



Wie doet het met wie

Krapte vraagt creativiteit

2020

KPMG Health

Inhoudsopgave

Voorwoord: krapte maakt creatief	5
1 Radicale transformatie van het zorglandschap nodig	6
Transformatie van het zorglandschap is gestart	8
Vergaande transformatie vraagt om anders denken	9
2 Inzetten op gezonde wijken met preventieve aanpak	14
Preventieve, wijkgerichte aanpak op basis van inzichten uit data	15
De woonomgeving van straks is de zorgverlener van nu	16
Gezondheid is een eigen verantwoordelijkheid, de burger heeft zijn eigen rol	16
3 De wijk als ankerpunt voor gezondheid	20
Team in de wijk als nieuw epicentrum in wonen, welzijn en zorg	22
Wijkgerichte KPI's als basis voor integratie	23
Datagedreven doelgroepgerichte programma's voor hulpvragen	24
4 Optimale inzet van specialistische kennis en dure faciliteiten	26
Van specialismen naar doelgroepen, kunstmatige intelligentie leidend in doorontwikkeling	27
Concentratie van specialistische kennis en dure infrastructuur	29
Van wereld naar wijk door landelijke expertisecentra	30
5 Van vertragers naar versnellers	32
Creëer een verandercultuur	33
Zet de financiële prikkels de juiste kant op	34
Sturing van het gezamenlijk belang	36
Verantwoording	39
Auteurs	40
Rondetafelcommissie	41
Met dank aan	42
Voetnoten	42

Krapte maakt creatief



Stel je voor, Rwanda, een land met bijna 13 miljoen inwoners op de helft van de Nederlandse oppervlakte, waarvan meer dan 60% onder de armoedegrens leeft en dat een zeer turbulente historie heeft. Maar ook een land dat er hard aan werkt om de economie op te bouwen en het land de 21e eeuw in te leiden. Een land waarvan de overheid, ondanks armoede en slechte infrastructuur, de ambitie heeft om eerstelijnsgezondheidszorg universeel voor de hele bevolking beschikbaar te stellen. Tegen betaalbare kosten. Een mission impossible? Misschien. Maar niet als je denkt aan het motto dat een van de NGO-adviseurs op een conferentie over de zorg in Afrika eens opbracht: Necessity is the mother of innovation. Ofwel, krapte maakt creatief.

En dat is precies wat de overheid in Rwanda is. Ze besloten het platform van Babylon Health, een online aanbieder van eerstelijnszorg uit het Verenigd Koninkrijk in te zetten. Door dit platform aan het mobiele netwerk in Rwanda te koppelen waren ze in staat om binnen een paar jaar tijd meer dan 30% van de bevolking toegang te geven tot eerstelijnszorg. Niet alleen in de vorm van chatbots en online consulten, maar ook via het beschikbaar stellen van geneesmiddelen-recepten, labonderzoeken en doorverwijzingen. Daarnaast zetten ze kunstmatige intelligentie (KI) in om artsen en hulpverleners, zelfs in de meest afgelegen gebieden, te helpen bij het stellen van diagnoses en het bieden van behandeling. Zo werd Rwanda binnen een paar jaar tijd een voor-aanstaand voorbeeld op het gebied van digitale zorg.

Wat is de relevantie van Rwanda voor Nederland, zult u zich afvragen. Het antwoord op die vraag is krapte. Waar landen als Rwanda hun systemen vanuit een historische krapte op moeten bouwen, moeten landen als Nederland hun zorgsysteem steeds meer aanpassen aan de krapte die eraan zit te komen of er nu (tijdelijk) al is. Op een aantal plaatsen in Nederland zien we momenteel al de effecten van krapte op de arbeidsmarkt, waar

door een zorgkloof ontstaat. Wat dat betreft moeten we ons realiseren dat de enorme schaarste aan mensen en middelen waar we in de COVID-19-crisis mee zijn geconfronteerd niet de 'zwarte zwaan' is die maar één keer zal overvliegen.

We moeten dus in Nederland de komende jaren net zo creatief worden als Rwanda. En creativiteit benutten om ons denken over de zorg om te keren. Van denken in zorg naar denken in gezondheid, van denken in instituties naar denken in het huis als mantelzorger, van denken in organisatiebelang naar denken in horizontale en verticale samenwerking en van denken in personeelsplanning naar denken in de 'marriage between man and machine'. Alleen daarmee creëren we de fundamentele transformatie die nodig is om onze gezondheid en de toegang tot zorg op een goed niveau te houden.

Dat gaat veel van ons vragen. Van ons verandervermogen, van onze wijze van werken en het durven nemen van fundamentele beslissingen, waarmee we oude beelden over hoe je zorgt en zorg verleent, doorbreken. Maar bovenal zal het vragen om samen. Samen vernieuwen en samen investeren in de toekomstbestendigheid van de zorg.

Met veel plezier werkten we aan deze editie van de *Wie doet het met wie*. Veel dank zijn we daarbij verschuldigd aan de personen die we mochten interviewen en aan de leden van de 'rondetafelcommissie' die ons inspireerden met hun gedachtegoed. We zien ernaar uit om ook in de komende periode samen met u de transformatie in de zorg vorm te geven.

Dr. Anna van Poucke (R)

Global Sectorhead KPMG Health

Karin Vernooij (L)

Senior manager KPMG Health

1 Radicale transformatie van het zorglandschap nodig

In Nederland kennen we een kwalitatief hoogstaand zorgstelsel. Wanneer het stelsel wordt vergeleken met andere Europese landen¹ op het gebied van 'kwaliteit van zorg' en klantvriendelijkheid behoren we in de afgelopen tien jaar consequent tot de top drie. In het afgelopen jaar, tijdens de COVID-19-pandemie, hebben we ook het enorme verandervermogen van de zorg ervaren. Het is indrukwekkend om te zien hoe snel we in crisistijd in staat zijn de benodigde IC-capaciteit te creëren, effectieve en flexibele samenwerkingen op te zetten en de digitalisering van zorg te versnellen.

De COVID-pandemie heeft ons helaas ook laten zien wat er gebeurt wanneer het zorgstelsel onder druk komt te staan door tekorten aan mensen en middelen. De werkdruk die ontstaat bij zorgprofessionals, de (ethische) keuzes rondom verzorging, begeleiding en behandeling en de oplopende wachttijden zijn elementen die we niet structureel willen terugzien. Op dit moment is deze druk op het systeem gelukkig tijdelijk, tussen COVID-pieken door bestaan periodes waarin de druk afneemt en het systeem even tijd heeft om te herstellen.

Als we niks doen, zal de combinatie van de toenemende zorgvraag en de tekorten aan financiële en personele middelen in de nabije toekomst echter zorgen voor een consequente overbelasting van ons stelsel. De zorgvraag neemt in de komende twintig jaar significant toe, enerzijds door de bevolkingsgroei (meer dan 19 miljoen burgers in 2040) en anderzijds door de vergrijzing. In 2040 is meer dan een kwart van de Nederlanders 65 jaar of ouder². De vergrijzing zorgt voor een toename in de prevalentie van chronische aandoeningen en het aantal burgers met multimorbiditeit. In 2030 heeft namelijk 29% van de Nederlanders twee of meer aandoeningen³.

Als we niet ingrijpen, gaat de stijging van deze zorgvraag gepaard met een toename van de zorgkosten met gemiddeld 2,9% per jaar tot 174 miljard euro in 2040⁴ (een verdubbeling van de zorgkosten ten opzichte van 2015). Het is de vraag of Nederland dit bedrag kan én wil uitgeven aan de zorg. Als we het bedrag al kunnen en willen uitgeven, stuiten we direct op het volgende probleem: we hebben de mensen niet om deze zorg te leveren. Nu al is personeel in de zorg schaars, en deze schaarste neemt de komende jaren verder toe.

De zorg is in haar huidige vorm dus niet meer houdbaar en een structurele (en radicale) transformatie is noodzakelijk om onze zorg kwalitatief hoogstaand, toegankelijk en betaalbaar te houden.



De zorgvraag neemt in de komende twintig jaar significant toe

Zorgkloof maakt transformatie noodzakelijk

Uit cijfers⁴ van het RIVM blijkt dat – bij een ongewijzigd beleid – de zorguitgaven in de komende jaren significant gaan stijgen (zie figuur 1). Eén derde van deze stijging wordt veroorzaakt door demografische ontwikkelingen en twee derde door stijging door overige ontwikkelingen (bijvoorbeeld de gevolgen van innovaties op het gebied van medische technologie en welvaartstijging).

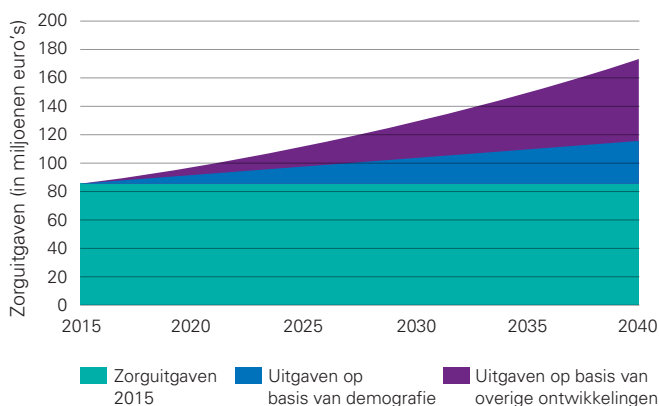
De stijging van de zorgkosten als gevolg van demografische ontwikkelingen komt voornamelijk voort uit de vergrijzing van de samenleving, de hogere zorgkosten komen rechtstreeks voort uit een stijging in

het zorggebruik. De vergrijzing heeft niet alleen effect op het zorggebruik, maar ook op de beschikbaarheid van zorgprofessionals. In Nederland werkt ongeveer 1 op de 6 werkenden in de zorg⁵. Wanneer, door de vergrijzing, het aantal werkenden in Nederland daalt, daalt – bij ongewijzigd beleid – ook het aantal zorgprofessionals.

In figuur 2 zien we de toekomstige zorgkloof in Nederland duidelijk ontstaan. Waar het verwachte zorggebruik met 34% stijgt richting 2040, daalt het verwachte aantal zorgprofessionals met 1%. Een transformatie van het zorglandschap is noodzakelijk om deze kloof te dichten.

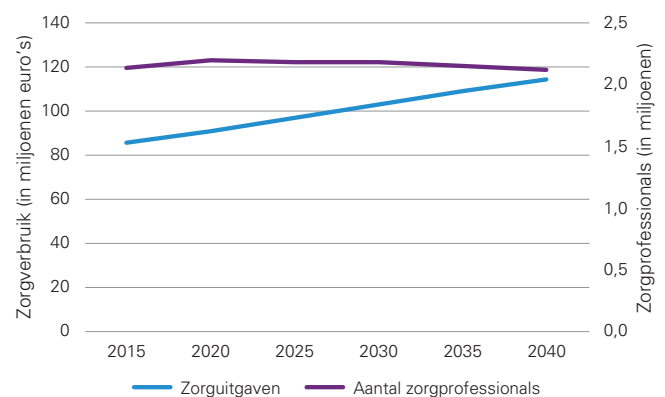
Figuur 1⁴

Prognose groei zorguitgaven ten opzichte van 2015



Figuur 2^{4, 6}

Zorgverbruik ten opzichte van beschikbare zorgprofessionals



Transformatie van het zorglandschap is gestart

In de afgelopen jaren zien we de transformatie van het zorglandschap langzaam op gang komen. Onderwerpen zoals nieuwe zorgleveringsmodellen, samenwerking, de arbeidsmarkt en digitalisering staan hoog op de agenda van bestuurders. Op verschillende plekken in het land zien we veelbelovende experimenten met nieuwe zorgconcepten.

