatieve duiding van de ontwikkelingen ligt het voor de hand om de landelijke databronnen te gebruiken. Doordat deze cijfers op landelijk niveau en regionaal niveau beschikbaar zijn, kan een mogelijke trendbreuk in bijvoorbeeld wachttijden en zorggebruik te zijner tijd goed worden waargenomen.
- b. **Monitoring van de beweging (het hoe):** voor verdere monitoring van de bijdrage van het IZA aan de toegankelijkheid ligt het voor de hand om de regionale bronnen te blijven gebruiken om zicht te houden op hoe er gewerkt wordt aan de toegankelijkheid van de zorg. In dit onderzoek waren de regio- en ROAZ-plannen de meest actuele beschikbare databronnen. In de toekomst kunnen daarvoor de nu in ontwikkeling zijnde regionale werkplannen en transformatieplannen benut worden.

2 Achtergrond en aanleiding

2.1 Achtergrond

De toegankelijkheid van de zorg¹ staat onder druk. De vraag naar zorg stijgt sneller dan het aanbod. Er zijn door het snelgroeiende gat tussen vraag en aanbod situaties denkbaar waarin een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder tegen de grenzen van de eigen beïnvloedings sfeer aanlopen, waardoor patiënten niet meer binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang hebben tot zorg. Dit vraagt om innovatieve oplossingen zodat iedereen in Nederland ook in de toekomst kan rekenen op goede zorg wanneer dat echt nodig is.

Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt om de groeiende zorgvraag te kunnen opvangen. Zo zijn er bijvoorbeeld afspraken over de regionale en bovenregionale organisatie van het zorgaanbod, domeinoverstijgende samenwerking en het streven naar passende zorg samen met de patiënt. De verschillende partijen in de zorgsector hebben daarbij de gezamenlijke opdracht om middels regiobeelden en regioplannen per zorgkantoorregio tot een onderbouwde en in de regio gedragen aanpak te komen waarmee die transformatie dient plaats te vinden. Ook ieder Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) heeft de opdracht gekregen om een beeld en een plan op te stellen, specifiek voor de acute zorg in de regio. Het opstellen van deze beelden en plannen gebeurt steeds vanuit een regionaal perspectief, gebaseerd op de landelijke afspraken in het IZA en andere relevante programma's.

2.2 Aanleiding

Het IZA kent een tussentijds evaluatiemoment, de zogenoemde mid term review (MTR). De bedoeling van deze MTR is de voortgang en de resultaten van gemaakte afspraken en maatregelen in het kader van het IZA te evalueren en te beoordelen. Tijdens deze tussentijdse evaluatie wordt gekeken naar behaalde resultaten, de effectiviteit van genomen maatregelen, eventuele knelpunten en uitdagingen die zich hebben voorgedaan, en of bijsturing nodig is om de gestelde doelen te behalen. Met de MTR kunnen partijen op basis van tussentijdse bevindingen tijdig bijsturen en anticiperen op veranderende omstandigheden, zodat de beoogde doelstellingen van het akkoord kunnen worden behaald.

De MTR van het IZA omvat verschillende onderdelen. Dit rapport gaat over het onderdeel toegankelijkheid van de zorg, in relatie tot de zorgplicht van zorgverzekeraars. Het is nadrukkelijk geen toets van de mate waarin zorgverzekeraars hun zorgplicht (kunnen) nakomen. Een dergelijke toets is onderdeel van de rol van de NZa als toezichthouder.

¹ Daar waar we in deze rapportage over zorg spreken bedoelen we zorg in de brede zin: welzijn, ondersteuning, begeleiding, verpleging en behandeling.

3 Aanpak

3.1 Eerste review van de beweging die IZA op gang brengt

Een van de onderdelen van de MTR zoals verwoord in het IZA is het beeld over in hoeverre zorgverzekeraars in staat zijn om hun zorgplicht voor verzekerden te voldoen. Omdat de belangrijkste issues in de zorgplicht naar verwachting gerelateerd zijn aan de toegankelijkheid is het doel van dit onderdeel van de MTR om een gedragen beeld op te leveren van de toegankelijkheid van de zorg en de bijdrage van het IZA aan het beheersen van de spanning tussen zorgvraag en zorgaanbod (besluit BO IZA september 2023).

De kwalitatieve vraag die we onderzocht hebben is: in welke mate draagt IZA bij aan de toegankelijkheid van zorg zodat zorgverzekeraars in staat zijn om aan hun zorgplicht te voldoen? Het was de opdracht om hierbij gebruik te maken van bestaande databronnen. Om iets te kunnen zeggen over de mate waarin de acties uit het IZA bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg, is het allereerst van belang om te duiden welke ontwikkelingen in de toegankelijkheid van de zorg verwacht worden als er geen actie ondernomen zou worden. Vervolgens kan bepaald worden wat het effect is van acties op dit gat. Daarom hebben we de hoofdvraag beantwoord middels twee onderliggende vragen:

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

In verband met mogelijke herhaalbaarheid van de MTR hebben we daarnaast ook een derde onderliggende vraag beantwoord:

- c. Is de beschikbare broninformatie voldoende om de hoofdvraag te beantwoorden?

De hoofdvraag van het onderzoek is complex. De bijdrage van IZA aan de toegankelijkheid zodat zorgverzekeraars in staat zijn om aan hun zorgplicht te voldoen, is wat ons betreft namelijk niet met een uitspraak over directe causaliteit te beantwoorden. IZA-maatregelen voltrekken zich immers in een ecosysteem van zorg en welzijn waarin alle onderdelen met elkaar samenhangen en er vele variabelen invloed hebben op de toegankelijkheid. Het IZA is erop gericht een beweging in dit ecosysteem op gang te brengen. Dat is een grote transitie en vraagt tijd. Op dit moment is het nog te vroeg om de effecten van IZA op toegankelijkheid van zorg in dit ecosysteem in kaart te brengen. De effecten zijn nog niet uitgekristalliseerd en te nemen maatregelen bevinden zich veelal nog in de planfase. Daarom hebben we ons gericht op het in kaart brengen van de geplande maatregelen in het kader van het IZA en de beoogde impact van deze maatregelen op de korte en langere termijn. We hebben een analysekader ontwikkeld als hulpmiddel om holistisch naar de impact van IZA-maatregelen te kijken. Dit analysekader kan de komende jaren gebruikt worden om de ontwikkelingen in de toegankelijkheid van de zorg integraal te duiden vanuit het IZA. Deze inzichten zijn waardevolle input voor constructieve gesprekken over of er bijstelling nodig is op de uitvoering van het IZA.

We hebben een manier van dataverzameling en -analyse ingezet die een solide basis vormt voor vervolgreviews gedurende de komende jaren. Voor het uitvoeren van een vervolgreview is het immers belangrijk om je te baseren op dezelfde indicatoren. Pas dan is het mogelijk om uitspraken te doen over ontwikkelingen die zich in de tijd voordoen, in welke mate de beoogde resultaten worden bereikt en op basis hiervan besluiten te nemen over bijsturing, nadere prioritering en keuzes ten aanzien van de aard en mate van inzet van (aanvullende) maatregelen.

3.2 Uitwerking onderzoeksvraag in analysekader

De focus van dit onderdeel van de MTR is de toegankelijkheid van de zorg, de mate waarin het IZA bijdraagt en het verkleinen van het gat tussen vraag en aanbod van zorg. Wij hebben hiervoor diverse openbaar beschikbare bronnen doorzocht, en verschillende experts geraadpleegd. We hebben onze analyse vormgegeven aan de hand van een aantal vragen, hieronder weergegeven in een analysekader. In dit kader hebben we per onderliggende vraag uitgewerkt welke

thema's van belang zijn om te analyseren om deze vraag te beantwoorden. Zo hebben we om zicht te krijgen op verwachte ontwikkelingen in het gat tussen vraag en aanbod bijvoorbeeld de demografische ontwikkelingen onderzocht. De thema's die staan onder de vraag naar het verwachte effect van regionale acties uit het IZA op dit gat zijn de categorieën van acties die dit gat kunnen beïnvloeden. In het onderste blok van het analysekader staat de methode die we gebruikt hebben om de onderliggende vraag te beantwoorden.



Figuur 1. Analysekader

Om het analysekader goed vorm te geven en aan te scherpen, hebben we hierover overleg gehad met de werkgroep MTR, de tafel monitoring en experts van het ministerie van VWS.

Dit leidde tot een specificering van de vragen en indicatoren per thema (zie bijlage 1). Op basis van deskresearch en input vanuit de bovengenoemde stakeholders kwamen we tot de volgende te doorzoeken bronnen:

- Regio- en ROAZ-beelden;
- Regio- en ROAZ-plannen;
- Prognosemodel Zorg en Welzijn;
- Basisbeeld IZA;
- NZa-monitor toegankelijkheid van de zorg.

In bijlage 1 staat per thema weergegeven welke informatiebronnen we geanalyseerd hebben.

Oorspronkelijk waren ook de volgende bronnen geselecteerd, maar om diverse redenen waren deze niet bruikbaar voor het onderzoeksdoel:

- CBS-data was te weinig specifiek voor de onderzoeksvraag;
- Vektisdata (of de Vektismonitor) had geen actuele data beschikbaar (data die beschikbaar zijn, stammen van voor de start van het IZA);
- Data van Pensioenfondsen zijn niet openbaar beschikbaar;
- Gemeenten gebruiken de Gemeentelijke monitor sociaal domein op verschillende manieren en naar eigen inzicht. Daarom zijn de uitkomsten niet vergelijkbaar en bruikbaar voor ons onderzoek;
- Nivel paneldata is nog niet beschikbaar.

3.3 Iteratieve analyse van informatiebronnen met behulp van AI

Aan de hand van het analysekader hebben we de regio- en ROAZ-beelden en plannen doorzocht met behulp van een AI-tool, namelijk chatpdf (zie figuur 2 voor een voorbeeld). Stuk voor stuk werden de databronnen in chatpdf geüpload en bevroegd met vragen uit het analysekader. Tegelijk hebben we vier beelden en plannen ook met de hand doorzocht aan de hand van het analysekader, om zo te onderzoeken of handmatig zoeken dezelfde informatie opleverde als zoeken met de AI-tool.



Figuur 2. Voorbeeld van vragen en antwoorden met behulp van chatpdf

3.3.1 Beantwoording van de onderliggende onderzoeksvraag

De eerste onderliggende onderzoeksvraag hebben we beantwoord op basis van de regio- en de ROAZ-beelden. De informatie uit de beelden hebben we verrijkt met analyses uit landelijke databronnen (zie paragraaf 3.4).

Ieder regio- en ROAZ-beeld hebben we in chatpdf ingelezen. Vervolgens hebben we per regiobeeld vragen gesteld over de thema's uit het analysekader. Daarvoor hebben we gebruikgemaakt van de zoektermen per thema als de vraag naar een thema onvoldoende informatie opleverde. De gestelde vragen per regiobeeld (de gebruikte prompts) staan in de bijlage 2.

De resultaten van de analyses per regio hebben we in een pdf gezet en opnieuw samengevat door chatpdf twee gerichte vragen te stellen, namelijk:

- Welke ontwikkelingen worden er verwacht die van invloed zijn op de toegankelijkheid van de zorg?
- En wat is volgens deze pdf de verwachte ontwikkeling in het gat tussen vraag en aanbod van zorg?

Als deze vragen nog onvoldoende antwoord opleverden, werd een vervolgvraag gesteld:

- Welke zaken beïnvloeden het groeiend tekort aan zorgaanbod?

Om rode draden op landelijk niveau te genereren hebben we de bevindingen per regio geturfd, om zo een beeld te krijgen van welke ontwikkeling veelvuldig voorkomt en welke bevinding juist uniek voor een regio is.

3.3.2 Beantwoording van de tweede onderliggende onderzoeksvraag

De tweede onderliggende onderzoeksvraag hebben we beantwoord op basis van de regioplannen. We hebben hiervoor dezelfde methode toegepast als voor de regiobeelden:

-
- a. Elk plan hebben we ingelezen in chatpdf;
 - b. Per plan hebben we vragen gesteld over de thema's uit het analysekader;
 - c. We hebben de zoektermen per thema gebruikt als de vraag naar een thema voldoende informatie opleverde (zie bijlage 2 voor de gebruikte prompts).

Per thema hebben we de informatie over maatregelen en activiteiten uit alle regioplannen samengevat in 1 pdf. Uit deze pdf hebben we met behulp van chatpdf een landelijk beeld gedestilleerd. Dat hebben we gedaan door chatpdf onderstaande vragen te stellen:

- a. Kun je een opsomming geven van de activiteiten in dit document?
- b. Hoe verbeteren deze acties de toegankelijkheid?
- c. Kun je deze acties samenvatten in hoofdcategorieën?
- d. Welk cluster van activiteiten komt het vaakst voor in het document?
- e. Doorvragen op zoektermen als deze missen: Staan er activiteiten in het document over xxxxx?
- f. Kun je de specifieke activiteiten uit dit document samenvatten per sector en daarbij onderscheid maken in medisch-specialistische zorg (msz), geestelijke gezondheidszorg (ggz), sociaal domein, wijkverpleging, huisartsenzorg, extramurale farmaceutische zorg (efz/apothekers), multidisciplinaire zorg (mdz), Eerstelijnsverblijf (elv), Geriatrische Revalidatiezorg (grz), geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp), langdurige zorg (Wlz, ouderenzorg), acute zorg?
- g. Kun je de specifieke activiteiten uit dit document samenvatten per doelgroep en daarbij onderscheid maken tussen ouderen met kwetsbare gezondheid, mensen met psychische problemen, mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met (risico op) hart- en vaatziekten, mensen met (risico op) kanker?

Om een landelijk beeld te destilleren over de beoogde effecten van de maatregelen uit de regioplannen en focus op doelgroepen en sectoren hebben we de bevindingen per regio geturfd.

De bevindingen per ROAZ- en zorgkantorregio vanuit de beelden en plannen hebben we samengevat op een impactkaart per regio. Deze staan in bijlage 3. De landelijke beelden beschrijven we in deze rapportage.

3.4 Handmatig verder zoeken

De landelijke databronnen (Prognosemodel Zorg en Welzijn, Basisbeeld IZA, NZa-monitor toegankelijkheid van de zorg) hebben we handmatig doorzocht. Vervolgens hebben we verbanden gelegd tussen de landelijke databronnen en de bevindingen uit de regio-beelden en -plannen. We hebben de eerste bevindingen vastgelegd in een PowerPointpresentatie.

3.5 Duiden en verfijnen van de bevindingen

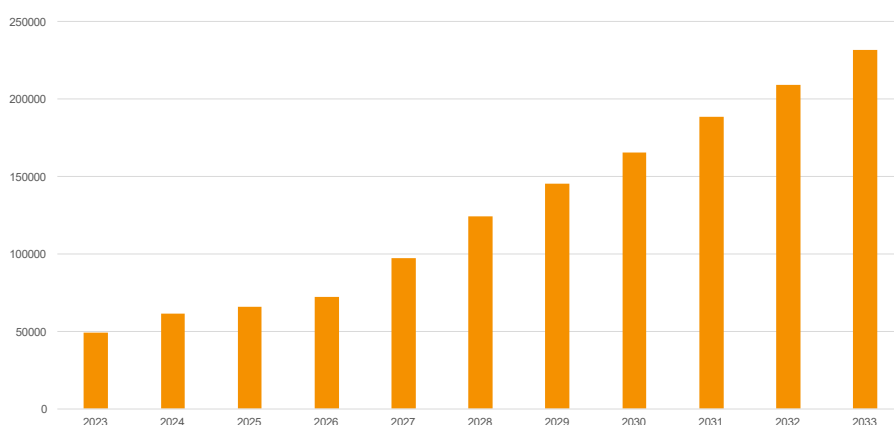
We hebben de eerste bevindingen tijdens twee aparte bijeenkomsten voorgelegd aan zorgverzekeraars en de thematafel monitoring van IZA. In deze bijeenkomsten hebben we de herkenbaarheid van de bevindingen getoetst en het antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek verkent. Omdat het nog te vroeg is om de hoofdvraag van het onderzoek (in welke mate IZA bijdraagt aan de toegankelijkheid van zorg zodat zorgverzekeraars in staat zijn om aan hun zorgplicht te voldoen) te beantwoorden hebben we in de bijeenkomsten stil gestaan bij de vraag: In welke mate geven de bevindingen vertrouwen in de bijdrage van het IZA aan het dichten van het gat tussen vraag en aanbod?

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

Om iets te kunnen zeggen over de mate waarin de acties uit het IZA bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg, is het allereerst van belang om te duiden welke ontwikkelingen in de toegankelijkheid van de zorg verwacht worden als er geen actie ondernomen zou worden. Hieronder geven we deze verwachte ontwikkeling per thema uit het analysekader weer. We hebben daarbij gekeken naar ontwikkelingen in de zorgvraag en in het zorgaanbod. In bijlage 3 staan per regio de belangrijkste ontwikkelingen weergegeven op basis van de regiobeelden. Bijlage 4 bevat figuren die de landelijke beschreven ontwikkelingen onderbouwen.

4.1 Druk op toegankelijkheid door demografische ontwikkelingen

De vergrijzing heeft impact op de toegankelijkheid van de zorg. Er is nu al een tekort aan mensen in de zorg (50.000). De voorspelling is dat deze tekorten de komende jaren oplopen tot een tekort van 231.700 mensen in 2033².



Figuur 3. Verwacht tekort aan mensen in Nederland om in de vraag naar zorg te voorzien. Bron: ABF Research

Dit tekort wordt vooral veroorzaakt door demografische ontwikkelingen. De vraag naar zorg stijgt, onder andere doordat het aantal ouderen toeneemt en daarmee ook het aantal mensen met (meerdere) chronische aandoeningen. Zo beschrijven de meeste regio- en ROAZ-beelden de ontwikkeling dat er steeds meer mensen met multimorbiditeit (meerder aandoeningen) en complexe zorgvragen komen. Tegelijkertijd neemt de beroepsbevolking in de zorg af door ontgroening, pensionering en uitstroom. Ook het aantal beschikbare mantelzorgers neemt op termijn af door de vergrijzing³ (zie bijlage 3 voor de bevindingen per regio en bijlage 4 voor de landelijke bevindingen).