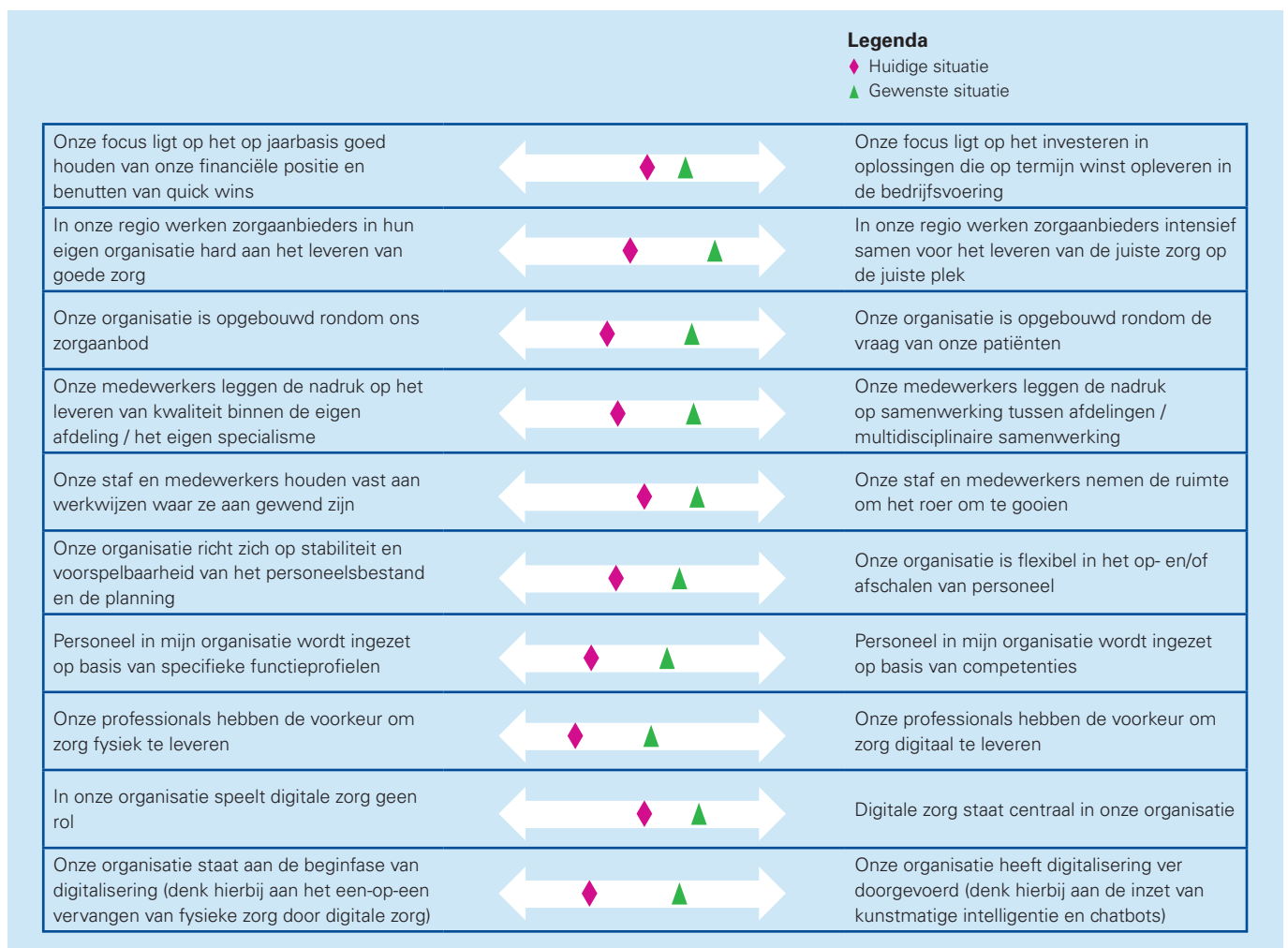
Als we bestuurders vragen waar hun organisatie momenteel staat op deze cruciale thema's ten opzichte van waar zij in de ideale situatie willen staan, wordt duidelijk dat er nog een flinke stap te zetten is (zie figuur 3). Wat opvalt als we naar de inhoudelijke uitdagingen kijken, is dat de zorg nog te veel georganiseerd is vanuit de eigen organisatie(belangen) in plaats van in samenwerking en vanuit het zorgaanbod in

plaats vanuit de zorgvraag. Ook blijkt dat er nog te weinig flexibiliteit is bij het inzetten van personeel en faciliteiten en dat de digitalisering nog in de kinderschoenen staat. Naast deze inhoudelijke uitdagingen zien we ook een uitdaging in het creëren van een cultuurverandering.

Onderstaande uitdagingen in beschouwing nemend is het de vraag of het veld met de bestaande aanpak voldoende in staat is om de benodigde transformatie tijdig te maken. Wat we zien in het veld zijn vooral incrementele verbeteringen in de vorm van goede initiatieven en mooie pilots. Het serieus opschalen van deze initiatieven blijkt al erg complex, laat staan het radicaal en veelomvattend omgooien van het roer. Dit is echter wel nodig om de uitdagingen in de komende jaren aan te gaan. We moeten met elkaar aan de slag.

Figuur 3

Bestuurlijke thema's – huidige en gewenste situatie op basis van enquête bestuurders in de zorg

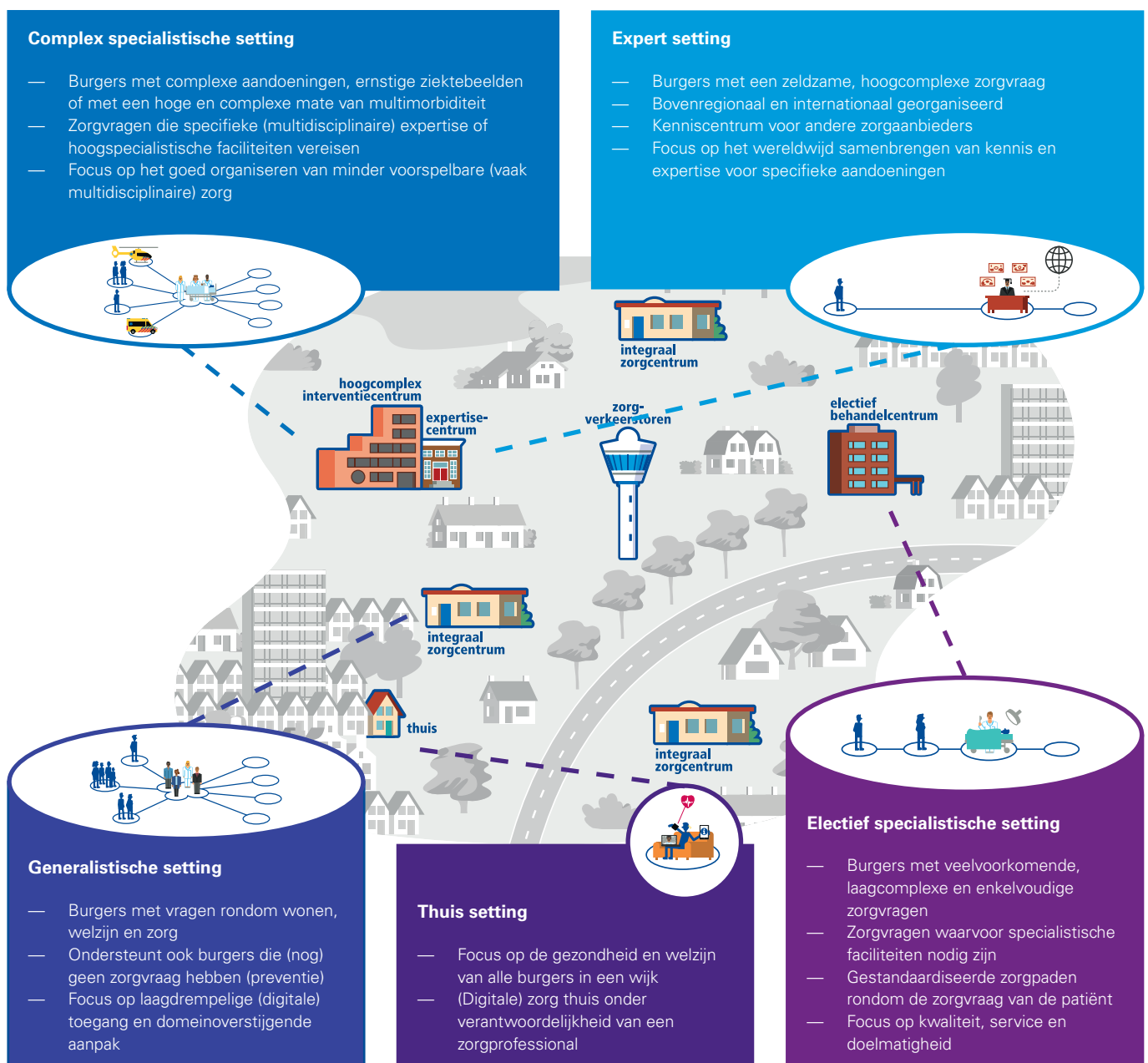


Vergaande transformatie vraagt om anders denken

Fundamenteel andere oplossingen vragen om een ander perspectief op het zorglandschap. In de vorige *Wie doet het met wie* beschreven we het toekomstig verbonden zorglandschap door middel van verschillende prototypes (zie figuur 4). De prototypes beschrijven de ideale setting voor zorg op basis van kenmerken van de zorgvraag en niet vanuit het aanbod en de bestaande organisaties.

Figuur 4

Settings in het zorglandschap van de toekomst



We kunnen de prototypes niet een-op-een plotten op ons huidige zorglandschap, de prototypes komen in de toekomst in verschillende mixvormen terug. Denk aan een ziekenhuis waar het electieve behandelcentrum en het hoogcomplexere interventiecentrum gecombineerd zijn. Of de combinatie van een integraal zorgcentrum met electieve zorg. Belangrijk is daarbij dat de organisatie van zorg en het logistieke proces per prototype van elkaar gescheiden zijn. Die focus op het type zorg en de organisatie daarvan wordt in de toekomst belangrijker dan de locatie.

Naast de gewenste transformatie door zorg in andere settings te organiseren, is het nog essentiëler om het zorgleveringsproces radicaal te transformeren. Gedreven door technologische mogelijkheden en tekorten op de arbeidsmarkt, zullen we steeds vaker kiezen voor de verbinding tussen mens en machine. Deze verbinding ondersteunt en versnelt de transformatie van zorgleveringsmodellen. Belangrijk daarbij is de optimale balans tussen digitale oplossingen waar mogelijk en menselijke kennis en aandacht waar nodig. Wanneer we technologie inzetten voor standaardprocessen en -procedures, creëren we tijd bij de – steeds schaarsere – zorgprofessionals op de elementen waar specifieke kennis en expertise of menselijke aandacht echt nodig is. Ook daarmee kunnen we ons zorgstelsel bestendig maken voor de toekomst.

De verbinding tussen mens en machine zal de belangrijkste verbindende schakel vormen tussen de verschillende settings. De burger en zijn zorgvraag bewegen zich over de verschillende settings heen (van thuis naar het integrale zorgcentrum en indien nodig naar het complexe interventiecentrum of electieve behandelcentrum en weer terug). De verbinding tussen deze settings wordt gemaakt door de (zorg)professionals (mens) en technologie (machine). Daarmee is het essentieel dat zowel technologie als zorgprofessionals zich flexibel kunnen bewegen tussen de verschillende settings (en dus over organisatiegrenzen heen) en de patiënt in alle facetten van de zorgbehoefte kunnen volgen.

Een succesvolle transformatie naar het verbonden zorglandschap creëert mogelijkheden voor meer focus op preventie, zorg dicht bij de patiënt, vergaande digitalisering en samenhangende integrale zorgprogramma's. Dit betekent hogere kwaliteit en meer toegankelijkheid voor burgers en minder druk op zorgprofessionals. Als we de zorg echt vergaand transformeren, zorgt dit er daarnaast ook voor dat de zorgkosten niet significant (+24%) stijgen, maar juist afnemen (-14%) (zie kader).

Om zorg in de juiste setting en dicht bij de burger te kunnen organiseren, moeten we de omgeving waarin de burger woont – de wijk – een belangrijkere rol geven in ons hele zorgsysteem. Concreet zijn er drie bewegingen die in gang gezet moeten worden om de transformatie vorm te geven:

- inzetten op gezonde wijken met preventieve aanpak;
- de wijk als het ankerpunt voor gezondheid;
- optimale inzet van specialistische kennis en dure faciliteiten.

In de volgende hoofdstukken geven we een concrete beschrijving van hoe het zorglandschap eruit zou zien als de drie bovengenoemde bewegingen in gang zijn gezet. Daarna geven we een overzicht van de belangrijkste belemmeringen om de benodigde bewegingen te maken en bieden we inzicht in de wijze waarop we de belemmeringen ('vertragers') kunnen omzetten in versnellers.

Vergaande transformatie zorgt voor kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg, ook in de toekomst

Om een beeld te krijgen van wat een volledige transformatie van het zorglandschap Nederland kan opleveren, hebben we een businesscase ontwikkeld. In deze businesscase kijken we wat het meest vergaande scenario van transitie van de zorg binnen de Zvw en Wmo zou opleveren.

We hebben in deze businesscase drie stappen doorgerekend (zie ook de nummers in de figuur hieronder):

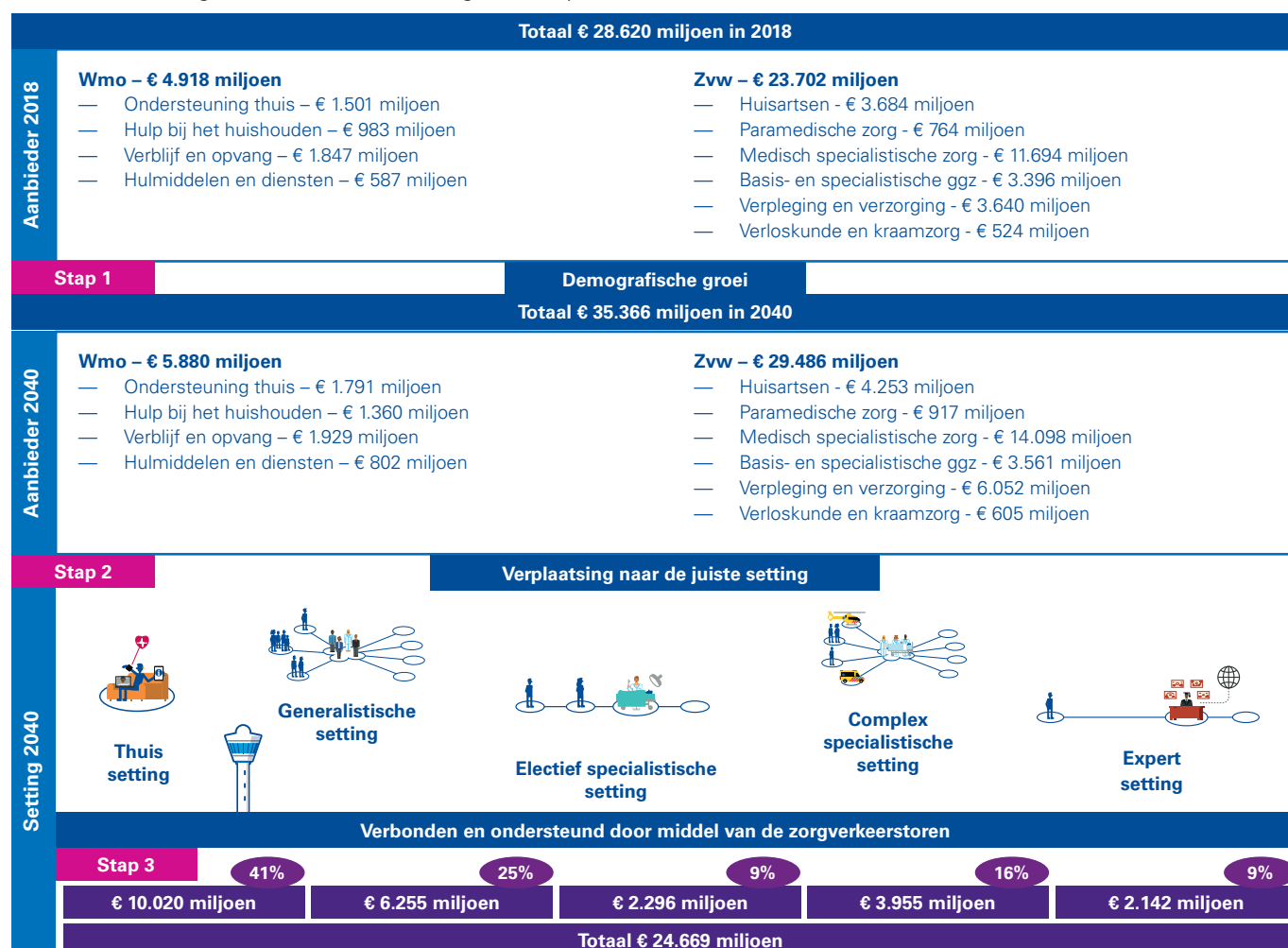
1. De verwachte groei van de zorgvraag (in euro's) op basis van demografische groei.
2. De verschuiving van zorg vanuit de huidige aanbieders naar de juiste setting.
3. Verwachte efficiëntiewinst per setting door preventie, zinnige zorg, substitutie, digitalisering en samenwerking.

Uit de businesscase blijkt dat een vergaande transformatie van het zorglandschap ervoor kan zorgen dat de zorgkosten niet significant (+24%) stijgen, maar juist afnemen (-14%). We realiseren ons dat we hier een optimaal scenario schetsen en dat deze resultaten waarschijnlijk niet volledig te realiseren zijn in de werkelijkheid. Het zou echter al een hele prestatie zijn als het ons gezamenlijk lukt om de kosten gelijk te houden in de komende 20 jaar.

Belangrijk om in ogenschouw te nemen is wel dat in de businesscase enkel rekening is gehouden met de jaarlijks terugkomende uitgaven voor zorg. De eenmalig benodigde transitiekosten zijn niet meegenomen, terwijl een significante investering wel noodzakelijk zal zijn. Aan het einde van deze publicatie staat een korte beschrijving van de aanpak en de bronvermeldingen van de businesscase.

Figuur 5

Businesscase vergaande transformatie zorglandschap



'Health-Sandbox' als basis voor collectieve ontwikkelkracht en investeringsruimte

Het is duidelijk dat realisatie van de businesscase vraagt om een radicale transformatie op basis van ontwikkeling van nieuwe faciliteiten en technologie en de bijbehorende investeringen. Denk aan ontwikkeling en investeringen op het gebied van digitale technologie, het creëren van de data-infrastructuur, AI en, bijvoorbeeld, nieuwe woon-zorgvormen. Daarnaast zal ook afbouw en transformatie van de huidige infrastructuur nodig zijn. Op dit moment lijken vooral de zorgaanbieders aan zet om de ontwikkeling van deze concepten op te pakken en de benodigde investeringen te doen (verbouwingen, aanleg data-infrastructuur, aanschaf nieuwe technologie en digitale middelen). Daarmee zetten we ongewild de voortgang van de transformatie op slot.

Inhoudelijk gezien vragen de nieuwe concepten en technieken die nodig zijn, om een stevige expertisebasis om te ontwikkelen en vooral efficiënt op te schalen. In dat licht is een goede combinatie tussen collectieve en lokale ontwikkelcapaciteit nodig. Collectief waar het gaat om complexe infrastructuur, technologie en bijvoorbeeld platformontwikkeling. Lokaal gericht op toepassing en de

combinatie met innovaties die lokaal goed werken. Op financieel vlak zijn, gelet op de lage marges bij de zorgaanbieders, niet de financiële middelen beschikbaar om de totale transformatie te dragen. De transformatie vraagt dan ook om collectieve en breed gedragen investeringen. Naast aanbieders zullen juist ook partijen als de verzekeraars, overheden en bijvoorbeeld institutionele beleggers zoals pensioenfondsen middelen ter beschikking moeten stellen voor de benodigde investeringen. In dat licht pleiten wij voor het opzetten van landelijke 'health-sandboxes' van waaruit innovaties en ontwikkelingen voor het veld ter beschikking komen. Niet om lokale innovatie over te nemen, maar wel om die te ondersteunen en te versnellen. In de landelijke health-sandboxes kunnen expertisecentra, onderzoeksinstituten en industrie samenwerken. Uniek is dat ze expliciet gericht zijn op zorg en welzijn en een duidelijke opdracht hebben vanuit de transformatie die nodig is. De health-sandboxes zijn te financieren vanuit de collectieve investeringen. Lokale aanbieders en financiers zijn dan verantwoordelijk voor de financiering van implementaties en lokale innovatie.



"Basis en top kunnen niet zonder elkaar"



Hester den Hartog



Rob Dillmann

De toekomst van de zorg is hybride. Kiezen voor specialiseren of voor brede zorg? Kiezen voor centraal of voor decentraal? Kiezen voor maatwerk of voor one-size-fits-all? Hester den Hartog (De Viersprong) en Rob Dillmann (Isala), beiden nauw betrokken bij complexe zorg, schudden het hoofd. "Dit zijn niet de keuzes. De keuzes gaan over slimme manieren waarop je deze uitersten juist met elkaar kunt verbinden."

Wat is de zin van expertise zonder connectie met de dagelijkse zorg voor patiënten, zonder de mogelijkheid al die kennis en kennisontwikkeling ook daar toe te passen? Hester den Hartog, zorginhoudelijk bestuurder en klinisch psycholoog van ggz-instelling De Viersprong, wil er geen misverstand over laten bestaan. Het is heel mooi om erkenning te krijgen als hoogspecialistisch expertisecentrum rond persoonlijkheid, gedrag en gezin, maar, zo zegt ze: "de maatschappelijke meerwaarde van De Viersprong zit vooral in het zo breed mogelijk beschikbaar maken van die kennis en expertise." Dus: "Opereren zonder lokale verbinding? Dat gaat echt niet werken."

Meerdere gezichten

Rob Dillmann, bestuursvoorzitter van Isala, staat voor dezelfde opgave: bruggen slaan tussen complexe zorg en basiszorg. Isala is een topklinisch ziekenhuis dat beschikt over diverse complexe interventiecentra, maar die centra zijn uiteraard niet de enige activiteit. "Het is typerend voor topklinische ziekenhuizen dat ze meerdere gezichten hebben", aldus Dillmann. "Strategisch is het, zeker met het oog op je investeringen, altijd de vraag hoe lang dat vol te houden is. Maar wij kiezen toch steeds voor de combinatie: enerzijds volume, anderzijds expertise." Dat betekent wel dat de consolidatietrend zich voorlopig voortzet, denkt Dillmann, mede omdat de investeringen om beide 'gezichten' in stand te houden steeds groter worden. "Dus is schaalgrootheid vereist."

Investeringsdilemma

Voor De Viersprong is dat ook een lastig punt. "We weten heel goed dat we technologie nodig hebben, want technologie maakt het mogelijk om meer passende en meer gepersonaliseerde zorg te verlenen", aldus Den Hartog. "We willen graag die technologie 'op maat' ontwikkelen, want voor de ene patiënt werkt de ene oplossing nu eenmaal beter dan voor de andere. Maar dat vergt dus behoorlijke investeringen en wij hebben maar een bescheiden investeringsbudget." Hetzelfde geldt voor de investeringen in het wetenschappelijk kenniscentrum van De Viersprong. Den Hartog: "Het wordt steeds moeilijker dat centrum van budget te voorzien. Maar uit hun werk kunnen wel oplossingen komen om kosten te besparen en wachtlijsten aan te pakken: een dilemma."

Kracht van samenwerking

Dillmann wijst in dat opzicht op de kracht van samenwerking. "Ook wij willen veel in technologie investeren, bijvoorbeeld omdat we via connected care ons aanbod kunnen verbreden in de basiszorg. Daarnaast willen we de investeringslijn in hoogcomplexiteit op peil houden. Kan dat? Die vraag komt geregeld aan de orde in de regionale en nationale samenwerkingsverbanden waarin we participeren. We weten allemaal dat innovatie veel goeds met zich meebrengt. Kunnen we dan misschien samen een investeringsagenda opstellen? Dat is de uitdaging die ik nu zie, en ik ben hoopvol: de mogelijkheden hiervoor zullen zich uitbreiden."