4.2 Beschikbaarheid van zorgaanbod

De vraag naar zorg stijgt sneller dan het aanbod. Dit blijkt uit de verschillende regio- en ROAZ-beelden. Hierboven beschreven we al de uitstroom en pensionering van zorgpersoneel. Hoewel het beeld van tekort aan zorgpersoneel algemeen geldt, wordt in de regiobeelden en de ROAZ- beelden specifiek aandacht besteed aan de tekorten aan

² Hierbij is rekening gehouden met de gemiddelde deeltijdfactor en een minimale vacaturegraad van 1%

³ Het mantelzorgpotentieel: het aantal 50- tot 65-jarigen per 85-jarige of oudere persoon

medisch specialisten, regiebehandelaren in de ggz, huisartsen en zorgprofessionals in de langdurige zorg. Daarnaast wordt in de beelden opgemerkt dat men een dalende capaciteit aan zorg in de avonden, nachten en weekenden signaleert. Dit, terwijl door de demografische ontwikkeling de vraag naar deze zorg juist toeneemt.

De toename van de zorgvraag beperkt zich niet tot een enkele sector maar is in alle sectoren zichtbaar. Voorspellingen laten een toename in het aantal cliënten zien in de eerste lijn (huisartsenzorg en wijkverpleging, de tweede lijn (acute zorg, ziekenhuiszorg en ggz) en in de langdurige zorg. Dat betekent dat het hele ecosysteem steeds meer onder druk komt te staan.⁴

4.3 Wachtlijden als indicator voor de druk op de toegankelijkheid

In bijna alle sectoren zijn de wachttijden in de afgelopen jaren gestegen. Alleen in de medisch-specialistische zorg zijn de wachttijden redelijk stabiel gebleven. Dit betekent echter nog steeds dat de gemiddelde wachttijd voor een behandeling in het ziekenhuis regelmatig de treeknorm van 7 weken overschrijdt.

4.4 Gelijke toegang tot zorg voor alle groepen in de samenleving

Het IZA heeft als centrale opgave het waarborgen van gelijke toegang tot zorg van goede kwaliteit voor alle groepen in de samenleving. Deze gelijke toegang is niet vanzelfsprekend voor kwetsbare groepen in de samenleving zoals mensen met gezondheidsachterstanden of mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het aantal mensen dat tot een kwetsbare groep behoort, neemt de komende jaren toe (zie bijlage 4). In diverse regiobeelden worden dan ook zorgen geuit over de toegang tot zorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met een migratieachtergrond, mensen die in armoede leven en laaggeletterden.

4.5 Overeenkomsten en verschillen tussen regio's

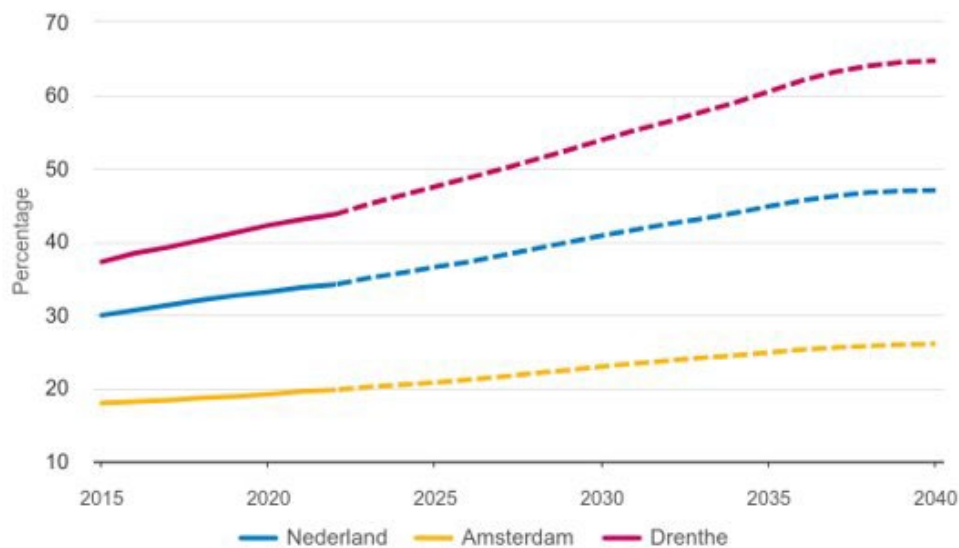
In alle regio's is er een druk op de toegankelijkheid door een stijging van de vraag naar zorg en een afname van de beroepsbevolking in de zorg. Vergrijzing wordt in alle regiobeelden als belangrijkste demografische ontwikkeling genoemd (zie tabel 2). In sommige regio's wordt dit middels demografische druk geduid, andere geven een (percentuele) toename van ouderen ten opzichte van de huidige bevolkingsopbouw (zie bijlage 3 voor de belangrijkste ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod per regio).

Onderzochte thema's	Samenvatting van belangrijkste ontwikkelingen uit regiobeelden*
Demografische ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • (dubbele) Vergrijzing • Stijging in aantal mensen met multimorbiditeit en complexiteit van de zorg (door vergrijzing) • Afname in werkenden • Afname in mantelzorgers
Beschikbaarheid van zorgaanbod	<ul style="list-style-type: none"> • Toename van schaarste door personeelskrapte, pensionering en uitstroom. • Specifieke schaarste aan medisch specialisten, regiebehandelaren, huisartsen en personeel in de langdurige zorg • Tekort aan capaciteit door toename van zorgvragen in avond, nacht en weekend en in de langdurige zorg
Wachttijden	<ul style="list-style-type: none"> • Wachttijden nemen toe • Focus op Wlz, acute zorg, ggz en verblijf voor speciale doelgroepen
Ervaringen van belanghebbenden	<i>Hierover zijn geen gegevens beschikbaar in de geselecteerde bronnen</i>
Barrières in de toegang	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgen over toegang tot zorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, migratieachtergrond, armoede

Tabel 1. Samenvatting van de belangrijkste ontwikkelingen op in het gat tussen vraag en aanbod uit de regiobeelden

⁴ Over ontwikkelingen in het sociaal domein waren geen gegevens beschikbaar in de gebruikte bronnen.

De termijn waarover de beelden rapporteren verschilt, waardoor onderlinge vergelijking op basis van de regiobeelden lastig is. Met het basisbeeld IZA is deze vergelijking wel te maken. Het landelijk beeld voorspelt dat in 2040 de verhouding tussen het aantal gepensioneerde ouderen en de beroepsbevolking bijna 50-50 wordt (zie figuur 4). We zien dat de omvang van de druk en de mate waarin deze de komende jaren toeneemt, sterkt verschilt tussen de regio's. Er zijn echter geen regio's die een tegengestelde ontwikkeling laten zien wat betreft demografie, beschikbaarheid van zorgaanbod, wachttijden of barrières in de toegang.



Figuur 4. Prognose van het aantal (gepensioneerde) ouderen ten opzichte van de beroepsbevolking. Bron: Basisbeeld IZA

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

Om zicht te krijgen op het verwachte effect van regionale acties uit het IZA op het gat tussen zorgvraag en zorgaanbod, is allereerst inzicht nodig in de acties die ondernomen worden. De regionale acties voortvloeiend uit het IZA zijn meestal nog in de planningsfase. Alle zorgkantoor- en ROAZ-regio's hebben in 2023 de belangrijkste uitdagingen in de regio in beeld gebracht en op basis van deze uitdagingen plannen gemaakt. In het analysekader hebben we samen met experts vastgesteld welke categorieën van acties effect kunnen hebben op de zorgvraag en het zorgaanbod en daarmee op de toegankelijkheid van de zorg. We hebben onderzocht welke activiteiten de regioplannen bevatten in deze categorieën. Vervolgens hebben we in kaart gebracht wat het verwachte effect is van deze maatregelen. We hebben daarbij het beoogde effect op de langere termijn en op de kortere termijn van de regio- en ROAZ-plannen in beeld gebracht.

5.1 Welke acties staan er in de regio- en ROAZ-plannen die van invloed zijn op het gat tussen zorgvraag en zorgaanbod?

5.1.1 De meeste regio's hebben acties gepland voor alle relevante categorieën

Alle regioplannen bevatten voorgenomen activiteiten of maatregelen die invloed hebben op de toegankelijkheid. De plannen bevatten een breed scala aan activiteiten, voor bijna alle categorieën van acties uit het analysekader. Alleen acties op het gebied van zorgcontractering ontbreekt in vier plannen. De regio- en ROAZ-plannen bevatten slechts in twee regio's plannen die betrekking hebben op zorgcontractering. Daarnaast bevatten zeven plannen geen activiteiten over zorg rondom en met de cliënt en vier plannen gaan niet in op preventie en voorlichting (zie tabel 1).

Categorieën van acties met invloed op het gat tussen de zorgvraag en het zorgaanbod	Aantal zorgkantoor(sub)regio's met acties ⁵ (n = 40)	Aantal ROAZ-(sub)regio's met acties ⁵ (n = 15)
Preventie en voorlichting	40	11
Zorg rondom en met de cliënt	40	8
Juiste zorg op de juiste plek	40	15
Regionale samenwerking	40	15
Digitale zorg	40	15
Meer beschikbare medewerkers	40	14
Zorgcontractering	36	2

Tabel 1. Overzicht van thema's die terugkomen in de regio- en ROAZ-plannen

5.1.2 De geplande acties verschillen in invloed op de toegankelijkheid en uitwerking

Op grond van wetenschappelijk onderzoek, onze eigen ervaringen en passages uit de regioplannen hebben we de voorgenomen activiteiten geclusterd naar manieren waarop ze invloed hebben op het gat tussen zorgvraag en zorgaanbod, namelijk door:

- De vraag naar en het gebruik van professionele zorg te verminderen (preventie en voorlichting, zorg rondom en met de cliënt, digitale zorg);

⁵ Enkele regio's hebben een plan gemaakt per subregio, daarom is het aantal geanalyseerde plannen groter dan het aantal regio's.

-
- b. De zorg efficiënter te gaan organiseren en de toegang tot lichtere vormen van zorg laagdrempeliger te maken, waardoor meer mensen gebruik kunnen maken van de beschikbare zorg (zorg rondom en met de cliënt, juiste zorg op de juiste plek, regionale samenwerking, digitale zorg, zorgcontractering, meer beschikbare medewerkers);
 - c. De afname van het aanbod aan zorg beperken door het aantal beschikbare medewerkers te vergroten (behoud en instroom van medewerkers) (zie ook Bijlage 5).

We hebben de meest voorkomende activiteiten uit de regioplannen per categorie uit het analyseplan geclusterd en gekoppeld aan de te bereiken effecten (zie bijlage 5). De meeste clusters van acties zijn gericht op het verminderen van de zorgvraag of het efficiënter maken van de zorg. De acties die te maken hebben met digitale zorg en juiste zorg op de juiste plek hebben een brede scope (verminderen van de zorgvraag en efficiëntere zorg). Het inperken van de afname van het zorgaanbod wordt alleen nagestreefd door het vergroten van het aantal beschikbare medewerkers.

Voorbeelden van passages uit de regioplannen bij deze clustering staan in bijlage 6. De activiteiten die in de regioplannen staan uitgewerkt, verschillen sterk tussen de regio's:

- Soms zijn ze specifiek, bijvoorbeeld:

- Het opzetten van Beweegzorg Noord, waar fysiotherapeuten, huisartsen, orthopeden, ziekenhuizen en zorgverzekeraars samenwerken om de zorg voor patiënten met klachten aan het bewegingsstelsel (artrose) duurzaam te verbeteren.

- Soms zijn ze algemeen, bijvoorbeeld:

- Er wordt gestreefd naar hybride zorg, waarbij zorg digitaal wordt aangeboden als het kan en fysiek als het nodig is.
- Het verlagen van administratieve lasten voor zorgprofessionals.

- Soms zijn ze procesmatig van aard, bijvoorbeeld:

- Het creëren van condities die regionale samenwerking stimuleren en versterken, het opbouwen van vertrouwen tussen verschillende organisaties en het behalen van resultaten door elkaar aan te spreken op gemaakte afspraken en het tempo van de samenwerking.
- Het uitwerken van een plan in 2024 om het lokale beweeg- en preventieaanbod in de regio IJssel-Vecht inzichtelijk te maken.

Categorieën van acties	Zorgvraag/zorggebruik verminderen	Efficiëntere zorg	Afname in zorgaanbod beperken
Preventie en voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> Bewustwording en educatie (Keten)samenwerking en infrastructuur Vroegsignalering en preventie Leefstijl als onderdeel van zorg en behandeling Bevorderen van mentale gezondheid Preventieprogramma's voor jongeren 		
Zorg rondom en met de cliënt	<ul style="list-style-type: none"> Versterken van eigen regie en zelfredzaamheid Versterken van informele zorg en netwerken Bevorderen van sociale activiteiten en gemeenschapszin 		
Juiste zorg op de juiste plek	<ul style="list-style-type: none"> Proactieve zorgplanning, afgestemd op de behoefte van de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> Keuzes maken in concentratie en spreiding van zorg Optimaliseren van spoedzorg Snellere toeleiding naar zorg dicht bij huis en passende zorg Stimuleren van samenwerking 	
Regionale samenwerking		<ul style="list-style-type: none"> Samenwerking om de beschikbare capaciteit beter te benutten Samenhangende efficiënte zorg in samenwerkingsverbanden Samenwerking in de keten bevorderen Verbetering van de samenwerking met sociaal domein 	
Digitale zorg	<ul style="list-style-type: none"> Stimuleren van zelfmanagement Verbetering van digitale vaardigheden 	<ul style="list-style-type: none"> Optimaliseren van de samenwerking tussen zorgprofessionals Ontwikkelen, implementeren en opschalen van innovaties Zorg op afstand 	
Meer beschikbare medewerkers		<ul style="list-style-type: none"> Vermindering van administratieve lasten en regeldruk Inzet van digitale middelen en innovaties 	<ul style="list-style-type: none"> Stimulering van loopbaanontwikkeling en flexibel leren Investering in vitaliteit, werkplezier en gezonde werkomgeving
Zorgcontractering		<ul style="list-style-type: none"> Regionale samenwerking en samenwerking in de keten stimuleren Streven naar efficiënte inkoop van zorg Implementeren van nieuwe vormen van zorgcontractering 	

Tabel 2. Geclusterde activiteiten per effect op het gat tussen vraag en aanbod, uit de regio- en ROAZ-plannen

5.1.3 Sector- en doelgroepspecifieke activiteiten grijpen in op onderdelen van het ecosysteem

De meeste regioplannen hebben voor vier tot zeven van de twaalf onderzochte sectoren specifieke activiteiten opgenomen. In de regioplannen van de zorgkantoorregio's gaan sectorspecifieke activiteiten het vaakst over de ggz (in 94% van de plannen). In de ggz zijn veel activiteiten gericht op het bevorderen van de mentale gezondheid (bijvoorbeeld via mentale gezondheidscentra) en op e-health-behandelingen. Naast ggz bevatten de meeste plannen van de zorgkantoorregio's activiteiten gericht op het sociaal domein, medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg, wijkverpleging en langdurige zorg. In de ROAZ-plannen is acute zorg vanzelfsprekend de meest voorkomende sector (in alle plannen). Activiteiten zijn bijvoorbeeld gericht op bewustwording (wanneer is een zorgvraag acuut en waar kan men terecht voor passende zorg?), digitale gegevensuitwisseling en samenwerking in de keten. De activiteiten in de ROAZ-plannen zijn meestal ook gericht op msz, huisartsenzorg, ggz en mdz.

In de activiteiten per sector komt vaak de samenwerking met andere sectoren terug, bijvoorbeeld *Samenwerking tussen ggz, eerstelijnszorg en sociaal domein voor mentale gezondheidsvoorzieningen* en *Intensivering van samenwerking tussen Spoedeisende Hulp (SEH), ggz Crisisdienst, en Spoedeisende Psychiatrie* (zie bijlage 7 voor de rode draden in de activiteiten per sector).

Sector	Aantal zorgkantoor(sub)regio's met acties ⁶ (n = 31)	Aantal ROAZ-(sub)regio's met acties ³ (n = 15)
Ggz (geestelijke gezondheidszorg)	94%	73%
Sociaal domein	87%	27%
Msz (medisch-specialistische zorg)	81%	87%
Huisartsenzorg	81%	80%
Wijkverpleging	74%	60%
Langdurige zorg	71%	33%
Acute zorg	61%	100%
Efz (extramurale farmaceutische zorg)	58%	13%
Mdz (multidisciplinaire zorg)	58%	73%
Elv (eerstelijnsverblijf)	42%	33%
Grz (geriatrische revalidatiezorg)	35%	7%
Gzsp (generieke zorg voor specialistische patiëntengroepen)	32%	13%

Tabel 3. Aantal regioplannen dat activiteiten per sector bevat

Van alle doelgroepen waarop IZA zich specifiek op richt worden ouderen met een kwetsbare gezondheid het vaakst specifiek benoemd in de regioplannen (in 94% van de zorgkantoorplannen en 93% van de ROAZ-plannen). Daarna volgen de mensen met psychische problemen. Activiteiten voor mensen met (risico op) hart- en vaatziekten en kanker komen in een beperkt aantal plannen voor. De meeste plannen bevatten specifieke activiteiten voor een of twee doelgroepen (zie tabel 4). De activiteiten per regio per doelgroep zijn weergegeven in bijlage 3.