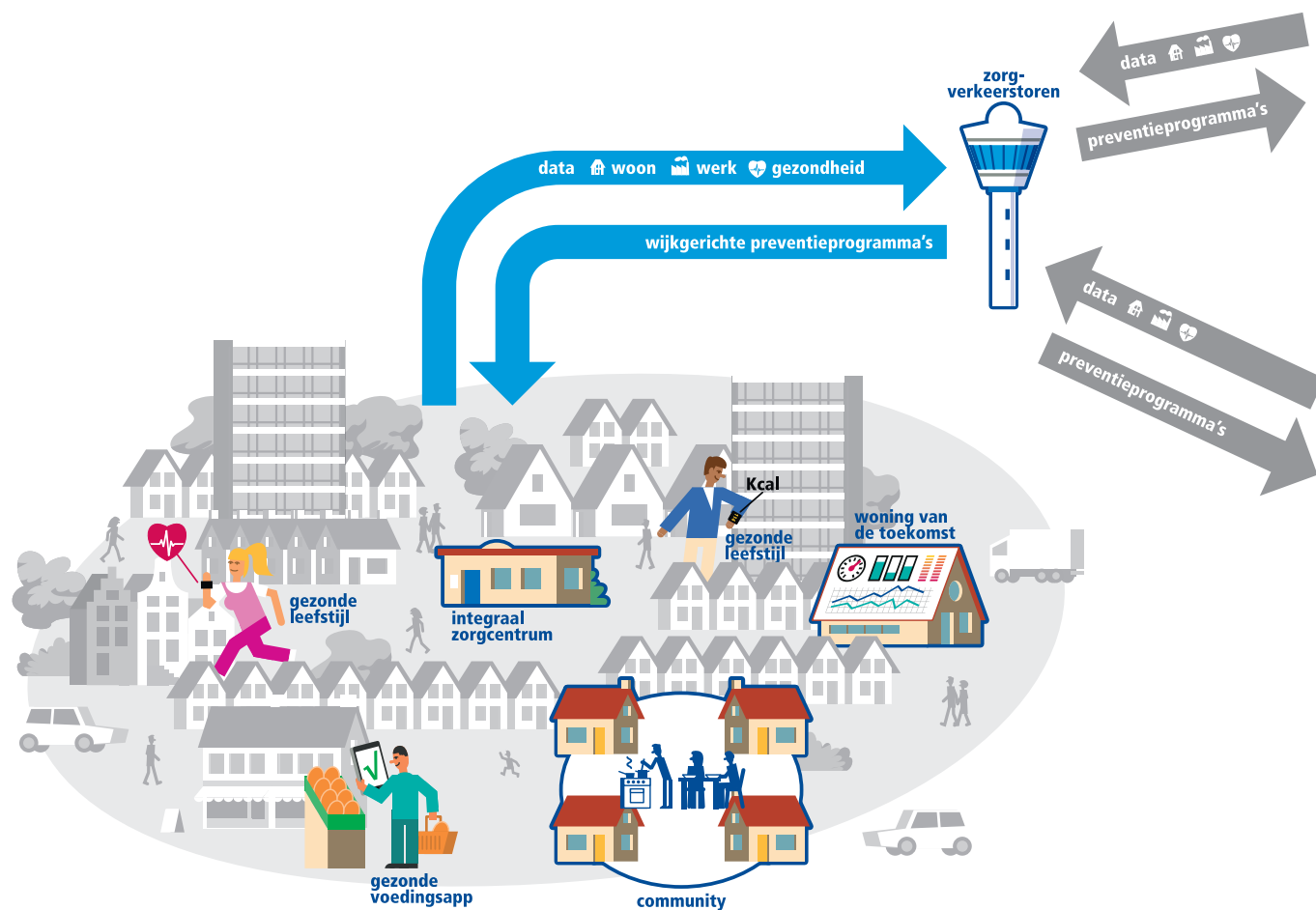
2 Inzetten op gezonde wijken met preventieve aanpak

Binnen Nederland zijn er grote verschillen in levensverwachting. Zelfs binnen één stad kan de levensverwachting van burgers sterk wisselen. Zo bestaat bijvoorbeeld binnen Rotterdam een verschil van 5,4 jaar in levensverwachting tussen de wijken Charlois (78,3 jaar) en Barendrecht (83,7 jaar). Per metrostation op de Zuidlijn vermindert de levensverwachting met een jaar. Dit komt onder andere doordat gezondheidsproblematiek een belangrijke grondslag kent in sociale, economische en

welzijnsproblematiek: eenzaamheid, een ongezonde levensstijl, geldzorgen of gebrek aan een zinvolle dagbesteding. Problematiek die (indien niet vroegtijdig aangepakt) kan leiden tot zorgvragen. Door de basis op orde te brengen en te investeren in een stabiele woon-, werk- en sociale situatie kan een deel van de huidige zorgvraag voorkomen worden. Het creëren van gezonde wijken met een preventieve aanpak is dus essentieel in de transformatie van het zorglandschap.

Figuur 6

Inzetten op gezonde wijken met preventieve aanpak



Preventieve, wijkgerichte aanpak op basis van inzichten uit data

Om de verschillen in levensverwachting tussen wijken te verkleinen is een preventieve, wijkgerichte aanpak nodig. Integraliteit en samenwerking staan daarbij centraal. De achterliggende problematiek, en dus ook de oplossing, verschilt per wijk. Zo zie je bijvoorbeeld over het algemeen in een wijk met een lagere sociaal-economische status meer diabetes door ongezonde voeding en in een wijk met een hoge sociaal-economische status meer psychische problematiek bij kinderen door hoge druk vanuit de omgeving.

Belangrijke uitdagingen voor een wijkgerichte aanpak zijn 1) goed inzicht krijgen in de belangrijkste bepalende parameters op het gebied van wonen, werk en gezondheid in de wijk, 2) relaties leggen tussen de verschillende inzichten en 3) concrete wijkgerichte (preventieve) programma's formuleren. Voor de eerste twee uitdagingen is het goed inzetten van de mogelijkheden van data(analyse) cruciaal. Data-analyse geeft de mogelijkheid om verschillende (op het oog misschien ongerelateerde) data te koppelen, om te kijken naar (verrassende) verbanden tussen wonen, werk en gezondheid. Op basis van data kan niet alleen de huidige situatie in kaart gebracht worden, maar kunnen ook voorspellingen worden gedaan over de toekomstige situatie in de wijk. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek van prof. dr. Eric Steegers, die op basis van data-analyses inzichtelijk heeft gemaakt dat vroeggeboortes en babysterfte veel vaker voorkwamen in achterstandswijken, waarvoor armoede en bijkomende stress de meest bepalende factor is⁷.

Om de juiste overstijgende inzichten te krijgen, over wijken heen van elkaar te kunnen leren en voldoende investeringsmogelijkheden te hebben, zal de data-analyse niet-lokaal ingericht moeten worden. Echter, er

bestaan grote verschillen tussen wijken, zowel in burgers als in lokale zorg- en welzijnsstructuren. Het is daarom cruciaal voor een succesvolle wijkgerichte aanpak dat de interpretatie van de resultaten en het opstellen van een actieplan juist lokaal gebeurt, binnen de bestaande structuren van de wijk.

Op basis van alle inzichten uit de data-analyse worden in de wijk preventieve programma's opgezet. Het doel hiervan is de gezondheid van de burgers zo veel mogelijk te stimuleren en sociale netwerken te creëren vanwaaruit zelfredzaamheid wordt ondersteund. De programma's kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op het stimuleren van beweging, het opbouwen van een sociaal netwerk, financiële hulp of huisvesting. Het is hierbij van belang dat deze programma's breed en geïntegreerd in de wijk worden vormgegeven en onderdeel zijn van het dagelijks leven van burgers. Dit betekent dat niet alleen zorgorganisaties betrokken zijn, maar ook de lokale supermarkt of school een belangrijke rol kunnen spelen in het programma, bijvoorbeeld in het vroeg signaleren van problematiek en het stimuleren van gezonde keuzes.

De coördinatie van alle preventieve activiteiten in de wijk ligt op één punt, bij 'de wijkmanager'. Het kan per wijk verschillen wie deze rol op zich neemt. Wie de rol van wijkmanager vervult hangt niet zozeer samen met opleiding of achtergrond, maar meer met het bezitten van competenties als het houden van overzicht in een wijk, het vertalen van inzichten uit data naar informatie over de wijk, het vertalen van deze informatie naar behoeften aan programma's en het verbinden met de wijk. De wijkmanager vormt de oren en ogen van de wijk, hij of zij weet wat er speelt en kan hierdoor de juiste interpretatie geven aan de resultaten van de data-analyse. Daarnaast is de wijkmanager de spil tussen alle betrokken instanties.



Inzicht geven in zowel gezondheidsparameters als welzijnsfactoren - DSRIP Programma (USA)

In het Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP)-programma wordt het Medicaid-zorgsysteem hervormd. Binnen DSRIP bestaan diverse initiatieven waarin zowel gezondheids- als sociale determinanten worden gebruikt om de gezondheid van inwoners te verbeteren. Een voorbeeld is een experiment^a waarin de voedselbank en gemeenschapsorganisaties samenwerken om de gezondheid en het welzijn te verbeteren van mensen die worstelen met voedselonzeekerheid. Met data-analyse is in kaart gebracht in welke wijken honger voorkomt en welke wijken een hoog risico vormen. Ook is de relatie tussen voedselonzeekerheid en sociale behoeften in kaart gebracht. Op basis van deze data-analyses zijn wijkspecifieke interventies ingezet. De uitkomsten van vragenlijsten onder deelnemers vormen steeds input om interventies verder aan te passen aan de doelgroep.

De woonomgeving van straks is de zorgverlener van nu

Het creëren en behouden van gezonde wijken kan, naast de wijkgerichte aanpak, verder versterkt worden door innovatieve woonvormen. Nieuwe woonconcepten waarbij verbinding en sociale contacten gestimuleerd worden, zorgen voor een stijging in de zelfredzaamheid doordat burgers elkaar gaan ondersteunen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan kleinschalige wooncomplexen voor kwetsbare ouderen, het samenleven van kwetsbare en minder kwetsbare groepen en het herontwikkelen van terreinen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) ten behoeve van gemeenschappen.

Deze woonconcepten focussen niet alleen op wonen, maar juist op het creëren van verbinding tussen de bewoners. Dit gebeurt door bewoners te stimuleren actief bij te dragen aan de community, bijvoorbeeld door andere bewoners te ondersteunen of activiteiten te ondernemen in de gemeenschappelijke ruimtes (denk bijvoorbeeld

aan samen koken en eten). Het gevolg is dat kwetsbare burgers zelfredzamer worden en/of een (groter) sociaal netwerk opbouwen.

Naast de bredere innovatieve woonconcepten kunnen ook individuele huizen in de toekomst steeds meer bijdragen aan de gezondheid van burgers en het verlichten van de druk op het zorgstelsel. Woningen van de toekomst bevatten steeds meer digitale toepassingen die burgers stimuleren om gezond te leven en/of te ondersteunen in geval van een minder goede gezondheid.

Voor gezonde burgers heeft de woning van de toekomst voornamelijk een informatieve en preventieve rol. Denk hierbij bijvoorbeeld aan monitoring van belangrijke lichaamswaarden en applicaties voor het stimuleren van gezonde voeding en/of voldoende beweging. Wanneer we echt een stap verder in de toekomst zetten, worden de lichaamswaarden mogelijk direct gekoppeld aan de 'gezondheidsmonitor' thuis, die door middel van kunstmatige intelligentie afwijkende waarden snel kan detecteren, hier direct de benodigde informatie over kan verstrekken en indien gewenst een waarschuwingssignaal kan afgeven. Het monitoren van gezondheid is daarbij niet nieuw, maar wel om dit te doen in populaties en ook bij 'gezonde' burgers die (nog) geen zorgvraag hebben.

Voor minder gezonde en/of kwetsbare burgers kan de woning van de toekomst zelfs een deel van de mantelzorg en/of professionele zorg overnemen en kwaliteit van leven van burgers bevorderen. Zo kan het huis van de toekomst (dementerende) ouderen stimuleren langer thuis te wonen en daarmee het spectrum tussen thuis en verpleeghuis oprekken. Ouderen worden ondersteund om zo lang mogelijk hun zelfstandigheid en vrijheid te behouden en zo hun fysieke en cognitieve gezondheid vast te houden. Professionele zorg wordt op die manier zo lang mogelijk uitgesteld. Dit kan bijdragen aan het oplossen van de tekorten op de arbeidsmarkt.

Gezondheid is een eigen verantwoordelijkheid, de burger heeft zijn eigen rol

Om de zorg voor iedereen betaalbaar en toegankelijk te houden is er – aan de voorkant – meer nodig dan een wijkgerichte aanpak en innovatieve woonconcepten. Hiervoor is namelijk ook een verandering in het gedrag van burgers noodzakelijk. Enerzijds om burgers zelf een grotere verantwoordelijkheid te laten nemen voor de eigen gezondheid en anderzijds om burgers meer open te laten staan voor alternatieve (veelal digitale) zorgvormen. Uit onderzoek blijkt al jaren dat een gezonde leefstijl een positief effect heeft op de consumptie van zorg. Als burgers meer verantwoordelijkheid nemen voor de eigen gezondheid door te sturen op een gezonde leefstijl, heeft



Een innovatief woonzorgconcept gericht op de community: Simeon & Anna (Rotterdam)

Al geruime tijd investeert de gemeente Rotterdam op diverse manieren in nieuwe woonzorgconcepten. De gemeente werkt met een gedeelde visie vanuit het sociale en fysieke domein, heeft hiervoor stakeholders bijeengebracht en een Langer Thuis Akkoord afgesloten. Juist in de oude stadswijken van Rotterdam is dit een ingewikkelde opgave, maar verschillende partijen verkennen nu toch samen hoe het (o.a. financieel) mogelijk gemaakt kan worden. Hierbij wordt ook gebruikgemaakt van de beloftevolle ervaringen met een innovatief woonconcept 'Samen en Anders' in Rotterdam-Zuid.