Sector	Aantal zorgkantoor(sub)regio's met acties ⁷ (n = 31)	Aantal ROAZ-(sub)regio's met acties ³ (n = 15)
Ouderen met kwetsbare gezondheid	94%	93%
Mensen met psychische problemen	87%	53%

⁷ Enkele regio's hebben een plan gemaakt per subregio, daarom is het aantal geanalyseerde plannen groter dan het aantal regio's

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden	65%	13%
Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten	35%	13%
Mensen met (risico op) kanker	26%	13%

Tabel 4. Aantal regioplannen dat activiteiten per doelgroep bevat

De focus op meerdere sectoren en doelgroepen is van belang om de balans in het ecosysteem te borgen en vanuit zoveel mogelijk invalshoeken te leren wat wel en niet werkt in het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg.

5.2 Wat is het verwachte effect van de acties uit de regio- en ROAZ-plannen op het gat tussen zorgvraag en zorgaanbod?

5.2.1 De langetermijnambities zijn veelal gericht op het bevorderen van de gezondheid en beperkt gekwantificeerd

De beoogde effecten op de langere termijn zijn meestal geformuleerd als ambitie. Een aantal regio's heeft de ambitie uitgewerkt in leidende principes die richting geven aan de regioafspraken (zie Figuur 5). Alle regioplannen bevatten een ambitie om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. In de meeste regioplannen (22) is deze ambitie gericht op het verbeteren van de gezondheid van hun inwoners. De ROAZ-plannen zijn veelal gericht op het voorkomen en efficiënter organiseren van de acute zorg.



Figuur 5. Voorbeeld van leidende principes uit het regioplan van Amsterdam

Het beoogde effect van de regio- en ROAZ-plannen op de toegankelijkheid van de zorg is in veertien regioplannen gekwantificeerd. Deze regio's vertegenwoordigen samen 22% van het personeelstekort in Nederland. De wijze waarop deze regio's de doelstellingen gekwantificeerd hebben, verschilt per regio. Door deze grote verschillen tussen regio's is de vraag naar het verwachte effect van de acties uit de regioplannen niet eenduidig te beantwoorden. Enkele voorbeelden van gekwantificeerde ambities uit de regioplannen:

a. Zorgvraag/zorggebruik verminderen

- In 2040 hebben kwetsbare groepen er tien gezonde levensjaren bij gekregen;
- Het streven naar een relatieve afname van 16% van de zorgvraag van kwetsbare ouderen in de regio West-Brabant West tussen 2023 en 2028;
- 15% daling van de relatieve zorgconsumptie in de eerste lijn, ten opzichte van het huidige niveau;
- Het doel is om alle Amsterdammers gelijke kansen op goede gezondheid te bieden in 2040 en kwetsbare Amsterdammers tien extra gezonde levensjaren te geven in 2040;

- v. Streven naar een percentage Groningers dat de eigen gezondheid en kwaliteit van leven als 'goed' waardeert dat minstens even hoog is als het Nederlands gemiddelde tegen eind 2027;
 - vi. In 2040 hebben inwoners van Friesland de hoogste (ervaren) gezondheid en welbevinden van Europa.
- b. Efficiëntere zorg en laagdrempelige toegang tot lichtere vormen van zorg**
- i. Minimaal 80% van de patiënten die acute ggz-zorg nodig hebben, moet direct op de juiste plek terechtkomen in 2033;
 - ii. Afname van 30% van de zorgmomenten thuis als gevolg van digitale hulpmiddelen.
 - iii. Percentage reductie opnameduur doelgroep 75+: 5%;
 - iv. Concrete vermindering van fysieke zorg met ongeveer 10% binnen 3 jaar;
 - v. Het doel om in 2030 het aantal 75-plussers dat gebruikmaakt van de acute zorg in regio West stabiel te houden ten opzichte van 2022 door ketenoverstijgende samenwerking.
- c. Afname in zorgaanbod beperken**
- i. In 2033 is het tekort in personeel in de regio minder ver opgelopen dan de nu verwachte tekorten van 1.500 medewerkers;
 - ii. We gaan op een andere (samen)manier werken, zodat in 2027 het huidige personeelstekort van niet verder is gestegen dan het huidige tekort van 2.000 arbeidsplaatsen;
 - iii. Het inlopen van het (toekomstige) personeelstekort van 7.500 medewerkers in de zorg- en welzijnssector in Zeeland tegen 2030;
 - iv. In 2027 is de uitstroom van personeel in het eerste jaar afgenomen t.o.v. het huidige percentage van 19%.

5.2.2 De meeste regio- en ROAZ-plannen bevatten kwalitatieve doelstellingen

De beoogde effecten op de kortere termijn staan in de regioplannen meestal weergegeven als de na te streven doelstellingen. De doelen die de regio's nastreven met acties gericht op de toegankelijkheid zijn zoals gezegd in een beperkt aantal regio's gekwantificeerd. De meeste regioplannen bevatten wel concrete kwalitatieve doelen (zie kader). Nagenoeg alle regioplannen bevatten het voornemen om in 2024 (meestal in de eerste helft) te gaan concretiseren, vaak gekoppeld aan een monitoringsplan.

Voorbeelden van kwalitatieve doelen:

- a. We voorkomen (her)instroom in het medisch domein door gezamenlijk te focussen op gezondheid in plaats van zorg. En op het inzetten van werkende initiatieven in samenhang met het sociaal en medisch domein en organisaties daarbuiten (bijvoorbeeld onderwijs, woningcorporaties).
- b. Een structurele, integrale samenwerking tussen ruimtelijk domein en zorg- en welzijnsdomein(en), zodat de leefomgeving de gezondheid van inwoners ondersteunt en stimuleert en daarmee zorgvraag voorkomt.

Voorbeelden van kwantitatieve doelen:

- a. Verminderen van het ziekteverzuim met minimaal 10%.
- b. Streven naar 84% van de Amsterdammers die niet roken, 60% die voldoet aan de beweegnorm en 40% die voldoet aan de groentenorm.
- c. Hybride zorgpaden beschikbaar maken voor minimaal 50% van de patiëntenpopulatie.
- d. Administratieve lasten met 5% te verminderen.

Enkele regio's hebben in hun plannen vanuit een gekwantificeerde langetermijnambitie oplossingen geprioriteerd en een kwantitatieve inschatting gemaakt van de bijdrage van de oplossingen aan het bereiken van deze ambitie (zie onderstaande figuren). Deze voorbeelden laten het belang van een koppeling tussen een langetermijnambitie en korteretermijndoelen zien. Het is onzeker of de doelen zo uitpakken als gepland, maar door de richting helder te hebben en deze te monitoren, kan duidelijk worden wanneer bijsturing nodig is en kunnen successen gemarkeerd worden.

Regio-opgaven: prioritaire opgaven

De gezamenlijke beweging versterken we door aan de hand van de vijf thema's uit het regiobeeld onze prioritaire opgaven vorm te geven

Het 'Huis van Midden-Brabant'

Onze gedeelde visie op zorg en welzijn

We maken gezamenlijk de beweging van zorg en ziekte naar gezondheid, preventie en welzijn

Urgentie t.b.v. deze gezamenlijke beweging

Stijgende zorgvraag en krappe arbeidsmarkt zetten de toegankelijkheid van de zorg en daarmee ook de kwaliteit onder druk. Dit vraagt om de gezamenlijke beweging

Belangrijkste opgaven/thema's waarop we in beweging moeten komen



Opgelösungen pakken de opgaven aan en maken de beweging mogelijk

De activiteiten/oplossingen om deze opgaven aan te pakken zijn deels opgave-specifiek en deels opgave-overstijgend en voldoen aan: **i) gezond blijven en voorkomen van zorg, ii) passende zorg en ondersteuning en iii) slimmer (samen)werken**

Het regiobeeld Midden-Brabant

28

Regio-opgaven: prioritaire opgaven

De prioritaire opgaven richten zich op de belangrijkste knelpunten uit de regio

Prioritaire opgaven regioplan

Leefstijl en leefomgeving	We hebben een gezonde leefomgeving met sterke sociale gemeenschappen waarin we omkijken naar elkaar en waarin gezondheid en vitaliteit worden gestimuleerd zodat we de kansen op een gezonde leefstijl vergroten.
Gezond en veilig opgroeien	We groeien op in een gezonde en veilige leefomgeving waardoor we gelijke kansen hebben om onszelf te ontwikkelen en minder lichamelijke en psychische klachten en andere kwetsbaarheden ervaren.
Mentale gezondheid	We zijn mentaal gezond en weerbaar en doen voor psychische klachten alleen wanneer dat nodig is een beroep op ondersteuning en zorg die tijdig toegankelijk is omdat deze vanuit alle domeinen goed en samenhangend georganiseerd is.
Chronische zorgvraag	We zijn in staat om zo dicht mogelijk bij huis eigen regie te voeren over onze chronische aandoeningen en doen alleen wanneer dat nodig is een beroep op passende ondersteuning bij hulpvragen en passende zorg bij zorgvragen.
(Kwetsbare) ouderen, nu en straks	We wonen wanneer we ouder worden zo lang mogelijk actief en veilig thuis , zijn samen met onze naasten zelfredzaam en doen alleen wanneer dat nodig is een beroep op passende ondersteuning bij hulpvragen en passende zorg bij zorgvragen.

Het regiobeeld Midden-Brabant

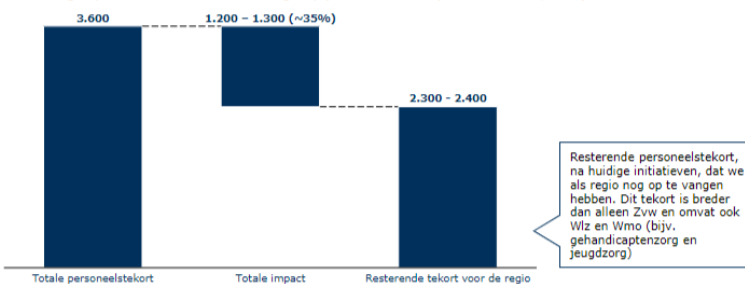
29

Regio-afspraken: oplossingsrichtingen

De opgave op toegankelijkheid is echter zo groot dat we het samen met de inwoner écht anders moeten organiseren

Schatting impact bestaande initiatieven regio op personeelstekort (# medewerkers, 2032)¹⁾

ILLUSTRATIEF



¹⁾ Zie toelichting in appendix het regiobeeld Midden-Brabant

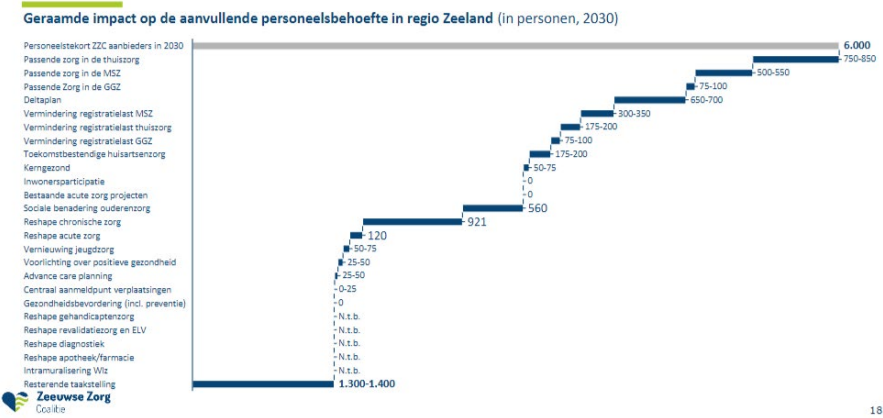
38

Figuur 6. Voorbeeld 1 van koppeling tussen de beoogde impact op de langeretermijn- en de korteretermijnoplossingen, Regioplan Midden Brabant

De ZKC pakt het personeelstekort aan met een integraal en regionaal regioplan dat aan de quadruple aim voldoet



Er zijn in Zeeland 20+ thema's gedefinieerd waarmee het personeelstekort in 2030 grotendeels kan worden gedicht



Figuur 7. Voorbeeld 2 van koppeling tussen de beoogde impact op de langeretermijn- en de korteretermijnoplossingen, Regioplan Zeeland

5.3 Reflectie op de regio- en ROAZ-plannen vanuit transitieperspectief

Het IZA beoogt een transitie van de zorgsector om deze toekomstbestendig te maken. Een transitie is een schoksgewijze, onvoorspelbare systeemverandering waarmee we bouwen aan een gewenste toekomst. Deze verandering in bestaande systemen, structuren en culturen vraagt tijd, flexibiliteit en kunnen omgaan met onzekerheid. De route van A naar B ligt niet vast. Een transitie vraagt om een specifieke aanpak, passend bij de onvoorspelbaarheid en lange termijn focus. Daarom hebben we de regioplannen getoetst aan de volgende werkzame elementen van transities:

- Het definiëren van de gewenste toekomst of een ambitie en vandaaruit terug redeneren naar wat er vandaag nodig is om naar de ambitie toe te bewegen (backcasting);
- Het aanbrengen van focus;
- Het afbouwen van activiteiten die niet passen bij de nieuwe werkelijkheid;
- Een helder veranderverhaal dat bijdraagt aan een gedeeld gevoel van noodzaak en gelijk gerichtheid;
- Het aan elkaar verbinden van vergelijkbare initiatieven;
- Het wegnemen van belemmeringen.

Als we vanuit die bril naar de activiteiten uit de regioplannen kijken, valt het volgende op:

- Alle regioplannen bevatten een ambitie voor de langere termijn en doelstellingen voor de kortere termijn. Deze is meestal niet gekwantificeerd. Het kwantificeren van de ambitie draagt bij aan het helder maken van de omvang van de opgave en de impact die acties moeten hebben om de knelpunten op te lossen.
- Veel regioplannen bevatten een stevig aantal acties zonder een duidelijke prioritering.

-
- c. Geplande activiteiten gericht op het afbouwen van zorgaanbod hebben we beperkt teruggevonden. Een aantal regioplannen bevat een aanzet voor activiteiten die gericht zijn op het aanbrengen van focus in het zorgaanbod, bijvoorbeeld:
- Er wordt gefocust op het maken van proactieve keuzes voor zowel complexe als niet-complexe zorg om middelen en expertise efficiënt toe te wijzen waar ze het meest nodig zijn.
- d. Enkele regio's besteden in hun plan aandacht aan het betrekken van burgers bij het zorgvraagstuk en het uitdragen van het veranderverhaal, bijvoorbeeld:
- Stadsdialogen in drie gemeenten om het gesprek aan te gaan met inwoners over veranderingen in de zorg en oplossingen die zij zien;
 - Betrekken van burgers bij het zorgvraagstuk en stimuleren van bewustwording over beschikbare zorgmiddelen.
- e. Het IZA geeft ruimte aan regio's om te experimenteren en bevordert samenwerking om effectieve strategieën te ontwikkelen (doen, leren, verbeteren). Monitoring is cruciaal om het transitieproces, tussenliggende doelen en langetermijneffecten te volgen. De regioplannen kunnen dienen als een informatiebron om vergelijkbare experimenten of activiteiten in kaart te brengen en tussen verschillende regio's te verbinden. Door coalities te vormen op deze manier, kan de transitie versneld worden.
- f. Verschillende regioplannen bevatten een overzicht van landelijke randvoorwaarden voor het realiseren van hun plannen, bijvoorbeeld:
- Het wegnemen van perverse prikkels in de financiering en het strak sturen op standaardiseren en vereenvoudigen van gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid.
- Landelijke regie op het invullen van deze randvoorwaarden draagt bij aan de voortgang van de beweging. Tijdens de uitvoering van de plannen zullen er nieuwe obstakels bijkomen. Het is belangrijk om deze te identificeren en waar mogelijk weg te nemen.

6 Is de beschikbare broninformatie voldoende om de hoofdvraag te beantwoorden?

De derde onderliggende vraag in deze review is of de beschikbare broninformatie voldoende is om de hoofdvraag, in welke mate de acties uit het IZA bijdragen aan de toegankelijkheid, te beantwoorden. Dit is belangrijk voor zowel de mogelijkheid om naar aanleiding van deze review te kunnen bijsturen, alsook voor de mogelijkheid om op eenzelfde wijze in de toekomst de voortgang en de effecten van het IZA te kunnen monitoren.

6.1 Beantwoording eerste onderliggende vraag

Om de eerste onderliggende vraag, namelijk welke ontwikkelingen zonder interventies vanuit het IZA worden verwacht, te beantwoorden, hebben we gebruikgemaakt van de regio- en ROAZ-beelden en de landelijke databronnen. We zien dat de landelijke databronnen het beste inzicht geven in de kwantitatieve informatie over de ontwikkelingen op het gebied van demografie, beschikbaarheid van zorgaanbod en wachttijden. Deze kwantitatieve informatie kwam deels ook terug in de regiobeelden, maar de verschillen in de manier van rapporteren maakt dat de regiobeelden onderling niet goed te vergelijken zijn. We zien dat de regiobeelden en ROAZ-beelden veel meer de kwalitatieve duiding over de ontwikkelingen, en wat dat in de praktijk voor de regio betekent, beschrijven. Daarnaast gaan de regiobeelden op kwalitatieve wijze in op de mogelijke barrières tot toegang, daar waar de landelijke bronnen daar weinig informatie over geven. Over ervaringen van belanghebbenden, met andere woorden, wat ervaren inwoners van de regio's nu zelf aan ontwikkelingen in de toegang tot zorg, wordt in de regiobeelden nauwelijks gerapporteerd.

Dit maakt dat de vraag over welke ontwikkelingen zonder interventies vanuit het IZA worden verwacht grotendeels beantwoord kan worden door de landelijke databronnen, met name basisbeeld IZA. De duiding van de cijfers, en een beschrijving van de barrières in de toegang, kan aanvullend uit de regiobeelden worden gehaald. Een punt van aandacht zijn ontwikkelingen in het gat tussen vraag en aanbod in het sociaal domein. Hierover hebben we in de beschikbare bronnen geen informatie gevonden.