Nadat in 2016 bleek dat een traditioneel verzorgingstehuis niet langer geschikt was voor het leveren van complexe zorg, bedacht de eigenaar (woningbouwcorporatie Laurens Wonen, inmiddels MaasWonen) gezamenlijk met partners een nieuw woon(zorg)concept: Samen & Anders. Het complex (265 appartementen) is gevestigd in een wijk met veel kwetsbare bewoners met een achterstand, bijvoorbeeld op het gebied van werk, opleiding, gezondheid, sociaal netwerk en taal. Het doel van het nieuwe woonzorgconcept is om kwetsbare en niet-kwetsbare burgers uit de wijk samen te brengen en elkaar te laten ondersteunen, om zo de zelfredzaamheid te vergroten en kwetsbare burgers meer onderdeel te maken van de maatschappij.

Ontmoeten en sociale interactie staan hierbij centraal.

Iedereen die een woning huurt in het complex moet zich minimaal tien uur per maand inzetten voor de community, dit is ook contractueel vastgelegd in de huurovereenkomst. De invulling van deze uren is afhankelijk van ieders talenten en draaglast. Bewoners kunnen bijvoorbeeld boodschappen doen voor de burens, de burens ondersteunen bij de financiële administratie of meehelpen met het onderhoud van het gebouw of de tuin. Op de begane grond van het gebouw zijn bedrijven gevestigd die bijdragen aan de doelstellingen van het concept. De eerste effectmeting laat significante resultaten zien. Allereerst is de kwaliteit van leven van de bewoners gestegen van gemiddeld 4,3 naar 8,5 en zijn de bewoners (financieel) zelfredzamer. Daarnaast is de totale jaarlijkse kostenbesparing ongeveer 1,9 miljoen euro (o.a. uitkeringen, uitgaven binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en uitgaven door zorgverzekeraars) en het maatschappelijke rendement 1 op 4 euro. Dit betekent dat voor elke euro die het project kost, de maatschappij 4 euro verdient (dit zijn verdiensten die niet binnen de coöperatie vallen, maar bij andere derde partijen).

dit dus ook een significant effect op de omvang van de zorgvraag. Het is een illusie om te denken dat burgers dit uit zichzelf gaan doen. Niet altijd omdat ze het niet willen, maar simpelweg omdat een groot deel van de bevolking hier niet de benodigde kennis voor heeft of de (langetermijn)consequenties niet goed kan overzien. Dit betekent dat we een systeem moeten creëren dat burgers de benodigde informatie en inzichten in de eigen gezondheid verschaft, ondersteunt bij het maken van gezonde keuzes en gezond gedrag beloont.

Eenzijds betekent dit dat gezond leven onderdeel moet zijn van de maatschappij en eigenlijk 'met de paplepel ingegoten' moet worden. Een mooi voorbeeld hiervan is het onderzoek van Maastricht University naar de Gezonde Basisschool van de Toekomst. Uit dit onderzoek blijkt dat kinderen aan wie op school gezonde voeding wordt

aangeboden niet alleen een gezonder gewicht behouden, maar deze gezonde leefstijl ook mee naar huis nemen. Anderzijds betekent dit ook dat we burgers moeten ondersteunen om goed inzicht te krijgen in de eigen gezondheid en moeten leren hoe ze op basis van deze inzichten keuzes kunnen maken voor een gezonde leefstijl. Hierin kunnen we een voorbeeld nemen aan Israël, waar kunstmatige intelligentie burgers volop ondersteunt om zichzelf thuis te onderzoeken en waar burgers op gepersonaliseerde websites toegang hebben tot gezondheidsinformatie. Sociale innovatie en digitalisering gaan daarmee hand in hand.

Het tweede punt, openstaan voor alternatieve (veelal digitale) zorgvormen, is ook essentieel. Op dit moment bestaat er in de maatschappij nog regelmatig weerstand tegen het 'vervangen' van fysieke zorg door een digitaal

alternatief. Om de zorg echter ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk te houden, moeten we goed nadenken over hoe we schaarse arbeidskrachten het beste inzetten. Dit betekent zorgprofessionals daar inzetten waar ze de meeste toegevoegde waarde kunnen leveren en open blijven staan voor de mogelijkheden die sociale en technologische innovaties bieden om de overige zorg op de best mogelijk manier te bieden. Burgers moeten daarbij gefaciliteerd en ondersteund worden om gemakkelijk gebruik te kunnen maken van digitale zorg. Het opdoen van goede ervaringen en het ervaren van gebruiksgemak zorgen voor een afname van eventuele weerstand.



De woning als mantelzorger – Masi Mohammadi (Nederland)

Masi Mohammadi, hoogleraar Smart Architectural Technologies aan de Technische Universiteit in Eindhoven, ontwerpt woningen waarin technologie deels de rol van mantelzorgers overneemt. De woningen zijn in eerste instantie huiselijk en empathisch. Maar verborgen technologie helpt de bewoner, bijvoorbeeld een dementerende oudere, de dag door. Rond etenstijd wordt een boterham geprojecteerd op de muur en op de vloer verschijnen pijlen die de bewoner naar de keuken leiden. De woning ondersteunt 's avonds bij het koken. Als het bedtijd is, worden de lichten in de woonkamer uitgeschakeld en wordt de bewoner door middel van verlichting van de badkamer naar de slaapkamer geleid. De bewoner wordt cognitief uitgedaagd en slimme vloeren meten het valrisico. De woning nodigt uit om naar buiten te gaan en buiten kan de oudere vrij bewegen binnen GPS-zones die met digitale hekken zijn afgezet. Door middel van data-analyses worden veranderingen in patronen herkend, zoals in dag- en nachtritme, continuentie, visus en gehoor. Op basis hiervan kunnen preventieve maatregelen genomen worden.

Spaarpunten voor gezond gedrag – Discovery Vitality (Zuid-Afrika)

Zorgverzekeraar Discovery in Zuid-Afrika is al verscheidene malen internationaal uitgeroepen tot een van de beste verzekeraars. Een van de pijlers onder deze topositie is het programma Vitality, dat deelnemers faciliteert, aanmoedigt en belooft om zich gezond te gedragen. Deelnemers verdienen punten door deelname aan preventie en screening (bijvoorbeeld het invullen van online assessments, het uitvoeren van gezondheidschecks of stoppen met roken) gezond eten en bewegen. Met leeftijdsgebonden programma's wordt ingespeeld op specifieke behoeften en interventies voor die groepen. Zo wil Discovery met Vitality Baby en Vitality Kids bij kinderen een basis leggen voor gezonde gewoonten in de toekomst. Sinds kort is er ook een specifiek programma voor 65+'ers. Naast aangepaste beweegprogramma's worden ouderen ook beloofd voor deelname aan screening voor bijvoorbeeld zicht en risico op vallen. De gespaarde punten kunnen ingezet worden voor reizen (vluchten, hotels, autohuur), films en concerten en voor producten bij partners zoals Toys'R'Us en Uber. Deelnemers krijgen ook tot 25% korting op gezonde voeding en op lidmaatschap voor sportscholen.

De resultaten zijn veelbelovend. De uitgaven aan gezonde voeding zijn met 9,3% toegenomen en de uitgaven aan ongezonde voeding met 7,2% afgenomen. Het aantal sportactiviteiten is toegenomen en het aantal gezondheidsscreenings nam met 26% toe. Het aantal ziekenhuisopnames daalde met 10%, de ligduur met 25% en de kosten per patiënt met 14%.



"Technology is straks onmisbaar in de ouderenzorg"



Conny Helder

Masi Mohammadi

Te vaak nog wordt technologie in de zorg beschouwd als een speeltje voor dagdromers. Conny Helder, bestuurder bij tanteLouise, en Masi Mohammadi, hoogleraar architectuur, leggen uit waarom het pure noodzaak is om technologie in de ouderenzorg te integreren.

Meneer Van Lunteren is vergeetachtig aan het worden. Fysiek gaat het nog best goed, maar hij vergist zich steeds vaker. Steeds vaker moet hij ook even gaan zitten om na te denken wat hij eigenlijk aan het doen was en wat er eigenlijk moest gebeuren. "Zijn woning kan meneer Van Lunteren helpen", zegt Masi Mohammadi. "Als de wekker 's ochtends gaat, zegt een stem wat hij moet doen om zich aan te kleden. Pictogrammen op de vloer wijzen hem de weg door het huis. 's Middags helpt een begeleidingssysteem hem bij het koken. Als hij per ongeluk een koffiekopje in de pan doet in plaats van een aardappel, dan merkt het systeem dat op en wordt hij geholpen om dat te corrigeren."

Mohammadi bekleedt de leerstoel Smart Architectural Technologies aan de faculteit Bouwkunde van de TU Eindhoven en daarnaast is ze lector Architecture in Health bij het Kenniscentrum Technologie en Samenleving van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Samen met een multidisciplinair team voert ze tientallen experimenten uit met de implementatie van technologie in de zorg, allemaal rond de woning. "De woning is de mantelzorger van de toekomst", zegt ze. "Maar we zijn pas in de eerste fase: de woning als hulpmiddel. We werken aan de volgende fase: de woonomgeving als stimulans, als prikkel om langer gezond te blijven. En we willen toe naar een derde fase: de woonomgeving als medicijn. Het kan!"

Ouderentoeekomst

Dat is ook Conny Helder uit het hart gegrepen. Zij is bestuurder van zorgorganisatie tanteLouise (verpleeghuiszorg en revalidatie) en aanjager van diverse innovatieve projecten in de ouderenzorg in West-Brabant. "Maar ik spreek liever van ouderentoeekomst dan van ouderenzorg", zegt Helder, ook lid van het bestuur van

ActiZ. "Want tanteLouise wil een omgeving creëren die stimuleert dat mensen zo veel mogelijk hun leven kunnen voortzetten."

Zorg in de vorm van preventie, noemt Helder dat. Een omgeving creëren die veilig is, maar tegelijkertijd zo veel mogelijk de zelfstandigheid bevordert, zo veel mogelijk prikkelt tot activiteit en zo veel mogelijk uitnodigt om de dag samen met anderen door te brengen. Zo onderzoekt tanteLouise momenteel rond nieuwbouwplannen (in een West-Brabants dorp) of een nieuwe, centrale locatie eigenlijk wel de beste oplossing is. "We moeten creatief zijn en nadenken hoe we ouderentoeekomst gaan vormgeven, met andere middelen om het leven van de ouderen in die gemeenschap zo gezond mogelijk te houden en te maken. Bijvoorbeeld een wijk waar ouderen zich zelfstandig kunnen bewegen, beveiligd door digitale signalering."

Emotionele intelligentie

Die (technologische) middelen zijn deels voorhanden, maar Mohammadi is de eerste om erop te wijzen dat de weg naar bijvoorbeeld volkomen betrouwbare begeleidingssystemen nog lang is. "De cognitieve intelligentie is er wel, we werken nu aan het ontwikkelen van de emotionele intelligentie die ook nodig is om echt voor mensen te kunnen zorgen. Maar dat is eigenlijk nog braakliggend terrein."

Intussen begint de tijd wel te dringen. Helder is kritisch, ook op de eigen initiatieven. "Het zijn prachtige projecten allemaal, maar we moeten nu echt stappen gaan maken. We moeten weg uit de sfeer van: kijk eens wat er allemaal kan. We moeten het nu echt gaan doen. Want over vijf jaar hebben we niet genoeg personeel meer om voor onze ouderen te zorgen en zijn we afhankelijk van wat de technologie dan kan. Daarom moeten we daar nu in investeren. Een wensdroom? Nee, het moet gewoon."