6.2 Beantwoording tweede onderliggende vraag

Om de tweede onderliggende vraag, wat het verwachte effect is van de acties uit het IZA op het gat tussen vraag en aanbod in zorg, hebben we gebruikgemaakt van de regio- en ROAZ-plannen. Hierin zien we dat er veel acties worden beschreven die goed aansluiten op de in de regiobeelden benoemde knelpunten. Er worden speerpunten genoemd en er is kwalitatieve informatie beschikbaar over de voorgenomen interventies. Het gaat in de regioplannen met name over hoe men het gat tussen vraag en aanbod wil dichten, en minder over de mate van het verwachte effect. Er zijn elf regio's die doelstellingen hebben gekwantificeerd zoals het terugdringen van het verzuimpercentage met 10% of het streven naar 60% van de inwoners die aan de beweegnorm voldoet. Ook zijn er veertien regio's die de beoogde impact van een maatregel of interventie hebben gekwantificeerd, zoals een toename van productieve uren van zorgprofessionals met 10%, of een daling van de fysieke zorg in de regio met 10% in de komende drie jaar. Op enkele regio's na vindt er in regioplannen geen verdere doorrekening plaats over hoe de verschillende opgesomde activiteiten in gezamenlijkheid bijdragen aan het verkleinen van het gat tussen de vraag en het aanbod van zorg. Uitzonderingen zijn bijvoorbeeld de zorgkantorregio's Zeeland en Midden Brabant waarbij een prognose is gemaakt van het verwachte effect van alle benoemde maatregelen op het benodigde zorgpersoneel.

Dit maakt dat het gekwantificeerde verwachte effect van de acties uit het IZA op dit moment niet uit de regioplannen en ROAZ-plannen op te maken valt. Wel zijn de plannen een belangrijke bron om te kunnen duiden of de acties uit het IZA passen bij de ontwikkelingen waarop zij moeten ingrijpen. Ook wordt in verschillende plannen opgemerkt dat er in 2024 wel gewerkt gaat worden aan concretisering en kwantificering van de acties en effecten.

6.3 Beantwoording van de hoofdvraag

Uit de beantwoording van de onderliggende vragen wordt duidelijk dat de hoofdvraag, in welke mate draagt het IZA bij aan de toegankelijkheid van de zorg, zodat zorgverzekeraars aan hun zorgplicht kunnen voldoen, ten dele beantwoord kan worden met de toegepaste methode en databronnen (zie tabel 5 voor de bijdrage per gebruikte databron aan de review).

Met deze review is een beeld verkregen van de knelpunten in toegankelijkheid, en de wijze waarop verschillende regio's bezig zijn en gaan met het aanpakken van die knelpunten. In dit onderzoek waren de regio- en ROAZ-plannen voor de aanpak van de knelpunten de meest actuele beschikbare informatiebronnen. In de toekomst kunnen daarvoor de nu in ontwikkeling zijnde regionale werkplannen en transformatieplannen benut worden. De exacte mate, in de kwantitatieve zin van het woord, waarin de interventies bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg, kan vanuit de voor deze review beschikbare databronnen niet worden vastgesteld. We verwachten dat wanneer de interventies in de praktijk zijn gebracht de landelijke databronnen geschikt zijn om inzicht te krijgen in de langeretermijneffecten. De regiobeelden zijn grotendeels op deze landelijke bronnen gebaseerd maar zijn lastiger te onderzoeken doordat ze verschillende keuzes gemaakt hebben in weergave en termijnen voor voorspellingen.

Databron	Bijdrage aan review
Regio- en ROAZ-beelden	Voldoende kwalitatieve informatie en duiding over ontwikkelingen, maar op de cijfers over de vergrijzing na weinig kwantificering en prognoses
NZa-monitor toegankelijkheid van de zorg	Relevante informatie over trends in wachttijden per sector
Prognosemodel AZW	Gegevens over trends in vraag en aanbod naar arbeid
Basisbeeld IZA	Veel informatie over demografische ontwikkelingen, vraag naar zorg en specifieke doelgroepen
Dashboard arbeidsmarkt CBS	Geen aanvullende informatie
Regio- en ROAZ-plannen	Informatie over speerpunten uit regiobeelden en kwalitatieve informatie voorgenomen activiteiten. Beperkte kwantificering van voorgenomen effecten.

Tabel 5. Bijdrage aan review per gebruikte databron

7 In welke mate draagt het IZA bij aan de toegankelijkheid van de zorg, zodat zorgverzekeraars in staat zijn om aan hun zorgplicht te voldoen?

Alle regio's lijken de belangrijkste knelpunten voor toegankelijkheid van de zorg, zoals die ook uit de landelijke cijfers blijken, goed in beeld te hebben. In de regioplannen staat een breed scala aan voorgenomen interventies, die passen bij de in de regio- en ROAZ-beelden geconstateerde knelpunten in de toegankelijkheid van de zorg. De plannen zijn tot stand gekomen in samenwerking tussen vele partijen op basis van per regio geprioriteerde opgaven. Hieruit leiden we af dat de beweging die het IZA beoogt om de zorg toekomstbestendig te maken op gang gekomen is. De interventies zijn tegelijk vaak nog weinig concreet en het beoogde effect van interventies ontbreekt in veel regioplannen. Daardoor is de invloed op de toegankelijkheid nog onvoldoende duidelijk.

Om de bevindingen uit dit onderdeel van de MTR van het IZA te kunnen duiden, is het goed om bewust te zijn van de context waarin we de hoofdvraag stellen:

- a. **Er is geen vastomlijnd pakket van maatregelen** met effecten op de toegankelijkheid. Het IZA bevat een breed scala aan afspraken die deels landelijk en deels in de regio's vorm krijgen. Deze wijze waarop de regio's invulling geven aan de afspraken verschilt per regio. Dit maakt het lastig om de effecten op een uniforme manier te onderzoeken.
- b. **De IZA-maatregelen voltrekken zich in een ecosysteem** van zorg en welzijn waarin alle onderdelen met elkaar samenhangen. Het IZA is erop gericht om een beweging in dit ecosysteem op gang te brengen. Het samenspel tussen alle landelijke en regionale activiteiten samen bepaalt uiteindelijk het effect van het IZA op toegankelijkheid. Daarbij zijn de IZA -maatregelen niet de enige maatregelen die de beweging op gang brengen en versterken. Er is dan ook geen directe oorzaak-gevolg relatie de IZA-maatregelen en de toegankelijkheid van zorg.
- c. **De effecten van de IZA-maatregelen zijn nog niet uitgekristalliseerd** omdat veel van de maatregelen zich nog in de planningsfase bevinden. Het kost tijd om de benodigde ingrijpende veranderingen in bestaande systemen, structuren en culturen door te voeren. Op dit moment is het IZA bijna anderhalf jaar oud. Er zijn veel samenwerkingen opgestart en geïntensiveerd en de regio- en ROAZ-plannen zijn net klaar. Dit zijn belangrijke stappen in de beginfase van de transitie maar daardoor is het nog te vroeg om de effecten van de IZA-maatregelen op toegankelijkheid van zorg in dit ecosysteem in kaart te brengen.

Het IZA is erop gericht om een beweging in het totale ecosysteem op gang te brengen, middels allerlei grote en kleine acties in verschillende deelgebieden. Dat die beweging op gang is gekomen, blijkt uit de bevindingen uit deze review. Hoe groot die beweging al is, en of die beweging binnen de gewenste termijn zal leiden tot de benodigde transitie, is op dit moment nog niet te voorspellen.

Is het glas half leeg of half vol? Doordat de activiteiten vanuit IZA grotendeels nog in de fase van planvorming zijn, zijn effecten van deze activiteiten nog niet zichtbaar. Daarom weten we niet in welke mate de IZA-maatregelen in de regio's gaan bijdragen aan de toegankelijkheid. Tegelijkertijd zijn er signalen die aannemelijk maken dat IZA effect gaat hebben:

- a. In alle regio's is helder waar de belangrijkste knelpunten zitten.

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

Eerste stappen, passend bij deze fase van de transitie van de zorgsector. Om er voor te zorgen dat IZA daadwerkelijk gaat werken zijn vervolgstappen nodig. Op basis van de bevindingen uit deze MTR en onze kennis van transities, adviseren wij om te investeren in vijf punten om de noodzakelijke beweging verder de brengen:

- a. Het aanbrengen van concretisering en focus. De meeste plannen bevatten passages waarin staat dat concretisering in de eerste helft van 2024 volgt. Naar ons idee is naast concretisering ook focus nodig. Op dit moment bevatten de plannen nog een waaier aan oplossingsrichtingen, te veel om allemaal tegelijk op te pakken. Mooie voorbeelden van concretisering en focus bevatten de regioplannen van Zeeland en Midden Brabant. Zij hebben een inschatting gemaakt van de wijze waarop de geplande activiteiten moeten gaan bijdragen aan meer toegankelijke zorg. Dit geeft richting voor de kortere en langere termijn, maakt het mogelijk tijdig bij te sturen als een activiteit niet het gewenste effect heeft en successen te vieren.
- b. Proactieve keuzes maken in het afbouwen van activiteiten. Het hele zorgstelsel werkt toe naar een nieuwe werkelijkheid dat betekent niet alleen dingen anders gaan doen maar ook dingen niet meer doen. In de regioplannen zagen we beperkt activiteiten terug gericht op het afbouwen of afschalen van activiteiten.
- c. Het breed uitdragen van het veranderhaal. In de transitie van de zorg is iedereen nodig. Om iedereen mee te krijgen in de beweging is het belangrijk dat er een gedeeld begrip is van waarom de verandering nodig is, en waar we met elkaar naar toe bewegen.
- d. Het aan elkaar verbinden van vergelijkbare initiatieven in verschillende regio's. Coalities kunnen van elkaar leren en de beweging versnellen en verbreden. Goede werkende initiatieven in meerdere regio's kunnen opgeschaald worden.
- e. Het invullen van landelijke randvoorwaarden. Verschillende regio-plannen bevatten een overzicht van landelijke randvoorwaarden voor het realiseren van hun plannen. Landelijke regie op het invullen van deze randvoorwaarden draagt bij aan de voortgang van de beweging. Tijdens de uitvoering van de plannen zullen er nieuwe obstakels bijkomen. Het is belangrijk om deze te identificeren en waar mogelijk weg te nemen.

8 Hoe verder met monitoring van de bijdrage van IZA aan de toegankelijkheid?

Het doel van dit onderzoek, als onderdeel van de MTR van het IZA, was het onderzoeken of het aannemelijk is dat de in de regio's geplande IZA-maatregelen positief gaan bijdragen aan de toegankelijkheid. In het vorige hoofdstuk stelden we vast dat er een duidelijke beweging zichtbaar is, maar dat de grootte van de te verwachte effecten nog onduidelijk is. Enerzijds is dit passend bij de transitie die gemaakt moet worden binnen het ecosysteem van de zorg. Anderzijds bleek uit de terugkoppeling sessies over de resultaten van dit onderzoek een breed gedragen behoefte aan meer zicht op de effecten van het IZA, en de noodzaak om al dan niet bij te sturen.

De bevindingen uit dit rapport laten zien dat het meten en sturen aan de hand van de regionale bronnen op dit moment bemoeilijkt wordt doordat hierin weinig concretisering en kwantificering plaatsvindt. Hoewel de geringe mate van kwantificering en concretisering passend is bij de fase van de transitie waar de regio's inzitten, noopt het ook tot enige zorgen over de voortgang en de tijdigheid van de te nemen interventies. Het valt op dat in weinig tot geen regioplannen duidelijke keuzes worden gemaakt over afbouwen of afbakenen van zorgaanbod, terwijl het in de lijn der verwachting ligt dat dit op enig moment wel nodig gaat zijn. Tegelijk zijn de regioplannen een enorme bron van kwalitatieve informatie over hoe een regio aan de slag is, of aan de slag wil gaan, met de voorliggende uitdagingen. Daarom adviseren wij om dit rapport, inclusief de bevindingen per regio, aan de verschillende IZA-thematafels te bespreken. Gezamenlijk kunnen verbanden getrokken worden over de onderwerpen waarbij verschillende regio's dezelfde dingen doen, of waar regio's juist afwijken of voorop lopen. Door dat beeld duidelijk te krijgen, kunnen beslissingen over welke zorg waar moet worden ondersteund en uitgebouwd, of juist worden afgeschaald, beter genomen worden.

Het ligt daarom ook voor de hand om de regionale bronnen te blijven gebruiken om zicht te houden op hoe er gewerkt wordt aan de toegankelijkheid van de zorg. In dit onderzoek waren de regio- en ROAZ-plannen de meest actuele beschikbare regionale databronnen. In de toekomst kunnen daarvoor de nu in ontwikkeling zijnde regionale werkplannen en transformatieplannen benut worden. In deze review zagen we dat de informatie uit de regiobeelden grotendeels overeenkomt met de informatie uit de landelijke bronnen, zoals het Basisbeeld IZA en het Prognosemodel ASW, en dat de regiobeelden veelal op die bronnen gebaseerd zijn. Voor een kwantitatieve duiding van de ontwikkelingen ligt het dus meer voor de hand om de landelijke monitoringsbronnen te gebruiken. Doordat deze cijfers op landelijk niveau en regionaal niveau zichtbaar zijn, kan een mogelijke trendbreuk in bijvoorbeeld wachttijden en zorggebruik te zijner tijd goed worden waargenomen.

Bijlagen

- Bijlage 1: specificering van de vragen en indicatoren per thema uit het analysekader
- Bijlage 2: gebruikte prompts voor de analyse van de regio- en ROAZ-beelden en -plannen
- Bijlage 3: impactkaart per regio
- Bijlage 4: landelijke ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod
- Bijlage 5: samenvatting van de belangrijkste activiteiten en de verwachte effecten uit de regio- en ROAZ-plannen
- Bijlage 6: samenvatting van geplande activiteiten die de zorgvraag en het zorgaanbod beïnvloeden
- Bijlage 7: rode draden in activiteiten per sector

Bijlage 1: specificering van de vragen en indicatoren per thema uit het analysekader

Analysekader: uitwerking van de te analyseren thema's bij subvraag 1 (Wat zijn de verwachte ontwikkelingen in het gat tussen vraag en aanbod?)

Te analyseren thema's	Indicatoren/zoektermen	Te gebruiken databronnen
Demografische ontwikkelingen	Ontwikkelingen in de verhouding tussen het aantal ouderen en het aantal werkenden, het aantal chronische ziekten en het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit)	Regio-beelden zorgkantoorregio's en ROAZ Prognosemodel AZW Basisbeeld IZA ('RIVM basisbeeld') Dashboard arbeidsmarkt CBS
Wachttijden	Ontwikkelingen in wachttijden voor planbare zorg en acute zorg (of urgente zorg, kritiek planbare zorg), benutting van beschikbare capaciteit van de planbare zorg, verzekerden die niet slaan ingeschreven bij een huisartsenpraktijk	Regio-beelden zorgkantoorregio's en ROAZ Nza-monitor toegankelijkheid van zorg
Beschikbaarheid van zorgaanbod	Ontwikkelingen in beschikbaarheid van voldoende passend aanbod (of passende zorg), gevarieerd aanbod, kwaliteit van het aanbod, verwachte uitstroom van zorgmedewerkers (in het bijzonder huisartsen), bijvoorbeeld door het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, beschikbaar zorgaanbod voor de vijf focusgroepen van het IZA: mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met psychische problematiek, mensen met (risico op) hart- en vaatziekten, mensen met (risico op) kanker, ouderen met kwetsbare gezondheid	Regio-beelden zorgkantoorregio's en ROAZ Prognosemodel AZW
Ervaringen van belanghebbenden	Ontwikkelingen in ervaren toegang tot zorg die ze nodig hebben, kwaliteit van zorg, informatievoorziening, wachttijden, keuzemogelijkheden	Panel onderzoek Nivel (nog niet beschikbaar)
Barrières in de toegang	Ontwikkelingen in gelijke toegang voor iedereen, wegnemen van hindernissen en obstakels in de toegang, toegang voor kwetsbare groepen (zoals mensen met een lage sociaal economische status (SES), sociaal economische positie, inkomen), mensen met een migratieachtergrond en mensen met een beperking, mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden), nabijheid en spreiding van zorg (reistijden voor cliënten), keuzevrijheid, complexiteit van aanvraagprocedures, gelijke behandeling	Regio-beelden zorgkantoorregio's en ROAZ

Te onderscheiden zorgsectoren: medisch-specialistische zorg (MSZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ), wijkverpleging, huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg (MDZ), Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP), langdurige zorg (Wlz, ouderenzorg), sociaal

Analysekader: Uitwerking van de te analyseren thema's bij subvraag 2 (Wat is het verwachte effect van de regionale acties uit het IZA op dit gat?)

Te analyseren thema's/categorieën van acties	Indicatoren/zoektermen	Te gebruiken databronnen
Preventie en voorlichting	Bevorderen van (mentale) gezondheid, stimuleren van een gezonde leefstijl als onderdeel van de behandeling (leefstijl geneeskunde, welzijn op recept), versterken van gezondheidsvaardigheden, aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden, gezonde leefomgeving, stimuleren van mentale gezondheidscentra, aanpak van armoede, preventie en voorlichting voor de vijf focusgroepen van het IZA*	Regio-plannen zorgkantoorregio's en ROAZ
Zorg rondom en met de cliënt	Versterken van de eigen regio, versterken van eigen netwerk (informele zorg), versterken van sociale activiteiten, persoonlijke zingeving, gepaste inzet van welzijnsinterventies, samen beslissen, aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden, zorg rondom en met de cliënt voor de vijf focusgroepen van het IZA*	Regio-plannen zorgkantoorregio's en ROAZ
Juiste zorg op de juiste plek	Passende zorg, toekomstbestendige zorg, dichtbij huis/verder weg als nodig, differentiatie/specialisatie/concentratie/spreading op basis van kwaliteit en volumennormen, verbeteren van de triage, snellere toeleiding naar passende hulp, juiste zorg op de juiste plek voor de vijf focusgroepen van het IZA*	Regio-plannen zorgkantoorregio's en ROAZ
Regionale samenwerking	Korte lijnen met sociaal domein, samenhangende zorg in samenwerkingsverbanden (regionale netwerkvorming), verminderen van de druk op de acute zorg, zorgcoördinatie, afstemming tussen zorgaanbieders, betere inzet van beschikbare capaciteit, optimaal benutten van de infrastructuur samenwerken aan innovatie, regionale samenwerking voor de vijf focusgroepen van het IZA*	Regio-plannen zorgkantoorregio's en ROAZ
Digitale zorg	Meer inzet van digitale middelen (zorgtechnologie, digitale innovatie/transformatie, domotica), zorg op afstand, meer inzet van integrale E-health behandelingen, opschaling en toepassing van hybride zorg, inzet van digitale zorg als preventie, overbruggingszorg en vervanging van reguliere zorg, (elektronische) gegevensuitwisseling en persoonlijke gezondheidsomgeving	Regio-plannen zorgkantoorregio's en ROAZ
Meer beschikbare medewerkers (benutten, behoud en instroom)	Vergroten van werkplezier, verlagen van ziekteverzuim, aanpakken van regekdruk, bevorderen van vitaliteit, arbeidsvoorwaarden, beleid rondom ervaringsdeskundigen en zijinstromers, opleiden van medewerkers, leren & ontwikkelen, inzetten van groepsinterventies (van individueel naar collectief), opschalen en toepassen van (arbeidsbesparende) sociale innovaties, afbouw van niet passende zorg, verkorten van de behandelduur	Regio-plannen zorgkantoorregio's en ROAZ
Zorgcontractering	Gelijkgerichtheid, meerjarensafspraken, verminderen van administratieve lasten, stimuleren van passende zorg in contractering, inkoop en doelmatigheid, regionale samenwerking	Regio-plannen zorgkantoorregio's en ROAZ

Te onderscheiden zorgsectoren: medisch-specialistische zorg (MSZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ), wijkverpleging, huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg (MDZ), Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP), langdurige zorg (Wlz, ouderenzorg), sociaal domein en extramurale farmaceutische zorg (EFZ/apothekers)

* Vijf focusdoelgroepen van IZA: mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met psychische problematiek, mensen met (risico op) hart - en vaatziekten, mensen met (risico op) kanker, ouderen met kwetsbare gezondheid

Bijlage 2: gebruikte prompts voor de analyse van de regio- en ROAZ-beelden en -plannen

Prompts voor in beeld brengen van de te verwachten ontwikkelingen in het gat tussen vraag en aanbod vanuit de regio- en ROAZ-beelden (subvraag 1):

- a. Wat zijn de verwachte demografische ontwikkelingen?
- b. Wat zijn de verwachte ontwikkelingen in wachttijden?
- c. Wat zijn de verwachte ontwikkelingen in beschikbare zorgaanbod?
- d. Wat zijn de verwachte ontwikkelingen voor gelijke beschikbaarheid van zorg voor iedereen? Bijvoorbeeld als je kijkt naar kwetsbare groepen?

Prompts voor het in beeld brengen van de acties uit de regio- en ROAZ-plannen om de toegankelijkheid te beïnvloeden (subvraag o2):

- a. Wat wordt er in dit document gezegd over de activiteiten om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren op het gebied van preventie en voorlichting?
- b. Welke activiteiten worden er in dit document genoemd om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren op het gebied van zorg rondom en met de cliënt?
- c. Welke activiteiten worden er in dit document genoemd om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren?
- d. Welke activiteiten worden er in dit document genoemd op het gebied van regionale samenwerking?
- e. Welke activiteiten worden er in dit document genoemd om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren door de inzet van digitale zorg?
- f. Welke activiteiten worden er in dit document genoemd om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren door behoud en instroom van zorgprofessionals/medewerkers?
- g. Welke activiteiten worden er in dit document genoemd om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren door nieuwe vormen van zorgcontractering?
- h. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op medisch-specialistische zorg (msz)?
- i. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op geestelijke gezondheidszorg (ggz)?
- j. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op de wijkverpleging?
- k. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op de huisartsenzorg?
- l. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op extramurale farmaceutische zorg (efz/apothekers)?
- m. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op multidisciplinaire zorg (mdz)?
- n. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op Eerstelijnsverblijf (elv)?
- o. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op Geriatrische Revalidatiezorg (grz)?
- p. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)?
- q. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op langdurige zorg (Wlz, ouderenzorg)?
- r. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op het sociaal domein?
- s. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op de acute zorg?
- t. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden?
- u. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op mensen met psychische problematiek?
- v. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op mensen met (risico op) hart- en vaatziekten?
- w. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op mensen met (risico op) kanker?
- x. Welke concrete acties staan er in dit document gericht op ouderen met een kwetsbare gezondheid?

Prompts voor het in kaart brengen van de beoogde effecten van acties uit de regio- en ROAZ-plannen (subvraag 2):

- a. Wat is het hoofddoel van regioambitie van het regioplan?
- b. Welke kwantitatieve doelen, ambities, mijlpalen of kpi's (uitgedrukt in percentages of getallen) staan er in het regioplan gericht op de toegankelijkheid van de zorg of voldoende beschikbaar aanbod? Staan er percentages genoemd in dit document?
- c. Wat staat er in het document over doelen, ambities of beoogde impact op de toegankelijkheid van de zorg?
- d. Welke concrete doelen of mijlpalen staan er in het document ?

-
- e. Welke resultaten willen ze bereiken om de toegankelijkheid te verbeteren (zorgen voor voldoende aanbod of inperking van de stijgende zorgvraag)?
 - f. Wat staat er in het document over concretisering in meetbare doelen of kpi's?

Bijlage 3: impactkaart per regio

Zie separate bijlage in pdf.

Bijlage 4: landelijke ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod

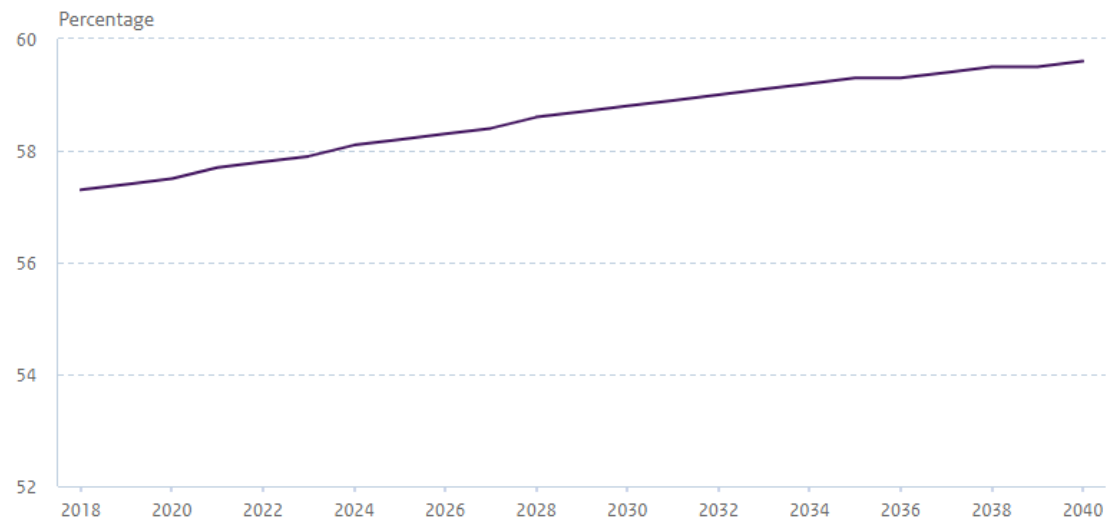
Zie volgende pagina's.

Bijlage 4: Landelijke ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod

Het aantal chronische ziekten neemt toe

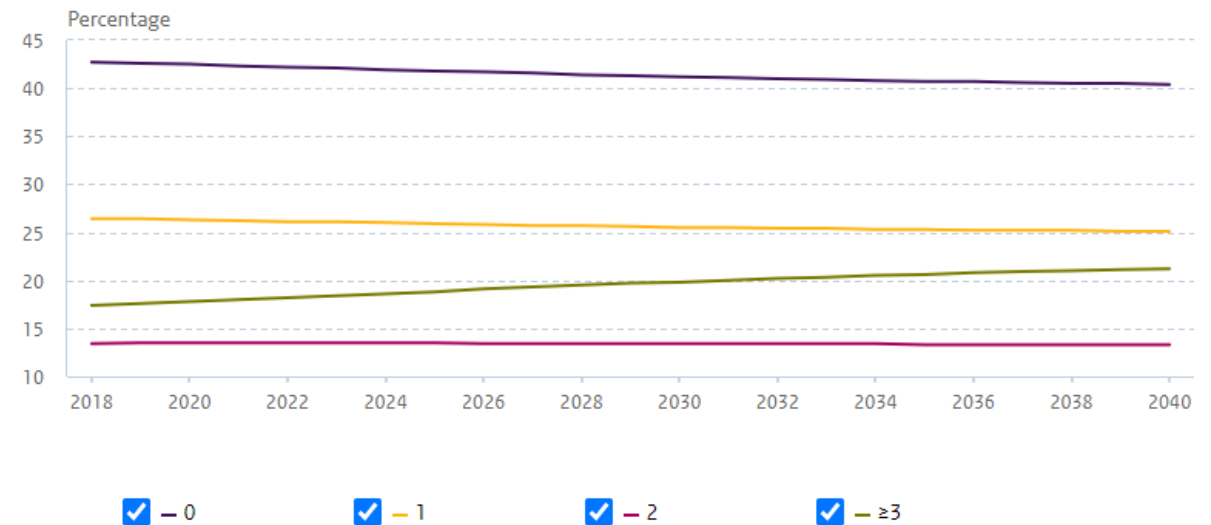
Ontwikkeling in aantal chronische ziekten

Personen met ten minste één chronische aandoening



In 2040 heeft 60% van de mensen een chronische aandoening

Aantal chronische aandoeningen per persoon

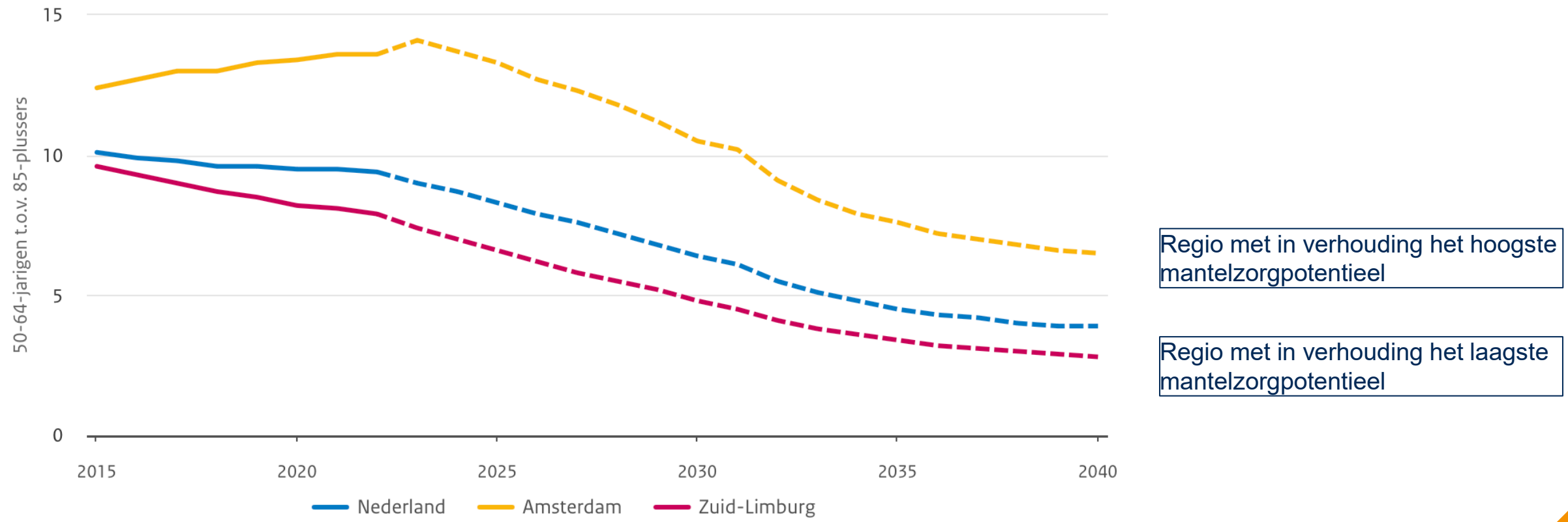


In 2040 heeft ruim een op de vijf mensen drie of meer chronische aandoeningen

Het mantelzorgpotentieel neemt de komende jaren af

Ontwikkelingen in het aantal 50- tot 65-jarige personen per 85-jarige en oudere persoon

Mantelzorgpotentieel

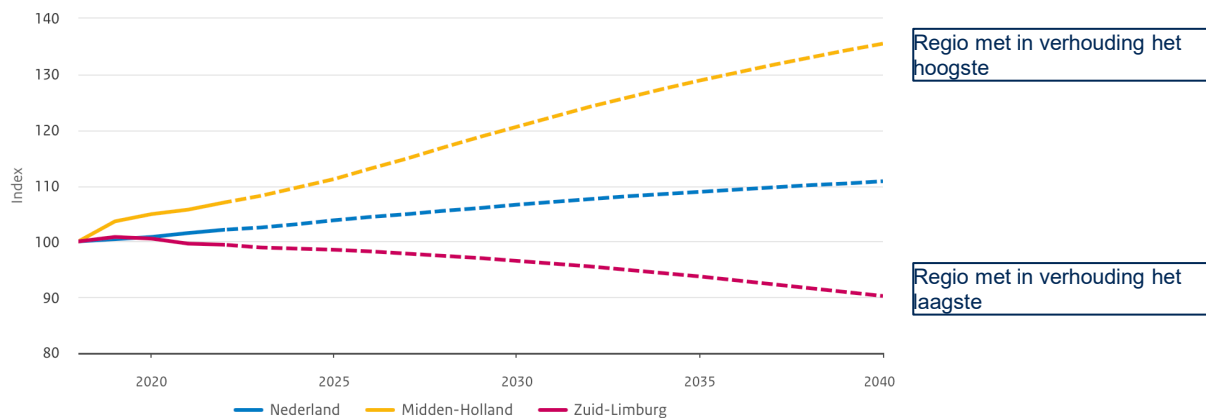


De druk op het beschikbare aanbod neemt toe

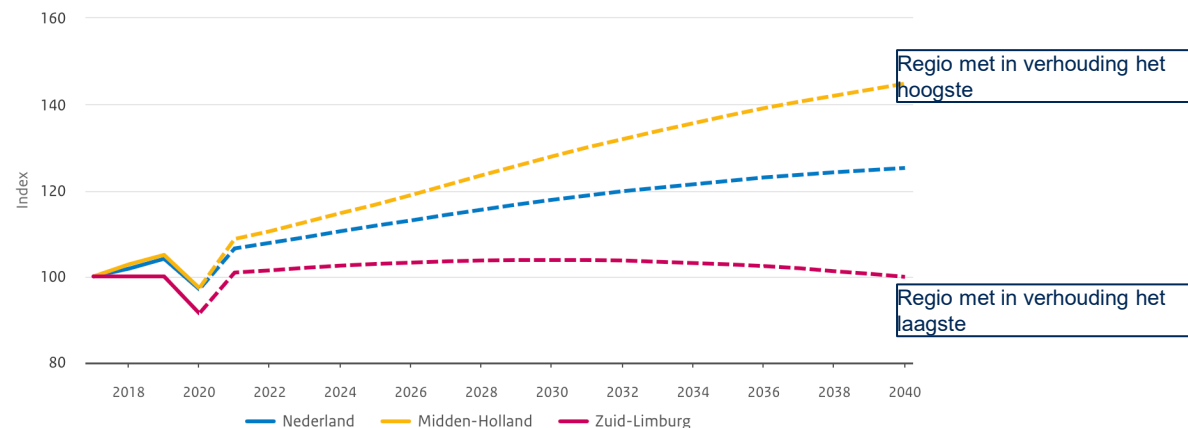
Ontwikkelingen in het aantal zorggebruikers in eerste lijn