3 De wijk als ankerpunt voor gezondheid

In het vorige hoofdstuk beschreven we een nieuwe werkelijkheid waarin het stimuleren van gezondheid en preventie van zorg vergaand geïntegreerd zijn in het dagelijks leven. Een sleutelrol voor deze verandering is weggelegd voor de ontwikkeling van de wijk(gerichte aanpak). Ook in de volgende stap, wanneer een burger (ondanks de preventieve maatregelen) een zorgvraag ontwikkelt, staat de wijk centraal.

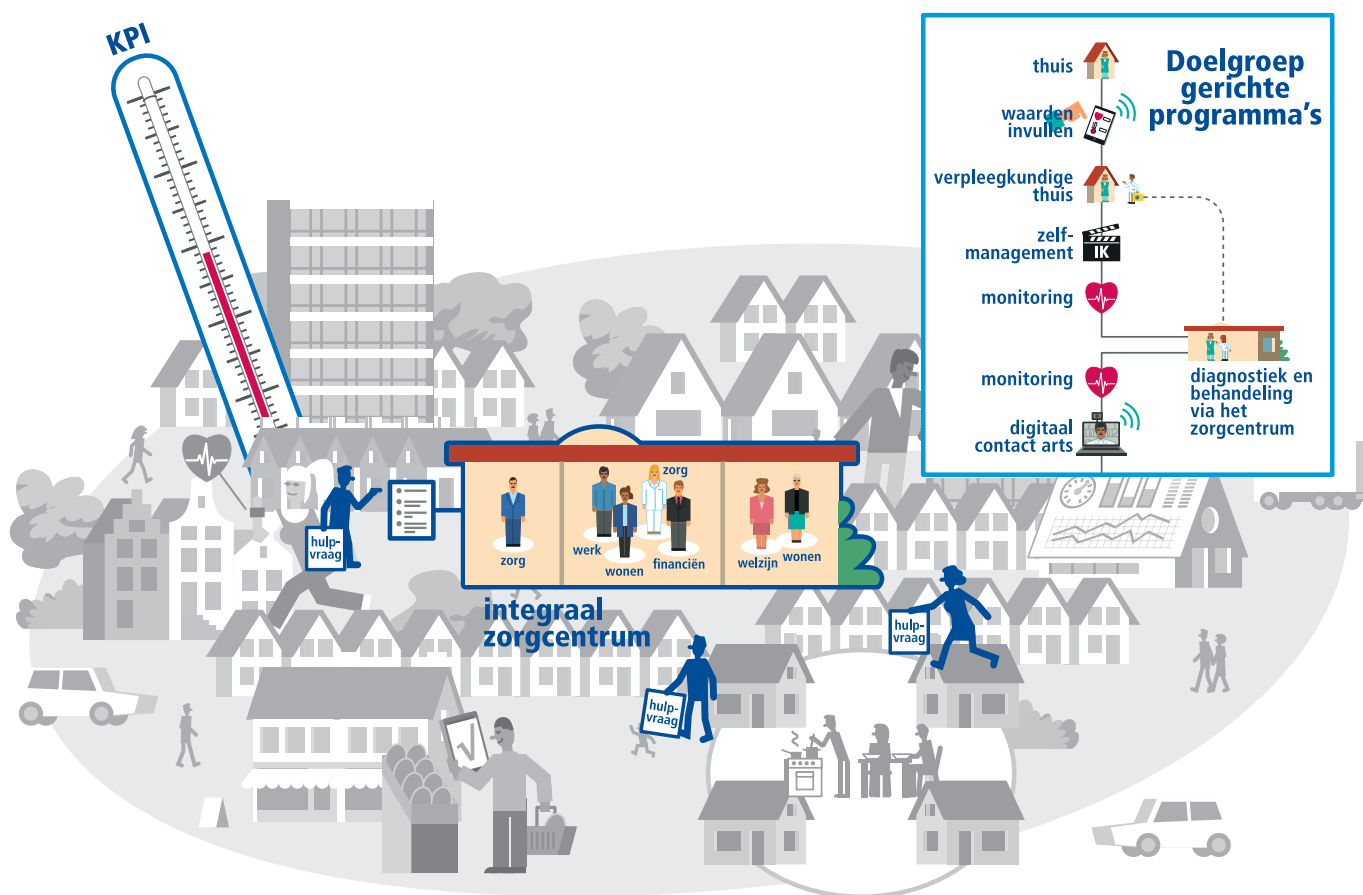
In de huidige situatie focust de transformatie van zorg zich in Nederland nog voornamelijk op de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn en/of de thuissituatie. Deze verplaatsing van zorg is, vanwege ontwikkelingen zoals de vergrijzing, de arbeidsmarktkrapte en de financiële druk, een belangrijke beweging om de zorg toekomstbestendig in te richten. Een belangrijk risico voor het transformatieproces is echter dat we nog te veel denken vanuit bestaande structuren.

Oorzaken hiervan zijn de historische rolverdelingen tussen organisaties en de schotten die hierdoor zijn ontstaan in de zorg. Individuele organisaties hebben zich ontwikkeld op hun eigen segment van de zorg, maar een echte integrale aanpak ontbreekt nog te vaak. De consequentie is suboptimale deeloplossingen, die gericht zijn op optimalisaties binnen organisaties, maar niet per definitie de beste integrale oplossing zijn voor de burger. Dit geldt zeker wanneer de complexiteit van de hulpvraag van een burger vraagt om een multidisciplinaire aanpak over verschillende domeinen heen. Om in de toekomst wel het juiste antwoord te kunnen geven op domeinoverstijgende problematiek is niet alleen horizontale integratie (tussen zorgaanbieders), maar ook verticale integratie (tussen wonen, welzijn en zorg) noodzakelijk.

Het is de vraag of we niet meer kunnen bereiken als we ons perspectief omdraaien. Niet langer focussen op verplaatsing van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn en/of thuissituatie, maar juist kijken naar de vraag hoe we zo veel mogelijk hulpvragen dicht bij de burger kunnen beantwoorden. Door het inzetten van een breder (fysiek en digitaal) integraal zorgteam in de wijk en dit team de verantwoordelijkheid te geven voor alle hulpvragen van de populatie, kunnen we de prikkels in het systeem significant veranderen.

Een land dat ons succesvol in deze beweging voorging is Israël. Daar is in de afgelopen jaren vol ingezet op het uitbouwen van integrale zorg in de wijk en de inzet van technologie. Onderdelen van de aanpak zijn bijvoorbeeld het centraal verzamelen en delen van gezondheidsdata, het uitvoeren van voorspellende analyses op patiënt- en populatieniveau en zorgeducatieprogramma's ter preventie. Dit heeft in tien jaar tijd niet alleen gezorgd voor een integrale aanpak op het gebied van welzijn en zorg, maar deze focus op de eerste lijn heeft ook gezorgd voor een afname van 25% van de ziekenhuiszorg. En dan te bedenken dat dit heeft plaatsgevonden in het tijdperk rond de eeuwwisseling waarin de potentie door inzet van technologie nog niet zo groot was als heden ten dage.

Figuur 7
De wijk als ankerpunt voor gezondheid



Team in de wijk als nieuw epicentrum in wonen, welzijn en zorg

Wonen, welzijn en zorg in de wijk moet in de toekomst de nieuwe norm zijn. Zorg wordt in de wijk geregeld, tenzij dit niet mogelijk is doordat (multidisciplinaire) hoogspecialistische kennis en/of dure faciliteiten nodig zijn. Met behulp van sociale en technologische innovatie worden de mogelijkheden om zorg bij burgers thuis en/of in de wijk te organiseren ook steeds groter.

Wonen, welzijn en zorg in de wijk worden gecoördineerd vanuit een integraal zorgcentrum. Hoe ziet de integrale generalistische aanpak van het integraal zorgcentrum er concreet uit voor de burger? Wanneer een burger een hulpvraag heeft op het gebied van wonen, welzijn of zorg, stelt hij/zij deze laagdrempelig bij de voordeur in de wijk. In de toekomst is deze voordeur waar mogelijk en gewenst digitaal vormgegeven. Technologie helpt bij het verschaffen van de gewenste informatie en/of triage naar een geschikte hulpverlener. Triage vindt dus al vroeg in het proces en dicht bij de patiënt plaats. Daarbij wordt ook breder gekeken dan alleen naar gezondheid; wonen, werk en sociale problematiek worden meegenomen in de beoordeling.

Achter de voordeur staat een breed generalistisch multidisciplinair team klaar om waar nodig te ondersteunen bij de hulpvraag. Bij eenvoudige vragen wordt een burger makkelijk via digitale triage doorverwezen naar de juiste hulpverlener. Bij complexere vragen of situaties (bijvoorbeeld kwetsbare sociale situatie, kwetsbare ouderen of multimorbiditeit) wordt een multidisciplinair team ingezet voor de juiste integrale diagnostiek en het opzetten van een behandelplan. De burger heeft één aanspreekpunt en weet waar hij terecht kan. Sociale, somatische en geestelijke problemen worden, indien nodig, multidisciplinair opgelost. De verschillende professionals werken grenzeloos samen.

Binnen het team in de wijk wordt goed gekeken naar de juiste taakdifferentiatie om de verschillende hulpverleners in hun eigen kracht te zetten en zo de juiste zorg efficiënt rondom de burger te organiseren. De combinatie van zorgprofessionals in hun eigen kracht zetten en de digitalisatie van de zorg leidt ertoe dat de huidige rollen van zorgprofessionals veranderen. Een voorbeeld hiervan is de huisarts. Een groot deel van de eenvoudige laagcomplexere zorgvragen die momenteel bij de huisarts komen zal in de toekomst veel vaker digitaal worden opgelost, eventueel onder begeleiding van een (gespecialiseerd) verpleegkundige of praktijkondersteuner. De rol van de huisarts zal zich daarentegen steeds meer gaan focussen op het 'coachen' van de groeiende complexere doelgroep met multidisciplinaire problematiek. Een doelgroep

waarvoor de specifieke kennis en kunde van de huisarts nodig is om de juiste dwarsverbanden te kunnen leggen om een goed overstijgend behandelplan op te kunnen stellen. Daarnaast zal een deel van de huisartsen zich waarschijnlijk meer gaan specialiseren in behandelingen voor doelgroepen die momenteel nog veelal in een specialistische setting worden geholpen. Door de inzet van de kennis van de medisch specialist in de wijk en in de thuissituatie (bijvoorbeeld digitaal en/of met consultatie), kan een groot deel van de behandeling van deze groepen in de toekomst gewoon in de wijk worden opgevangen.

De inzet van professionals is in de toekomst flexibeler dan in de huidige situatie. Zorgprofessionals kunnen zich specialiseren in specifieke serviceconcepten of zorgstraten. Voor specifieke doelgroepen is echter een integrale aanpak met een generalistische, specialisme-overstijgende blik nodig (denk bijvoorbeeld aan kwetsbare ouderen). Deze generalistische blik ontstaat door samenwerking over de domeinen en grenzen van specialismen en zelfs organisaties heen. Zorgprofessionals werken in het toekomstig zorglandschap niet in één specifieke organisatie, maar zijn inzetbaar in het integrale (zorg)pad van de burger, onafhankelijk van de locatie waar zorg of ondersteuning geboden wordt.



Zorgen vanuit de gemeenschap - Southcentral Foundation Nuka System of Care (Alaska, USA)

Betrokken gemeenschappen zien we terug in het Nuka-zorgsysteem in Alaska, dat uitgaat van het bouwen van duurzame gemeenschappen, gebaseerd op de cultuur van de regio. De inheemse bevolking van Alaska is 'klant-eigenaar' van het zorgsysteem. De klant-eigenaren hebben de regie en het systeem wordt gedreven door feedback van de inwoners. Het eigenaarschap zorgt voor een gedeelde verantwoordelijkheid. Door inwoners te koppelen aan vaste zorgverleners ontstaan sterke relaties gebaseerd op de waarden, doelen en prioriteiten van de inwoner. Het systeem gaat uit van ziekte en behandeling met sociale, psychologische en culturele componenten, gecombineerd met het traditionele biomedische perspectief.

De patiënt heeft in het eerstelijnszorgcentrum een geïntegreerd zorgteam om zich heen, bestaande

uit een huisarts, een verpleegkundig casemanager (die assisteert bij zorgcoördinatie, verwijzingen, herhaalmedicatie en testuitslagen), een medisch assistent (die bloeddruk, lengte en gewicht controleert) en een casemanager (die helpt met het maken van afspraken en navigatie door het zorgcentrum). Ook andere zorgprofessionals zijn geïntegreerd in het eerstelijnszorgcentrum. Voedingsdeskundigen, diëtisten en gedragsdeskundigen hebben diensten in het centrum. Medisch specialisten zijn dezelfde dag nog beschikbaar in het Alaska Native Medical Center.

De manier van werken werpt zijn vruchten af: tevredenheid onder medewerkers en klant-eigenaren is bovengemiddeld en er is een afname van 50% van de bezoeken aan de spoedeisende hulp en acute zorg.

Wijkgerichte KPI's als basis voor integratie

Het geestelijke, lichamelijke en sociale domein zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zo vergroot eenzaamheid bijvoorbeeld de kans op hart- en vaatziekten en op diabetes, kan stress de oorzaak zijn van hartproblemen en kunnen mentale problemen schulden verergeren. Toch hebben we er in Nederland voor gekozen om deze verschillende domeinen los van elkaar te organiseren met als resultaat het risico op gefragmenteerde suboptimale oplossingen. Momenteel wordt er op veel plekken wel getracht integraal samen te werken en zien we steeds vaker een gedeelde zorgvisie (zoals positieve gezondheid). Dit blijkt echter in de praktijk erg lastig door de diverse (eigen)belangen van de verschillende organisaties. Echt integraal samenwerken zal enkel lukken als we de belangrijke Key Performance Indicators (KPI's) op elkaar afstemmen.

Het integraal zorgcentrum heeft, anders dan in de huidige situatie, de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de burgers in de wijk. Dit betekent ook dat de KPI's waarmee het succes van een integraal zorgcentrum wordt gemeten (en de financiering wordt geregeld) hierbij moeten aansluiten. In afstemming met gemeentes worden wijkgerichte KPI's opgesteld. Deze hebben betrekking op wonen, welzijn en zorg. Denk hierbij enerzijds aan KPI's voor de gehele populatie in de wijk, zoals het verhogen van de gemiddelde levensverwachting van burgers in de wijk, het terugdringen van het aantal ziekenhuisopnamen, de ervaren gezondheid van burgers of het terugdringen van werkloosheid. Anderzijds kunnen ook indicatoren worden opgezet voor specifieke doelgroepen, zoals kwetsbare ouderen, burgers met een psychische kwetsbaarheid, chronisch zieken of mensen met psychische problematiek.



Wonen, welzijn en zorg verbinden in de wijk

In de regio Noordoost-Brabant en de Peelregio zijn tal van proeftuinen. Op regioniveau is GGZ Oost-Brabant met samenwerkingspartners (gemeentes, wijkraden, welzijnsorganisaties, ziekenhuizen, ggz-instellingen, huisartsen, organisaties voor VV&T, woningbouwcorporaties en onderwijsinstellingen) een initiatief gestart voor een integrale financiering in de Wmo. Het doel is om silo's te doorbreken en te komen tot een integrale en domeinoverstijgende aanpak voor burgers met een hulpvraag. Binnen het initiatief verzorgen de partners gezamenlijk een integrale aanpak voor vraagstukken rondom wonen, welzijn en zorg voor alle inwoners van een specifieke wijk of kleine gemeente (populatie van ongeveer 15.000 tot 30.000 inwoners).

Inhoudelijk kent het initiatief momenteel drie elementen:

1. Bespreken van problematische casuïstiek van burgers die vastlopen binnen het huidige systeem en komen tot een gezamenlijke innovatieve (en minder traditionele) oplossing.
2. Opzetten van collectieve voorzieningen met als doel het verhogen van de participatie in de wijk en preventie van zorgvragen.
3. Themagerichte aanpak van relevante thema's in de wijk, een voorbeeld is een talentenaanpak binnen het thema 'werk en inkomen'.

Door middel van een microanalyse wordt het maatschappelijk rendement van het initiatief in kaart gebracht. Hierbij wordt gekeken naar (reductie van) kosten, de kwaliteit van leven en het besparingspotentieel (wat voorkomen we?) op basis van de maatschappelijke prijslijst.

Na de eerste positieve resultaten is gekozen voor het 'train de trainer'-principe om door middel van wijkaanjagers het initiatief uit te breiden naar andere wijken en met de ontwerpprincipes van de 'samenwerkwijze' het eigen proces te doorlopen. Met de uitbreiding wordt nu in alle wijken in beide regio's volgens de integrale aanpak gewerkt. Daarnaast wordt verkend hoe gefaseerd uitgebreid kan worden naar de financieringsbronnen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) samen met zorgverzekeraars en met ondersteuning van de NZa.

Datagedreven doelgroepgerichte programma's voor hulpvragen

Het integrale generalistische team laten werken aan een gezamenlijk doel (en dus KPI's) is een belangrijk onderdeel van het integrale zorgcentrum. Een ander belangrijk element is datagedreven doelgroepgerichte programma's. In de wijk werken professionals van verschillende organisaties, functies en achtergronden samen aan een integraal programma voor burgers met hulpvragen. Om dit te kunnen realiseren is een gemeenschappelijke taal nodig, zodat alle verschillende schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten.

Onderdeel van de gemeenschappelijke taal zijn doelgroepgerichte programma's. Door programma's te organiseren rondom specifieke doelgroepen kan helderheid worden gecreëerd over de 'standaard'-

stappen in het proces en de rol en verwachting van de verschillende professionals. Uiteraard moeten de 'standaard'-programma's voldoende ruimte bieden voor flexibiliteit en maatwerk om de vraag van de burger zo goed mogelijk te beantwoorden. De digitalisatie van specifieke onderdelen van het proces geeft extra mogelijkheden om de zorg op een relatief makkelijke manier te personaliseren.

Door de doelgroepgerichte programma's datagedreven in te richten wordt een proces van continu leren in gang gezet. Concreet betekent dit dat de programma's worden gemonitord op basis van vooraf gestelde KPI's. Met alle statistieken, feiten en data worden de resultaten bepaald en periodiek geëvalueerd. Het programma wordt waar nodig aangepast.



"Verschillende vormen van zorg, verschillende vormen van organiseren"



Peter Langenbach



Hanneke Kloppe

"Op dit moment is er in Nederland veel discussie over marktwerking in de zorg. De discussie gaat al snel over het gehele veld, maar we moeten daar veel meer in gaan differentiëren," aldus Hanneke Kloppe (voorzitter raad van bestuur Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)). "Voor een IC creëert marktwerking echt de verkeerde prikkels. Dat moeten we helemaal niet willen. Maar voor andere delen van de zorg – zoals de electieve zorg – creëert marktwerking juist innovatie en ondernemerschap. We kunnen daar nog meer profiteren van de positieve effecten als we gaan sturen op kwaliteit en patiënttevredenheid in plaats van volume. Op die manier kan electieve zorg zowel kwalitatief beter als efficiënter georganiseerd worden en mogelijk zelfs financiële ruimte creëren. Ruimte die we in Nederland nodig hebben om te investeren in complexe en acute zorg."

Peter Langenbach (voorzitter raad van bestuur Maasstad Ziekenhuis) sluit zich grotendeels aan bij de visie van Kloppe. Ook hij ziet verschillen per type zorg. In zijn ogen heeft dat consequenties voor waar we de marktwerking op toepassen. Maar die verschillen hebben vooral ook consequenties voor de manier waarop we de zorg organiseren. Dat gaat in de toekomst verder differentiëren: "Ziekenhuizen groeien nu al steeds meer richting interventiecentra, sterk gefocust op complexere interventies zoals operaties en dotterbehandelingen. Maar tegelijkertijd zien we een beweging de andere kant uit. Chronische zorg leveren we in toenemende mate op afstand vanuit het ziekenhuis, in de thuissituatie. Een mooi voorbeeld is Inflammatory Bowel Disease (IBD) wat tot voor kort voornamelijk in het ziekenhuis behandeld werd, maar nu steeds meer op afstand gemonitord kan worden. De norm wordt 'op afstand als het kan, in het ziekenhuis wanneer dat echt nodig is'."

Netwerken en technologie belangrijke bronnen voor innovatie

Langenbach neemt ook de actualiteiten mee in zijn overwegingen: "De COVID-crisis heeft ons afgeleid, maar eerlijk gezegd waren we al in een crisis beland. We konden de groeiende zorgvraag steeds minder goed opvangen met het beschikbare personeel. Om alle zorgvraag te beantwoorden moeten we nieuwe oplossingen bedenken, durven innoveren."

Eén van de innovatieve oplossingen die Langenbach ziet zijn nieuwe netwerken: organisatie-overstijgende zorg zonder overal zelf eigenaar van te willen zijn. Zo faciliteert het Maasstad Ziekenhuis haar oogartsen om een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) bij het ziekenhuis te openen. De artsen behandelen patiënten met een minder complexe zorgvraag in het ZBC en patiënten met een complexe zorgvraag in het Maasstad Ziekenhuis. Op deze manier kunnen de artsen over de grenzen van de organisaties heen de juiste zorg op de juiste plek organiseren. Daarnaast is inzet van technologie noodzakelijk om veranderingen op gang te helpen. Hij benoemt twee belangrijke succesfactoren: "Een duidelijke visie en werken met één grote technologiepartner." Kloppe vult aan dat beide thema's – netwerken en technologie – ook voor ZBC's heel actueel zijn. Voor ZBC's is innovatie vaak complexer omdat ze vaak te klein zijn voor een samenwerking met een grote technologiepartner. Zij moeten dus wel samenwerken om succesvol te kunnen innoveren, het voordeel is wel dat zij vaak flexibeler en daardoor wendbaarder zijn. "Ziekenhuizen zijn als tankers die op koers liggen van het ene naar het andere continent, de ZBC's zijn de speedbootjes eromheen die snel kunnen wenden wanneer dat nodig is."

Dat de noodzakelijke veranderingen niet altijd makkelijk zijn, blijkt uit Langenbachs afsluitende opmerking bij het eind van het interview: "We bereiken mooie dingen in het Maasstad, maar ik moet soms wel de remmen van mijn auto even controleren voor ik bij het ziekenhuis weggrijd. Transformeren is niet alleen maar vrienden maken."

4 Optimale inzet van specialistische kennis en dure faciliteiten

Zoals in de eerdere hoofdstukken beschreven, wordt in de toekomst een groot deel van de zorgvraag in een generalistische setting in de wijk georganiseerd. De rol en de positie van specialistische zorgaanbieders veranderen hiermee in de toekomst fundamenteel op basis van de kanteling van het kernpunt van zorg naar de wijk. De digitalisatie van de zorg versterkt deze verandering.

In de huidige situatie wordt vaak het volledige zorgpad van de patiënt in een specialistische setting georganiseerd, in de nabije toekomst zal dit steeds vaker gebeuren in een hybride zorgmodel. Dit betekent één naadloos geïntegreerd zorgpad waarbij zorg zowel thuis (digitaal) als (fysiek) in de generalistische setting en/of de specialistische setting wordt geleverd. De vraag en behoefte van de patiënt staan hierbij centraal. Patiënten komen enkel in een specialistische setting wanneer dit noodzakelijk is vanwege de complexiteit van vraag, de benodigde expertise en/of dure infrastructuur.