Ontwikkelingen in het aantal intramurale zorggebruikers

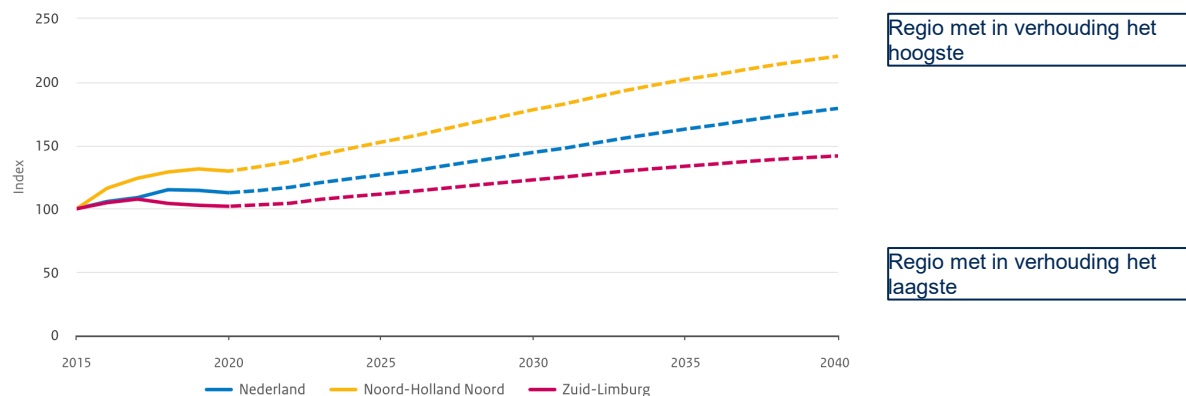
Patiënten HAZ totaal



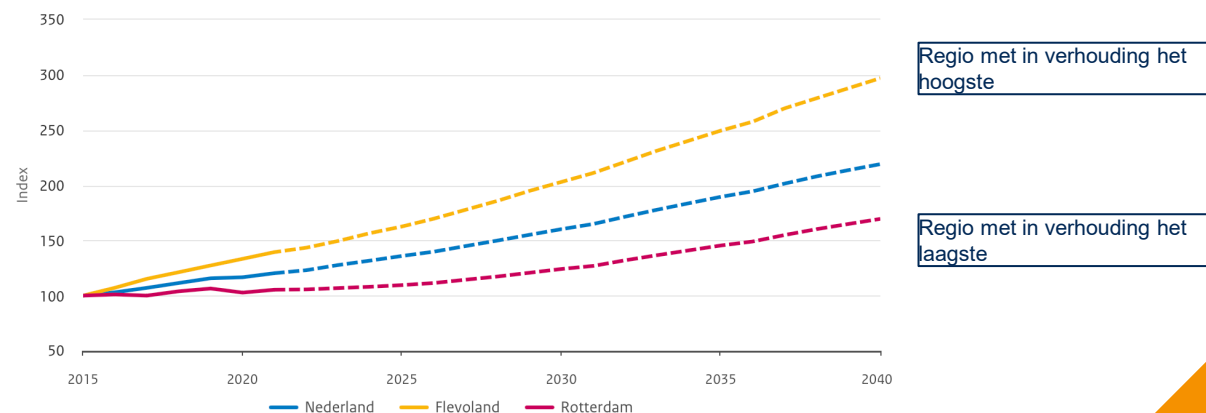
DBC's (Totaal) in ziekenhuizen (Totaal)



Clënten Wijkverpleging



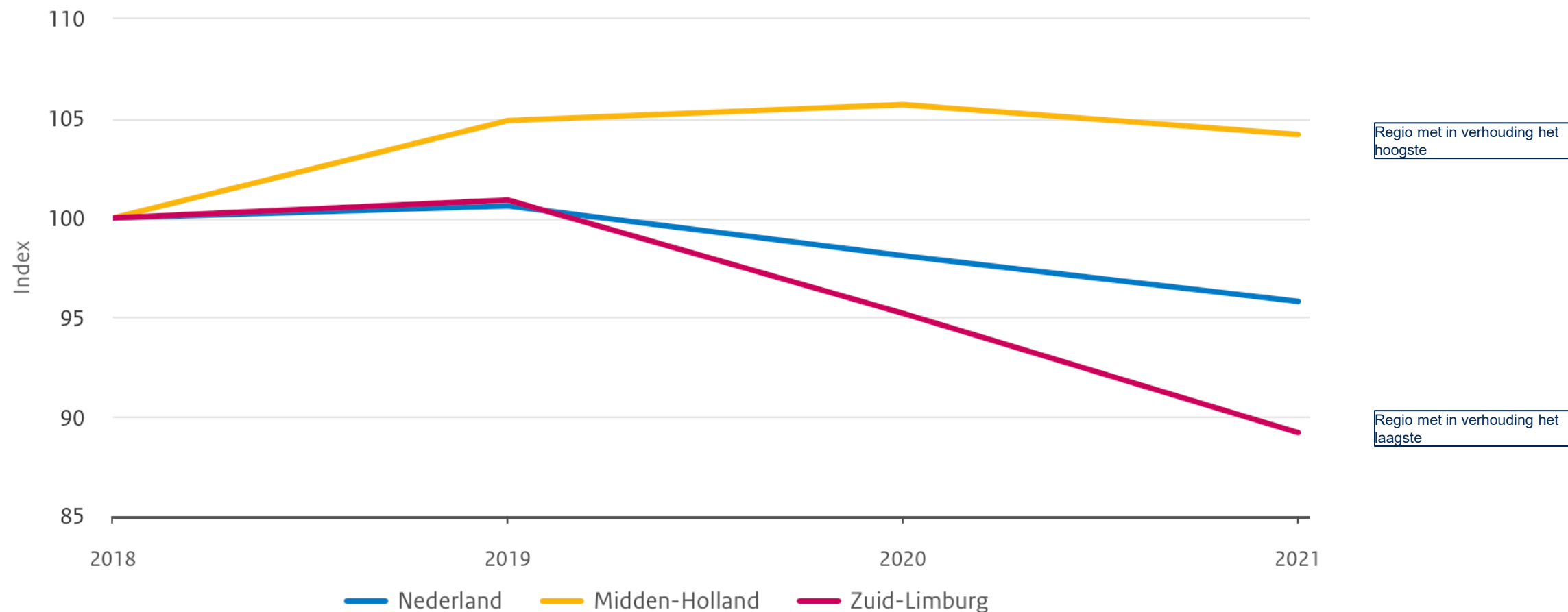
Clënten V&V: Totaal ZP VV (4 t/m 8)



Het aantal zorggebruikers in de ggz neemt toe

Ontwikkelingen in het aantal zorggebruikers in de GGZ

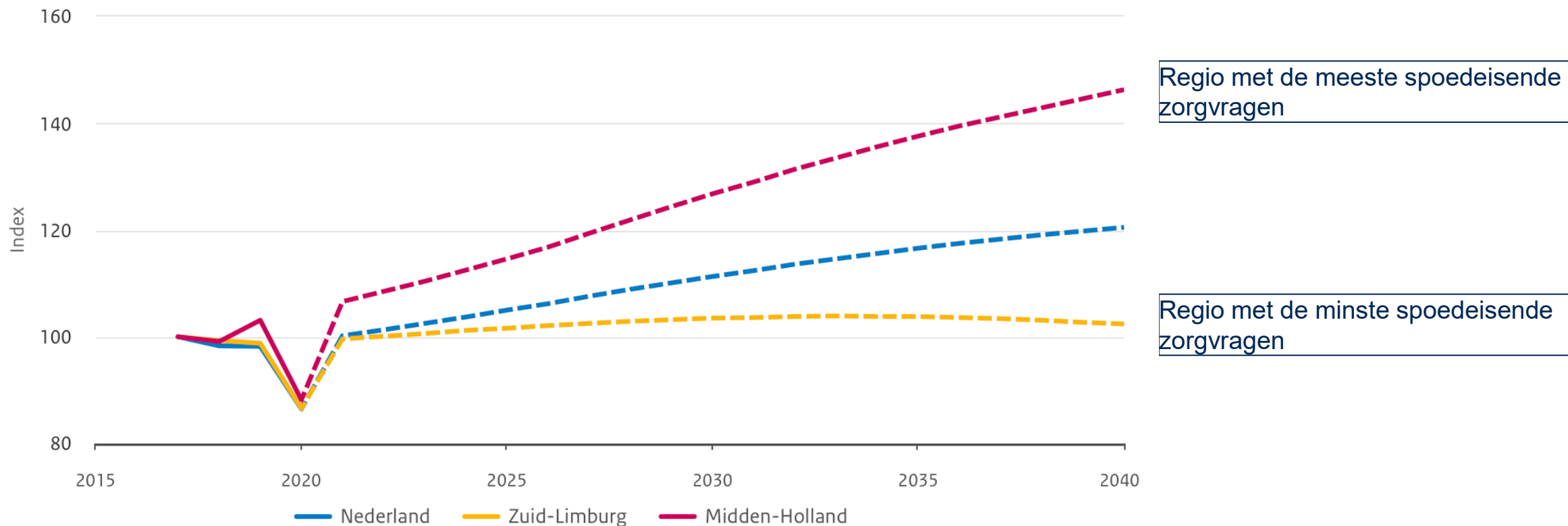
aantal GGZ totaal



De vraag naar spoedeisende zorg neemt toe

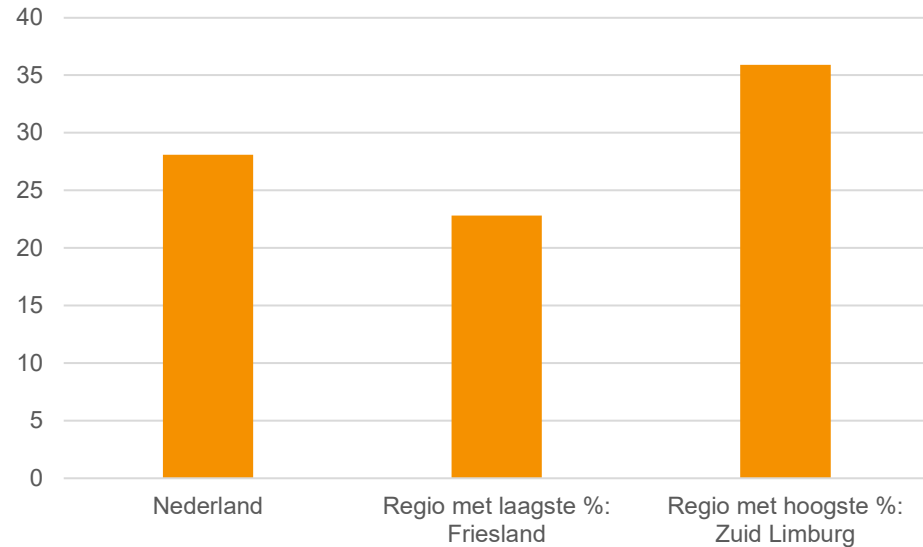
Ontwikkelingen in het aantal spoedeisende zorgvragen in het ziekenhuis

Spoedeisende zorgvragen in het ziekenhuis

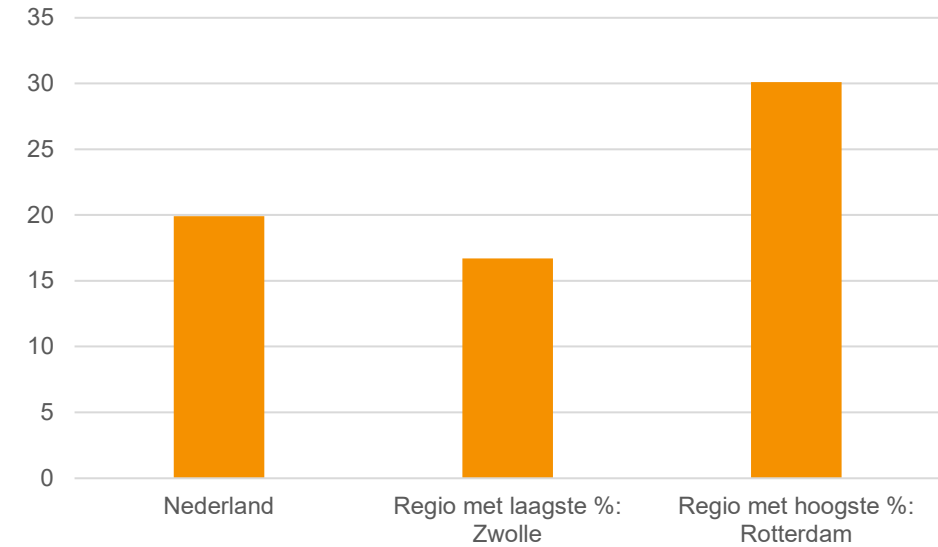


Gelijke toegang is niet vanzelfsprekend voor kwetsbare groepen

Percentage mensen dat moeite heeft met rondkomen



Percentage ouderen (65+) met een broze gezondheid

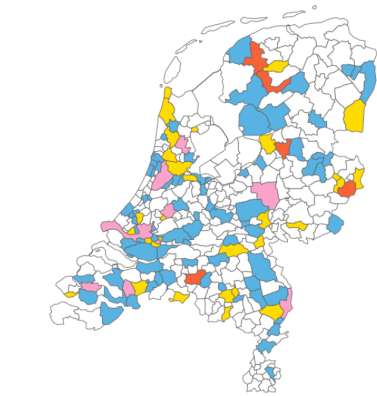


Wachttijden Wachttijden als indicator voor toegankelijkheid

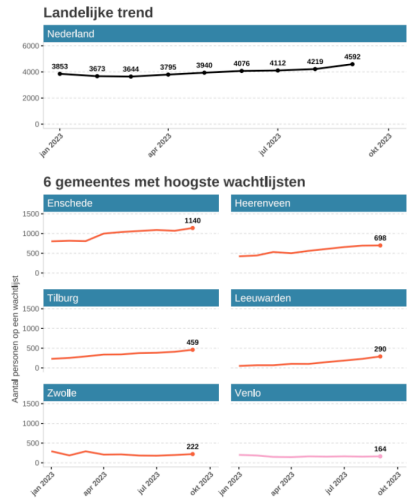
Lichte stijging van aantal personen op wachtlijst* voor huisarts sinds begin 2023

Nieuw inzicht

Gemiddeld aantal personen op een wachtlijst per gemeente 2023 kwartaal 3



0 wachtenden 1-9 wachtenden 10-49 wachtenden 50-199 wachtenden 200+ wachtenden



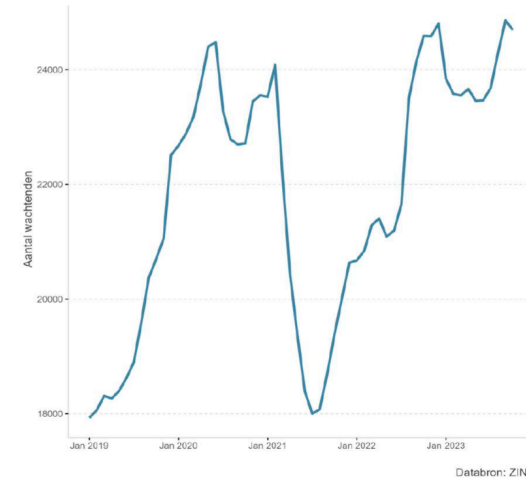
Op de landkaart zijn de wachtlijsten* per gemeente inzichtelijk gemaakt voor kwartaal 3 van 2023.

Als landelijke trend zien we dat het aantal Nederlanders dat op een wachtlijst staat voor een (nieuwe) huisarts licht is gestegen tussen januari en september 2023.

De zes gemeentes met de hoogste wachtlijsten in kwartaal 3 zijn Enschede, Heerenveen, Tilburg, Leeuwarden, Zwolle en Venlo.

Bron data: Verzekeraars wachtlijsten
Data t/m september 2023

Aantal wachtenden in de Wlz* is na een sterke stijging in oktober gedaald



Databron: ZINL

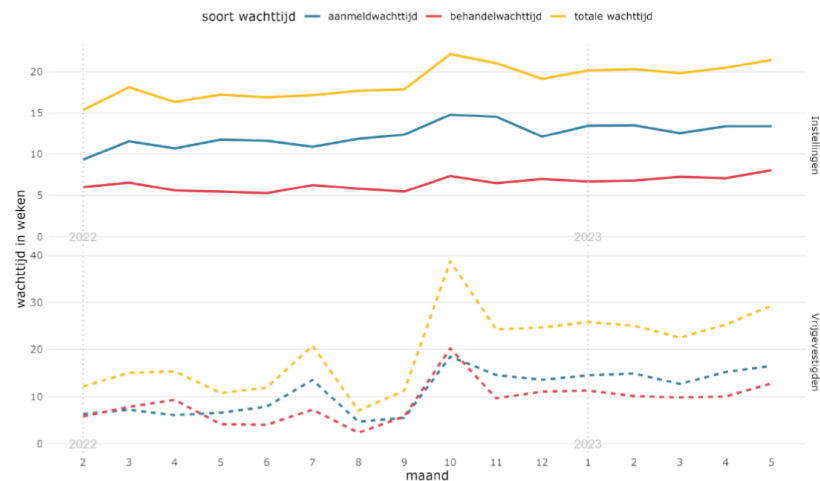
In het eerste kwartaal van dit jaar zagen we een daling in het totaal aantal personen met een Wlz indicatie die op een wachtlijst staan*. Vanaf juli is er weer een stijging te zien in het totaal aantal wachtenden, die zich in augustus en september voortzet. De laatste maand heeft een lichte daling. We gaan met de desbetreffende partijen na wat de verklaring van de stijging is ten behoeve van het toegankelijk houden van de zorg.

Kijken we naar de trend over de lange termijn dan zien we een stijgend aantal wachtenden in de Wlz.

Bron data: ZINL
Data t/m oktober 2023

*Het aantal Nederlanders dat zich meldt voor zorgbemiddeling bij een verzekeraar, als indicatie voor de vraag naar huisartsen in de regio. De cijfers reflecteren niet het werkelijk aantal Nederlanders zonder huisarts.

Wachttijden in de ggz zijn in mei gestegen

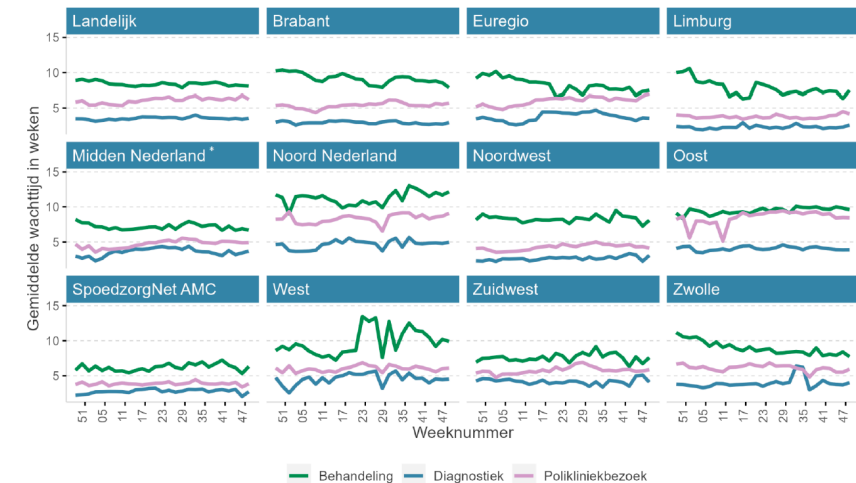


De wachttijden in de ggz zijn in mei gestegen ten opzichte van april, zowel voor instellingen als vrijevestigden.

Klik [hier](#) voor een uitsplitsing naar diagnose.

Bron data: NZa
Data t/m mei 2023

Wachttijden msz blijven op ongeveer hetzelfde niveau



De lichte daling in wachttijden na de zomer lijkt landelijk gestagneerd. Wachttijden zijn nog steeds hoog en de toegankelijkheid van zorg staat nog steeds onder druk. Om de daling verder te kunnen bewerkstelligen is transparantie in de regionale zorgcapaciteit én inzicht in de wachtenden essentieel. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben beide een belangrijke rol in de contractering en de regionale samenwerking om een structurele daling in de wachtlijsten te bewerkstelligen. Klik [hier](#) voor een uitsplitsing naar een aantal operaties.

Bron data: NZa
Data t/m 28 november 2023

*In Midden Nederland is een ziekenhuis uit de selectie gehaald vanwege te grote afwijkingen die het beeld vertroebelen.

Bijlage 5: samenvatting van de belangrijkste activiteiten en de verwachte effecten uit de regio- en ROAZ-plannen

Categorieën van acties met invloed op het gat tussen de zorgvraag en het zorgaanbod	Samenvatting van invloed van de activiteiten uit de regioplannen op de toegankelijkheid		Verwacht effect
	In de zorgkantoorregio's	In de ROAZ-regio's (als deze afwijkt van de zorgkantoorregio's)	
Preventie en voorlichting	Activiteiten gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen en het streven naar meer gezonde jaren voor alle inwoners door te werken aan een gezonde basis en een gezonde leefomgeving	Activiteiten gericht op verwachtingenmanagement en het aanleren van gezondheidsvaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderen van de vraag naar zorg
Zorg rondom en met de cliënt	Activiteiten gericht op het versterken van eigen regie, veerkracht en zelfredzaamheid van ouderen en hun netwerk		<ul style="list-style-type: none"> • Minder professionele zorg nodig
Juiste zorg op de juiste plek	Activiteiten gericht op het gericht op demedicalisatie en stepped-care	Activiteiten gericht op voorkomen van onnodige doorverwijzingen en onnodig gebruik van acute zorgvoorzieningen	<ul style="list-style-type: none"> • Laagdrempelige toegang tot zorg dichterbij huis • Snellere toeleiding naar passende zorg waardoor mensen vaker passende zorg ontvangen • Verminderen van de vraag naar zorg
Regionale samenwerking	Activiteiten gericht op het verbeteren van zorgcoördinatie en samenwerking intussen verschillende zorgverleners en instellingen		<ul style="list-style-type: none"> • Betere toegang door efficiëntere zorg waardoor mensen vaker passende zorg ontvangen
Digitale zorg	Activiteiten die het gebruik van digitale zorgoplossingen bevorderen om de zorg efficiënter en effectiever te maken		<ul style="list-style-type: none"> • Minder professionele zorg nodig • Betere, laagdrempelige toegang tot lichtere vormen van zorg waardoor meer mensen passende zorg ontvangen • Efficiëntere zorg
Meer beschikbare medewerkers	Activiteiten gericht op het verbeteren van de werkomstandigheden, loopbaanmogelijkheden en samenwerking met onderwijs om medewerkers te behouden en aan te trekken		<ul style="list-style-type: none"> • Meer beschikbare zorgprofessionals leidt tot toename van beschikbaar zorgaanbod
Zorgcontractering	Het stimuleren van passende zorg in de contractering		<ul style="list-style-type: none"> • Betere samenwerking waardoor de zorg efficiënter en meer mensen passende zorg kunnen ontvangen

Bijlage 6: samenvatting van geplande activiteiten die de zorgvraag en het zorgaanbod beïnvloeden

Zie volgende pagina's.

Bijlage 6: Samenvatting van regionale IZA-acties die het gat tussen zorgvraag en zorgaanbod beïnvloeden

Rode draden in passages gericht op preventie en voorlichting

Bewustwording en educatie:

- Stadsdialogen in de drie gemeenten om het gesprek aan te gaan met inwoners over veranderingen in de zorg en oplossingen die zij zien
- Betrekken van patiënten, cliënten en inwonersperspectief in de Integrale Zorg Alliantie samen met zorgbelang en adviesraden
- Stimuleren van zelfredzaamheid en eigen regie van burgers door hen te motiveren om zelf meer te doen op het gebied van gezondheid en welzijn
- Bevordering van een gezonde leefstijl bij groepen die kansenongelijkheid en/of armoede ervaren
- Het bevorderen van een gezondere leefomgeving in gebieden met inwoners met een lage sociaaleconomische positie (SEP), en de aanpak van armoede en de gezondheidsgevolgen daarvan

(Keten)samenwerking en infrastructuur:

- Versterken van de preventie-infrastructuur en intensiveren van de link met gezondheid bevorderende programma's zoals GALA en sportbeleid
- Investeren in de infrastructuur van de publieke gezondheid om gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en gezondheidsbewaking te versterken
- Ondersteunen van initiatieven gericht op het versterken van lokale gemeenschappen, met nadruk op preventie, gezondheidsbevordering en het creëren van ondersteunende omgevingen
- Streven naar een integrale benadering van preventie en zorg, met focus op gezond leven en het verminderen van zorgconsumptie
- Inzetten op regionale coalities voor ketensamenwerking, met specifieke aandacht voor initiatieven gericht op gezonde leefstijl en preventie.
- Het intensiveren van de link met gezondheid bevorderende programma's zoals GALA

Vroegsignalering en preventie:

- Inzetten op vroegsignalering, kennisversterking, preventieve maatregelen en gedragsaanpassingen om tijdig reflectie op het ouder worden en anticipatie op veranderingen te bevorderen bij ouderen
- Inzetten op vroegtijdige en gerichte interventies in elke levensfase om mensen in staat te stellen proactief keuzes te maken en zorg te voorkomen

Leefstijl als onderdeel van behandeling:

- Het benadrukken van de noodzaak voor zorgverleners om leefstijl te bespreken
- Via het IJslandsmodel gezond gedrag promoten
- Leefstijladviespunten in ziekenhuizen realiseren

Bevorderen van mentale gezondheid:

- Het inzetten op preventie, wijkgerichte geestelijke gezondheidszorg (GGZ), toegankelijkheid en digitale oplossingen om de mentale gezondheid van inwoners te verbeteren
- Initiëren van mentale gezondheidscentra

Preventieprogramma's voor jongeren:

- Het inzetten op weerbaarheid, omgaan met stress, overgewicht, mentale gezondheid
- Integreren van preventieve gezondheidseducatie in het onderwijs, met aandacht voor leefstijl, gezonde voeding en mentale gezondheid

Rode draden in passages gericht op zorg met en rondom de cliënt

Versterken van eigen regie en zelfredzaamheid

- Versterken van eigen regie, veerkracht en zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen en hun netwerk
- Ondersteunen van inwoners bij behoud of versterking van eigen regie, zelf- en samenredzaamheid, fysieke, mentale en sociale weerbaarheid.
- Bevorderen van zelfmanagement en digitale vaardigheden van patiënten
- Het ontwikkelen van subregionale Langer Thuis programma's
- Het aanbieden van trainingen, workshops of begeleiding op het gebied van zelfmanagement.
- Actief in gesprek gaan met ouderen, hun familie en netwerk over wat zij samen willen en wat kwaliteit van leven voor hen betekent

Versterken van informele zorg en netwerken

- Betrekken van familie, vrienden en de gemeenschap bij de zorg en ondersteuning van individuen
- Creëren van zorgzame buurten waar jong en oud elkaar ondersteunen
- Optimaler benutten van het mantelzorgpotentieel
- Tijdig inzicht krijgen in wensen en behoeften van cliënten met betrekking tot mantelzorgvragen, eenzaamheidsproblematiek, vitaliteit en vrijwilligerswerk
- Ondersteunen en versterken van inwoners die initiatief nemen voor versterking vanuit de samenleving, zoals burgerinitiatieven, lotgenootgroepen en zorgcoöperaties

Bevorderen van sociale activiteiten en gemeenschapszin

- Stimuleren van sociale activiteiten en sociale cohesie in de wijk
- Initiëren van projecten en evenementen die gemeenschapszin bevorderen
- Versterken van sociale verbindingen en het welzijn van de gemeenschap
- Het creëren van zorgzame buurten waar jong en oud elkaar ondersteunen
- Initiatieven zoals communitycare en ondersteunen van de gemeenschap om zelf zorg en ondersteuning te organiseren
- Aandacht besteden aan meer naar elkaar omkijken en voor elkaar zorgen, inclusief vernieuwende vormen van respijtzorg
- Welzijn op recept: bevorderen samenwerking tussen huisartsen, eerstelijns zorgverleners, welzijn en het sociaal domein

Rode draden in passages gericht op juiste zorg op de juiste plek

Optimaliseren van spoedzorg

- Het inrichten van spoedpleinen om doelmatige spoedzorg te verlenen
- Optimaliseren van triage in de acute zorg
- Opzetten van Centrum Acute Zorg voor doorstroom en Regionaal Transferpunt voor uitstroom

Proactieve zorgplanning afgestemd op de behoefte van de patiënt

- Het organiseren van interventies gericht op demedicalisatie, stepped-care
- Het vastleggen van behandelwensen via de methode RIZA voor zowel acute gevallen als proactieve zorgplanning
- Deskundigheidsbevordering gericht op normaliseren, verwijzen en netwerkvorming

Snellere toeleiding zorg dicht bij huis en passende zorg

- Verplaatsen van zorg vanuit het ziekenhuis naar huis en het organiseren van infusies en injecties in de thuissituatie
- Initiëren van programma's zoals Juiste Zorg Juiste Plek, telemonitoring, hybride zorgpaden, teleconsultatie huisartsen/medisch specialist, advance care planning
- Implementeren multidisciplinaire triage voor instroom in de zorg
- Het streven naar een optimale afstemming van zorgaanbod op de behoeften van de patiënt, waarbij zorg zo dicht mogelijk bij huis wordt geleverd maar ook de mogelijkheid bestaat om gespecialiseerde zorg verder weg te ontvangen
- Herontwerpen van zorgpaden en concentratie en spreiding van zorg
- Beter laten-lijst voor diverse zorgsectoren en actieplan voor zelfredzaamheid
- Organiseren van herstelacties/laagdrempelige steunpunten voor EPA-groepen

Stimuleren van samenwerking

- Stimuleren van het bespreken van casussen
- Het organiseren van zorgcoördinatiecentra en netwerken om een snellere toeleiding naar passende zorg mogelijk te maken
- Samenwerking tussen verschillende zorgverleners en instellingen, zoals cardiologen uit de 2e en 3e lijn en (kader)huisartsen
- Verminderen van versnippering van zorg door betere samenwerking medisch en sociaal domein
- Stimuleren van interdisciplinaire en innovatieve werkwijzen voor de juiste zorg op de juiste plek
- Inrichten van regionale zorgcoördinatiecentra
- Opzetten van netwerken zoals 'GGZ en Sociaal Domein' voor gezamenlijke initiatieven

Keuzes maken in concentratie en spreiding van zorg

- Er wordt gefocust op het maken van proactieve keuzes voor zowel complexe als niet-complexe zorg om middelen en expertise efficiënt toe te wijzen waar ze het meest nodig zijn
- Activiteiten om te werken aan toekomstbestendige ziekenhuiszorg omvatten o.a. het behouden van minimale volumes en het borgen van toegankelijkheid van medisch specialistische zorg in de regio, met aandacht voor concentratie en spreiding van zorg, en voor specialisatie en differentiatie op basis van kwaliteit en volumennormen
- Er zijn afspraken gemaakt tussen ziekenhuizen over concentratie en spreiding van bepaalde zorgpaden om kwalitatief goede specialistische zorg dichtbij beschikbaar te houden

Rode draden in passages gericht op regionale samenwerking

Samenwerking in de keten bevorderen

- Het opbouwen van vertrouwen tussen organisaties, thematische domein overstijgende aanpak, focus op lage SES wijken, betrekken van burgers en benutten van bestaande samenwerkingsverbanden.
- Opzetten van ketenaanpakken die samenwerking tussen medisch/zorg domein en sociaal domein bevorderen.
- Benutten van bestaande samenwerkingsverbanden
- Het leggen van verbindingen tussen verschillende domeinen en het betrekken van verschillende partijen zoals gemeenten, veiligheidsregio, vrijwilligers en GGZ
- Het selecteren van impactvolle initiatieven die de gewenste beweging op gang brengen en de visie van regionale samenwerking realiseren

Verbetering van de samenwerking met sociaal domein

- Het ontwikkelen van subregionale Langer Thuis programma's en het inrichten van 24-uurs bereikbaarheid in de GGZ om de samenwerking met het sociaal domein te versterken.
- Het organiseren van zorg om in te spelen op vergrijzing en zorgcoördinatie te verbeteren, waarbij er een verbinding wordt gelegd tussen het sociaal domein, wijkverpleegkundig domein, medisch domein en informele zorg om één loket te creëren voor inwoners
- Het versterken van de preventie-infrastructuur door brede regionale samenwerking en kennisdeling tussen het sociaal en zorgdomein en daarbuiten

Samenwerking om de beschikbare capaciteit beter te benutten

- Het opstellen van een regionale werkagenda waarbij onder andere afspraken worden gemaakt over de beschikbaarheid van professionals en hun werk
- Het streven naar een domeinoverstijgende en gezamenlijke (regionale) aanpak rondom de capaciteit van zorg en ondersteuning in de regio
- Het optimaliseren van de inzet van het arbeidskapitaal in de acute zorg door o.a. het optimaliseren van samenwerking en het efficiënt inzetten van beschikbaar personeel 24/7
- Het ontwikkelen van Hybride Keten- en Netwerkoverstijgende Zorglijnen, waarbij samenwerking tussen verschillende regiopartners zoals huisartsen, ziekenhuizen, thuiszorg en gemeenten wordt benadrukt om verdere zorg te voorkomen of te verminderen
- Het intensiveren van samenwerking tussen formele en informele zorg om de zorgverlening te verbeteren en te optimaliseren
- Het ontwikkelen van capaciteitsinformatie, digitale voorspellingshulpmiddelen en versterken van samenwerking tussen instellingen

Samenhangende efficiënte zorg in samenwerkingsverbanden

- Het opzetten van regionale hubs voor integrale diagnostiek en ouderenzorg
- Het opzetten van integrale wijkteams/gebiedsteams waarin een verbinding is tussen het sociaal domein, wijkverpleegkundig domein, medisch domein en informele zorg, waardoor er één loket ontstaat voor de inwoners
- Het creëren van een betere afstemming tussen zorgaanbieders om de zorgcontinuïteit te waarborgen.
- Het streven naar het maken van regionale afspraken over de inzet van zorg op verschillende niveaus, zoals het organiseren van zorg dichtbij huis
- Het organiseren en coördineren van zorg om in te spelen op vergrijzing en zorgcoördinatie te verbeteren
- Het bevorderen van samenhangende zorg en regionale netwerkvorming
- Het actief coördineren van zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen, met aandacht voor het inzetten van coördinatiepunten en het betrekken van verschillende zorgaanbieders
- Het verkennen en ontwikkelen van een coördinatiepunt spoedzorg en het ontwikkelen van een visie op zorgcoördinatie voor de toekomst om de zorgcoördinatie te verbeteren
- Het samenstellen van een coalitie voor Gezond leven en preventie om de samenhang tussen ketenaanpakken en de preventie-infrastructuur te borgen
- Het gebruik van digitale overlegvormen tussen zorgprofessionals
- Het ontwikkelen van Hybride Keten- en Netwerkoverstijgende Zorglijnen, waarbij samenwerking tussen verschillende regiopartners zoals huisartsen, ziekenhuizen, thuiszorg en gemeenten wordt benadrukt om verdere zorg te voorkomen of te verminderen

Rode draden in passages gericht op de inzet van digitale zorg

Zorg op afstand

- Het creëren van een virtueel centrum als schakelpunt voor digitale zorg
- Opschaling en toepassing van hybride zorg
- Aanbieden van (deels) digitale GGZ-zorg
- Monitoring op afstand van patiënten om schaarse arbeidskrachten efficiënter in te zetten
- Ontwikkelen van een Digitale Voordeur voor laagdrempelige toegang tot zorg en ondersteuning
- Investeren in e-health toepassingen, telezorg, digitale consulten en andere vormen van digitale zorg

Stimuleren van zelfmanagement

- Inzetten op zelfzorg via apps of eHealth modules
- Persoonlijke gezondheidsomgevingen inrichten waarmee patiënten actiever kunnen participeren in hun eigen zorg
- Implementatie van digitale zorgpaden voor eigen regie van patiënten/cliënten en monitoring door zorgprofessionals op afstand

Optimaliseren van de samenwerking tussen zorgprofessionals

- Inzetten op hybride multidisciplinaire zorgverlening
- Inzet van digitale overlegvormen tussen zorgprofessionals
- Delen van informatie en het gebruik van technologische oplossingen om de communicatie en samenwerking tussen zorgprofessionals te verbeteren
- Digitaal beschikbaar stellen van zorggegevens aan inwoners
- Versterken van gegevensuitwisseling als standaard in de zorg

Verbetering van digitale vaardigheden

- Investeren in digitale vaardigheden van zorgprofessionals
- Faciliteren van een helpdesk voor digitale zorg en opzetten van fysieke inlooppunten voor digitale (zorg)vragen
- Organiseren van innovatie-, kennis- en leernetwerken voor het benutten van digitale middelen in de zorg
- Het ontwikkelen van trainingsprogramma's in samenwerking met andere coalities om zowel inwoners als zorgprofessionals digitaal vaardig te maken.

Ontwikkelen, implementeren en opschalen van innovaties

- Verzamelen en verspreiden van best practices over digitale zorg.
- Versnellen van de inzet van digitale oplossingen en nieuwe technologieën.
- Optimaliseren van interactie tussen programma-organisaties voor versnelling van de implementatie van digitale zorg
- Stimuleren van ontwikkeling beslisondersteuning en artificial intelligence in de zorg
- Ontwikkelen van ondersteuningsmodules voor patiënten en hun naasten

Rode draden in passages gericht op meer beschikbare medewerkers

Het verminderen van administratieve lasten en regeldruk voor zorgprofessionals

- Het verminderen van regeldruk en administratieve lasten door het inzetten van sociale innovaties en digitalisering
- Het verminderen van regeldruk door het vereenvoudigen van administratieve processen en het optimaliseren van werkprocessen
- Het verlagen van de ervaren administratieve lasten

Het efficiënter inzetten van digitale middelen en innovaties

- Het toepassen van arbeidsbesparende sociale innovaties
- Herontwerpen van zorgpaden
- Het ontwikkelen van innovatieve werkvormen, zoals flexibele werkuren en technologische oplossingen

Het stimuleren van loopbaanontwikkeling en flexibel leren voor zorgprofessionals

- Het stimuleren van bredere stages en co-schappen om de ervaring en vaardigheden van zorgprofessionals te vergroten.
- Het ontwikkelen van modules voor zij- en doorstroom
- Het investeren in ervaringsdeskundigheid en het opzetten van een netwerkstructuur
- Het verkennen van gezamenlijk opleiden en de innovatieve inzet van medewerkers
- Het verschuiven van de focus van formeel opleiden naar taakgericht leren en begeleiden
- Het implementeren van leermanagementsystemen en skills paspoorten
- Het betrekken van medewerkers bij initiatieven zoals Bekwaam is inzetbaar om hun vaardigheden en inzetbaarheid te verbeteren en te waarborgen
- Het bevorderen van samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties en onderwijsinstellingen
- Het aanpassen van de huidige opleidingsstructuur om meer geschikt te zijn voor de toekomstige behoeften in de zorgsector.

Het investeren in vitaliteit, werkplezier en gezonde werkomgeving voor zorgprofessionals

- Het creëren van flexibele en passende werkomgevingen voor zorgprofessionals om hun betrokkenheid en tevredenheid te vergroten
- Het bevorderen van een gezonde werkomgeving door het stimuleren van teamontwikkeling en samenwerking.
- Het verlagen van het ziekteverzuim onder zorgprofessionals door het creëren van een gezonde werkcultuur en het bieden van ondersteuning bij werkgerelateerde stress
- Het bevorderen van een goede werk-privé balans
- Het investeren in de vitaliteit van zorgprofessionals door te focussen op hun welzijn en gezondheid

Rode draden in passages gericht op zorgcontractering

Regionale samenwerking en samenwerking in de keten stimuleren

- Richten van contractering van Zorgverzekeringswet (ZVW) naar doelstellingen van Amsterdam Verbindt en Gezondheid (AV&G) per segment, en richten van middelen naar meest kwetsbare gebieden en wijken
- Regionale afstemming over contractuele afspraken tussen verzekeraar en gemeenten voor inkoop van zwaardere vormen van respijtzorg
- Intensieve afstemming met aanpalende initiatieven om complementaire bijdragen te leveren voor de regio
- Regionale samenwerking tussen verzekeraar en gemeenten voor inkoop van zorg
- Opzetten van regionale afspraken en gezamenlijk organiseren van zorg, zoals ouderenzorg
- Het ontwikkelen van een regionaal ziekenhuislandschap waarin regionale ziekenhuizen en zorgverzekeraars samenwerken aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van passende zorg.
- Het opzetten van Bewegezorg Noord, waar fysiotherapeuten, huisartsen, orthopeden, ziekenhuizen en zorgverzekeraars samenwerken om de zorg voor patiënten met klachten aan het bewegingsstelsel (artrose) duurzaam te verbeteren.
- Het verkennen van mogelijkheden voor zorgcoördinatie, waaronder de integratie van Haarlemmermeer met partijen Amstelring en Cordaan, het Aanmeldpunt wijkverpleging en ontwikkelingen binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ).
- Het richten van de contractering van ZVW, WLZ en gemeentelijke contractering vanuit het principe Health in all policy.
- Het richten van transitie-instrumenten GALA, IZA en WOZO
- Het richten van middelen naar kwetsbare gebieden

Streven naar efficiënte inkoop van zorg

- Stimuleren van passende zorg in contractering door transformatieplannen
- Creëren van randvoorwaarden zoals projectleiders en implementatiecapaciteit om zorgcontractering te faciliteren.

Implementeren van nieuwe vormen van zorgcontractering

- Ontwikkelen van een regionaal plan van aanpak in 2025, aansluitend bij lopende arbeidsmarktinitiatieven, om innovatieve zorgcontractering te realiseren
- Maatwerkcontracten en ontwikkelmogelijkheden om nieuwe instroom en behoud van medewerkers te stimuleren
- Richten van contractering van Zorgverzekeringswet (ZVW) naar doelstellingen van Amsterdam Verbindt en Gezondheid (AV&G) per segment, en richten van middelen naar meest kwetsbare gebieden en wijken
- Ontwerpen van innovatieve contracten om inhoudelijke doelstellingen te realiseren
- Stimuleren van passende zorg in contractering
- Het inrichten van contractering zodanig dat deze bij de vraag aansluit, doelmatig van opzet is en zo intensief als nodig en zo kort als mogelijk wordt georganiseerd

Bijlage 7: rode draden in activiteiten per sector

Activiteiten specifiek voor de acute zorg

- a. Oprichten van een zorgcoördinatiecentrum voor acute zorgvragen.
- b. Inrichten van spoedpleinen voor doelmatige spoedzorg.
- c. Opzetten van Centrum Acute Zorg voor doorstroom en Regionaal Transferpunt voor uitstroom.
- d. Versnellen van bestaande acute zorgprojecten voor intensivering van samenwerking in de acute zorg.
- e. Optimaliseren van organisatie van acute zorg door regionale samenwerking en ontwikkelen van impactvolle initiatieven voor gewenste veranderingen.
- f. Het intensief afstemmen op planning en aanpak met aanpalende initiatieven om complementaire bijdragen te leveren voor de regio in de acute zorgsector.
- g. Het creëren van randvoorwaarden en implementatiecapaciteit om de zorgcontractering en samenwerking in de acute zorg te faciliteren.
- h. Intensivering van samenwerking tussen Spoedeisende Hulp (SEH) van Amsterdam UMC en OLVG voor ouderenzorg.
- i. Verkenning van de haalbaarheid van het inzetten van e-health en digitale zorg om de zorg efficiënter en betaalbaarder te maken en de toegang tot zorg te verbeteren.
- j. Implementatie van digitale gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders om de samenwerking en afstemming te verbeteren en een efficiënte en veilige uitwisseling van informatie tussen verschillende zorgpartijen te faciliteren.
- k. Samenwerking met technologiepartners om innovatieve oplossingen te ontwikkelen die de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg verbeteren, met nadruk op het implementeren en integreren van digitale zorginitiatieven in de zorgpraktijk.
- l. Inzetten op preventie-interventies gericht op specifieke doelgroepen die een groot beroep doen op de acute zorg, zoals valpreventie, medicatiegerelateerde zorgvragen en sportongevallen, om bewustwording te creëren over wanneer een zorgvraag acuut is en waar men terecht kan voor passende zorg.
- m. Faciliteren van de beweging naar eigen regie en zelfredzaamheid van patiënten door het versterken van het eigen netwerk en de informele zorg, met als doel de zorg toegankelijker te maken en beter te laten aansluiten bij de behoeften van de patiënten.

Activiteiten specifiek voor efz

- a. Toepassen van e-health voor preventie, zelfzorg en telemonitoring.
- b. Gebruik van digitale zorgpaden voor monitoring en delen van gezondheidsstatus van cliënten.
- c. Het ontwikkelen van innovatieve contracten die stimulerend zijn voor de inhoudelijke doelstellingen in de extramurale farmaceutische zorg.
- d. Het verminderen van administratieve lasten en het optimaliseren van de samenwerking tussen zorgaanbieders en financiers in de efz-sector.

Activiteiten specifiek voor elv

- a. Vergroten van de rol van formele en informele sleutelfiguren
- b. Het opzetten van regionale afspraken en het gezamenlijk organiseren en coördineren van eerstelijnsverblijf om de zorg efficiënter en effectiever te maken.
- c. Het stimuleren van passende zorg in contractering als een activiteit om de toegankelijkheid van eerstelijnsverblijf te verbeteren.

Activiteiten specifiek voor de ggz

- a. Toegankelijkheid tot zorg en ondersteuning op het gebied van mentale gezondheid.
- b. Suïcidepreventie en versterken van mentale veerkracht.
- c. Integrale aanpak voor mensen met een ernstige psychische aandoening (epa).
- d. Laagdrempelige hulp bij beginnende problematiek.
- e. Initiëren van Mentale Gezondheidscentra.

-
- f. Versterken van de integrale aanpak van mentale gezondheid.
 - g. Betrekken van de zorg bij een publiekscampagne gericht op mentale gezondheid.
 - h. Betrekken van sportverenigingen en cultuurorganisaties bij het bevorderen van mentale gezondheid.
 - i. Implementatie van de consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein.
 - j. Opzetten van netwerk 'ggz en sociaal domein' voor gezamenlijke initiatieven.
 - k. Intensivering van samenwerking tussen spoedeisende hulp (SEH), ggz crisisdienst, en spoedeisende psychiatrie.
 - l. Creëren van een virtueel centrum als schakelpunt voor digitale zorg en aanbieden van (deels) digitale ggz-zorg.
 - m. Inzetten op zelfzorg via apps of eHealth modules en meer integratie van e-health-behandelingen.
 - n. Het ontwikkelen van vernieuwde digitaal ondersteunende zorgprocessen om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.
 - o. Het stimuleren van passende zorg in contractering om de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

Activiteiten specifiek voor grz

- a. Inzetten op reablement om zelfredzaamheid en onafhankelijkheid van ouderen te vergroten.
- b. Stimuleren van ouderen om gezond te leven en zelf- en samenredzaam te blijven.
- c. Inzetten multifunctionele bedden voor optimale doorstroom en vervolgzorg.
- d. Verkennen van mogelijkheden voor geriatrische revalidatiezorg thuis in samenwerking tussen VVT, eerstelijns en ziekenhuis.
- e. Het ontwikkelen van transformatieplannen met nadruk op veranderstrategie en resultaatafspraken om de geriatrische revalidatiezorg te optimaliseren.
- f. Het stimuleren van passende zorg in contractering om de toegankelijkheid van grz te verbeteren.

Activiteiten specifiek voor gzsp

- a. Stimuleren van het bespreken van casussen en gebruik van zorgtechnologie.
- b. Stimuleren van digitale zorg als preventie door investeren in digitale vaardigheden van zorgprofessionals en ontwikkelen van ondersteuningsmodules voor patiënten.
- c. Het ontwikkelen van innovatieve contracten die aansluiten bij de specifieke behoeften van patiënten in de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.
- d. Het streven naar efficiënte inkoopprocessen om de zorg voor specifieke patiëntgroepen effectief en doelmatig in te richten.

Activiteiten specifiek voor huisartsenzorg

- a. Stimuleren van een gezonde leefstijl door concrete doelen te stellen en het organiseren van beweegactiviteiten.
- b. Versterken van samenwerking tussen huisartsen, sociaal domein en ggz.
- c. Proactieve eerstelijnszorg in de wijk met samenwerking tussen verschillende betrokken partijen.
- d. Regioplatform voor samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen en VVT-organisaties.
- e. Bevordering van korte lijnen met sociaal domein voor integrale aanpak tussen wonen, welzijn en zorg.
- f. Streven naar elektronische gegevensuitwisseling als standaard in de zorg en digitaal toegankelijk maken van zorggegevens voor inwoners.
- g. Bevorderen van zorg op afstand en gezondheid via digitale middelen zoals beeldbellen en Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO).
- h. Het richten van de contractering van de huisartsenzorg naar de doelstellingen van specifieke programma's en initiatieven.
- i. Het streven naar efficiënte inkoopprocessen om de huisartsenzorg effectief en doelmatig in te richten.

Activiteiten specifiek voor de langdurige zorg

- a. Stimuleren van zorgzame gemeenschappen waarin mensen naar elkaar omkijken.

-
- b. Betrekken van inwoners bij Gezond Groningen als patiënten, ervaringsdeskundigen en (in)formele zorgverleners.
 - c. Het ontwikkelen van transformatieplannen gericht op veranderstrategie en resultaatafspraken om de langdurige zorg en ouderenzorg te verbeteren.
 - d. Het stimuleren van passende zorg in contractering om de toegankelijkheid van langdurige zorg en ouderenzorg te verbeteren.

Activiteiten specifiek voor de mdz

- a. Implementeren van multidisciplinaire triage voor instroom in de zorg.
- b. Ontwikkelen van Hybride Keten- en Netwerkoverstijgende Zorglijnen voor samenwerking tussen verschillende regiopartners.
- c. Optimaliseren van hybride multidisciplinaire zorgverlening met digitale overlegvormen tussen zorgprofessionals voor effectievere zorgbenadering.
- d. Stimuleren van zelfmanagement en eigen regie van inwoners door persoonlijke gezondheidsomgevingen.
- e. Het ontwikkelen van transformatieplannen gericht op veranderstrategie en resultaatafspraken om de multidisciplinaire zorg te verbeteren.
- f. Het stimuleren van passende zorg in contractering om de samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines te optimaliseren.

Activiteiten specifiek voor de msz

- a. Concentratie en spreiding van zorgpaden voor kwalitatief goede specialistische zorg.
- b. Samenwerking tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars voor duurzame verbetering van zorg, met focus op beweegzorg, hartnet, plastische chirurgie, gastro-enterologische chirurgie.
- c. Regionale transmurale samenwerking binnen het programma 'Passende zorg' om zorgcoördinatie te verbeteren en overgang tussen zorgniveaus soepeler te laten verlopen.
- d. Intensivering van samenwerking tussen spoedeisende hulp (SEH) van Amsterdam UMC en OLVG voor ouderenzorg.
- e. Implementeren van digitale zorgpaden voor patiënten/cliënten om eigen regie te bevorderen en zorgprofessionals op afstand informatie te laten delen en monitoren.
- f. Bevorderen van uniform gebruik van digitale en technologische mogelijkheden voor preventie, triage, diagnostiek en behandeling.
- g. Het ontwikkelen van transformatieplannen gericht op veranderstrategie en resultaatafspraken om de medisch-specialistische zorg te verbeteren.
- h. Het optimaliseren van de samenwerking tussen zorgaanbieders en financiers om de efficiëntie en kwaliteit van de medisch-specialistische zorg te waarborgen.

Activiteiten specifiek voor het sociaal domein

- a. Samenwerking tussen ggz, eerstelijnszorg en sociaal domein voor mentale gezondheidsvoorzieningen.
- b. Verbeteren van gezondheidsvaardigheden om gezondheidsverschillen te verkleinen.
- c. Tijdig herkennen en ondersteunen van inwoners met mentale problemen en ongezonde leefstijl.
- d. Creëren van randvoorwaarden voor eigen regie en bestaanszekerheid.
- e. Stimuleren van sociale activiteiten en verbondenheid in de gemeenschap.
- f. Verminderen van versnippering van zorg door betere samenwerking medisch en sociaal domein.
- g. Verbinding tussen eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en sociaal domein voor afstemming van preventieve activiteiten en zorgaanbod.
- h. Samenwerking tussen gemeenten, woningcorporaties en zorg- en welzijnsaanbieders voor verbetering van wijkinrichting en beschikbaarheid van maatschappelijke voorzieningen.
- i. Stimuleren van digitale/hybride zorg door gemeenten, waaronder inzet van e-health-toepassingen en anonieme hulplijnen.

-
- j. Het ontwikkelen van transformatieplannen met nadruk op veranderstrategie en resultaatafspraken om de samenwerking tussen formele en informele zorg in het sociaal domein te optimaliseren.
 - k. Het verminderen van administratieve lasten en het stimuleren van innovatieve vormen van zorgcontractering in het sociaal domein.

Activiteiten specifiek voor de wijkverpleging

- a. Bevorderen van zelfmanagement en vroegtijdig bespreekbaar maken van behoeften om zorggebruik te voorkomen.
- b. Aangaan van gesprekken met de patiënt, familie en netwerk over kwaliteit van leven en zorgvraag.
- c. Bevorderen van zelfredzaamheid en gemeenschapskracht in samenwerking met alle partijen
- d. Faciliteren van snellere toeleiding naar passende zorg door samenwerking met ziekenhuizen.
- e. Ontwikkelen van subregionale Langer Thuis programma's en inrichten van 24-uurs bereikbaarheid in de ggz voor versterking van samenwerking met sociaal domein.
- f. Inzetten op hybride zorgmodellen waar fysieke zorg wordt ondersteund en/of vervangen door digitale oplossingen.
- g. Stimuleren van passende digitale zorg waar mogelijk en fysieke zorg wanneer nodig, rekening houdend met digitale vaardigheden van inwoners.
- h. Het herontwerpen van werkprocessen, zorgpaden en zorglogistiek om de administratieve lasten en regeldruk voor wijkverpleegkundigen te verminderen.
- i. Het implementeren van datagericht werken om de wijkverpleging te optimaliseren en beter af te stemmen op de behoeften van patiënten.