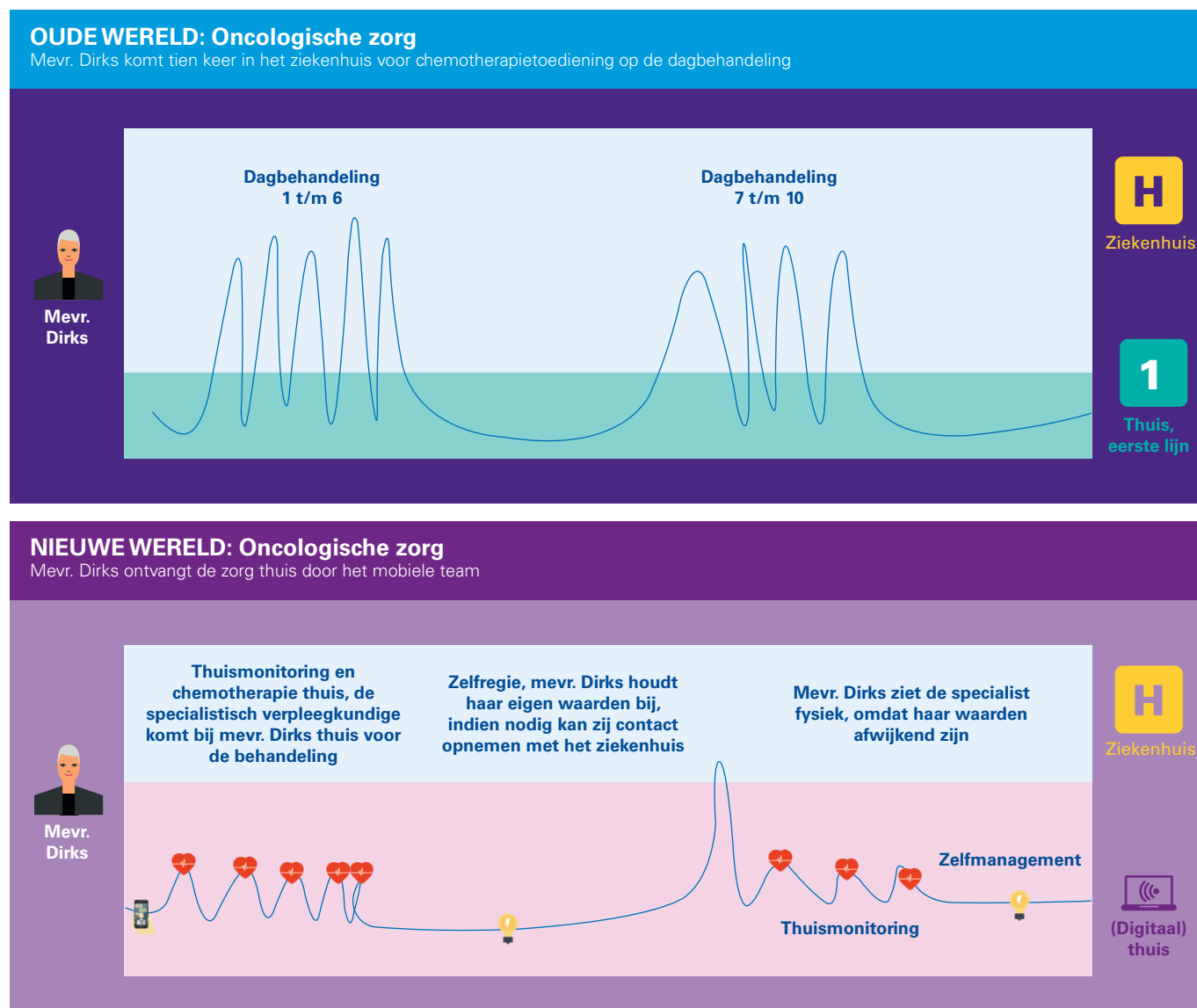
Aanbieders van specialistische zorg worden hiermee regionaal georiënteerde specialistische centra. De doelgroep voor deze centra zijn enerzijds patiënten met een electieve zorgvraag (zowel lichamelijk als psychisch) waarvoor hoogspecialistische kennis en/of dure faciliteiten noodzakelijk zijn. Of, anderzijds, patiënten met complexe aandoeningen, ernstige ziektebeelden of met een hoge en complexe mate van multimorbiditeit. Deze beweging vraagt om een fundamentele herijking van de functie, spreiding en inrichting van de huidige ziekenhuizen en specialistische ggz-instellingen.



Deze beweging vraagt om een fundamentele herijking van de functie, spreiding en inrichting van de huidige ziekenhuizen en specialistische GGZ-instellingen

Figuur 8

Voorbeeld patiëntreis in de huidige en nieuwe situatie

**Legenda**

Informatie / educatie



Zelfmanagement



Monitoring

Van specialismen naar doelgroepen, kunstmatige intelligentie leidend in doorontwikkeling

Vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg en het optimaal benutten van dure infrastructuur zijn acute en electieve zorg zo veel als mogelijk is in gescheiden stromen georganiseerd. De organisatie van zorg en het logistieke proces zijn van elkaar gescheiden, maar zorg kan wel in hetzelfde gebouw geleverd worden. Ook zorgmodellen kunnen van elkaar verschillen. Daarbij zijn zowel in

termen van logistiek als in servicelevels grote voordelen te behalen. Capaciteiten en faciliteiten worden optimaal benut. Standaardisatie en het inrichten van zorgstraten leidt daarnaast tot efficiencyverbeteringen. Door de focus op specifieke aandoeningen en patiëntengroepen is het mogelijk specifieke serviceconcepten voor die groepen te bieden.

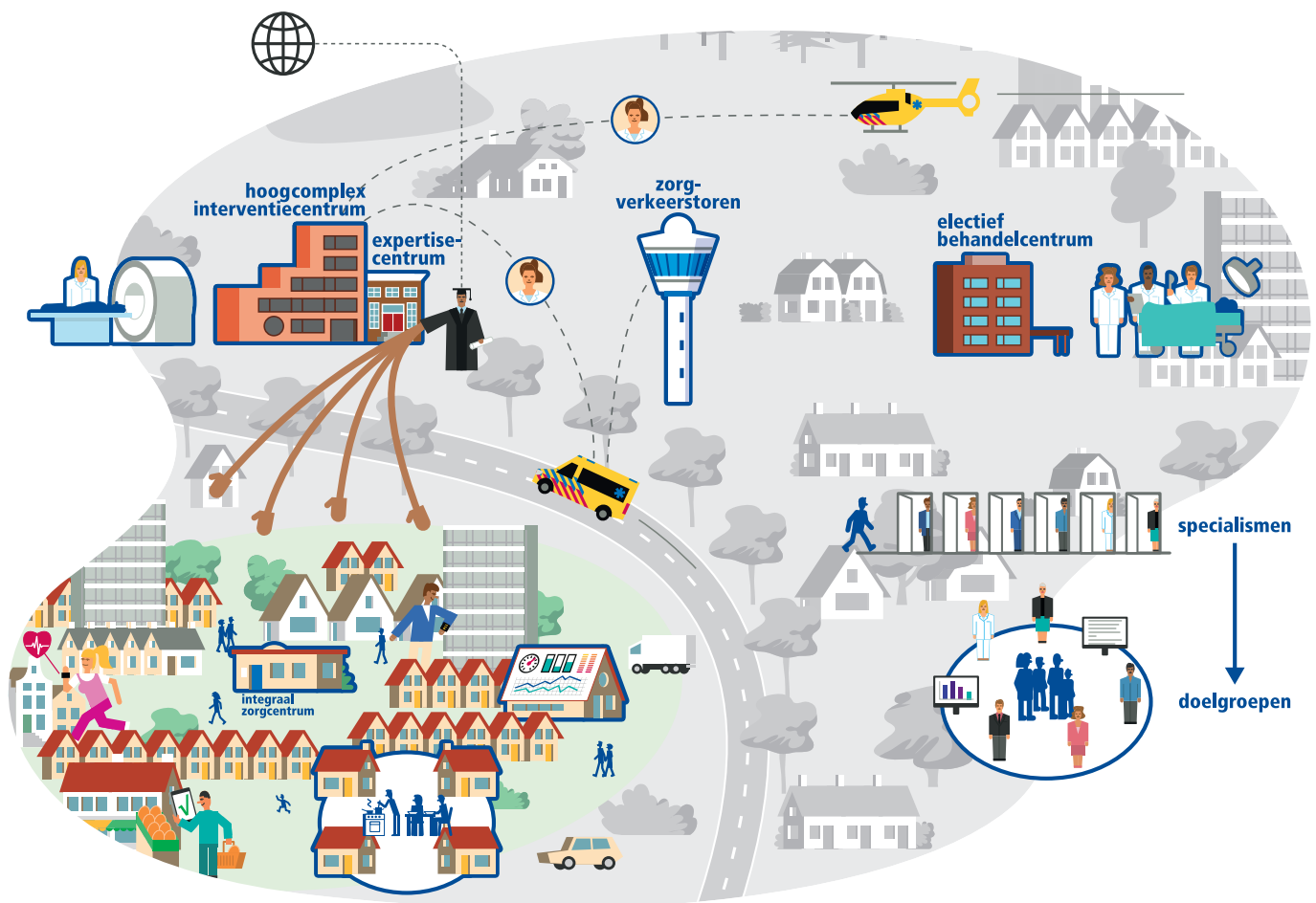
Binnen de centra voor complexe en acute zorg zal voor de (complexe) electieve zorg de nadruk steeds meer op

het organiseren van zorg rondom de principes van Value Based Healthcare^{9, 10} liggen. De focus in proces en sturing kantelt van specialismen en vakgroepen naar doelgroepen. Dat kunnen zowel diagnosegroepen zijn (bijvoorbeeld mama-oncologie) als patiëntgroepen (bijvoorbeeld ouderen met zware multimorbiditeit). Deze focus is consequent doorvertaald in de hele inrichting. Daarmee ontstaan gespecialiseerde centra en focusklinieken, die stand-alone, dan wel binnen de muren van een grotere zorgorganisatie functioneren. Een voorbeeld hiervan zijn de vier prostaatkankercentra in Nederland die binnen de muren van complexe interventiecentra functioneren. De aandoeningsgerichte zorg wordt conform de principes van 'integrated practice units' (IPU's) georganiseerd. De IPU's zijn locatieoverstijgende programma's gericht op een kort verblijf in het ziekenhuis en ondersteuning zo lang mogelijk dichtbij huis organiseren. Inzet van digitale

middelen is daarbij cruciaal. Rondom de doelgroepen worden (inter)nationale netwerken georganiseerd, die met inzet van data en analyses en kunstmatige intelligentie steeds inzicht geven in de beste behandelwijzen. Door het delen van data en modellen tussen zorgaanbieders, neemt de kennis over de diagnose en behandeling van specifieke doelgroepen en aandoeningen toe. Het delen van data en modellen vindt plaats op internationaal niveau, waarmee het bereik van kennisdeling vergroot wordt. Met de toename van kennis over specifieke doelgroepen en aandoeningen, kan de kwaliteit en doelmatigheid van zorg verder geoptimaliseerd worden.

Figuur 9

Optimale inzet van specialistische kennis en dure faciliteiten





Ontwikkelingen op het gebied van kunstmatige intelligentie zijn veelbelovend

Kunstmatige intelligentie (KI) biedt meer en meer mogelijkheden. Internationaal, maar ook in Nederland, zien we steeds meer activiteiten op het gebied van de inzet van KI in de zorg. Uit onderzoek dat KPMG¹¹ uitvoerde voor het ministerie van VWS, blijkt dat KI met name wordt ingezet aan het begin van het zorgproces bij de diagnosestelling (35% van de gevallen van inzet van KI), en slechts beperkt tijdens de behandelphase (6%). In de medisch specialistische zorg wordt het meest gebruikgemaakt van kunstmatige intelligentie (64%). Drie voorbeelden die de potentie van de inzet van KI laten zien:

1. Foundation Medicine¹²: op basis van DNA-testen worden specifieke genetische karakteristieken van tumoren in kaart gebracht. Hiermee worden klinisch relevante mutaties en biomarkers geïdentificeerd. KI wordt ingezet om de relevantste behandelopties die aansluiten op de specifieke DNA-mutaties aan de behandelaar te rapporteren.
2. Quantib® ND¹³: ondersteunt radiologen bij het vaststellen van neurodegeneratieve ziektes (zoals dementie en MS) op basis van MRI-scans. De software verwerkt de MRI-scans en geeft informatie over de ontwikkeling van hersenatrofie en de aanwezigheid van witte stof laesies, beide gerelateerd aan neurodegeneratieve ziektes. Een diagnose kan op deze wijze nauwkeuriger en gedetailleerder gesteld worden, hetgeen invloed kan hebben op het behandelproces.
3. Mental Health Warriors¹⁴: een chatbot, Yvita, die medewerkers ondersteunt bij mentale vraagstukken met als doel het mentaal veerkrachtig maken van mensen. Yvita combineert kunstmatige intelligentie met empathie en kan zo HR-afdelingen ondersteunen.

Concentratie van specialistische kennis en dure infrastructuur

In de toekomst is acute zorg anders georganiseerd. Ambulances vervullen in toenemende mate een rol in stabilisatie, diagnostiek en eerste behandeling. Dit wordt mogelijk gemaakt door de inzet van technologie en remote SEH-artsen die op afstand ondersteuning bieden aan ambulancepersoneel bij bijvoorbeeld triage en eerste behandeling. Helikopters worden ingezet voor meer perifere gebieden. Met vroegdiagnostiek en goede triage is daarnaast eerder insturen mogelijk, waardoor tijdswinst in dagen kan worden gemaakt en kwaliteit van zorg te verbeteren is. Ook de inzet van basisposten voor acute zorg, in lijn met het voorstel uit de houtschoolschets¹⁵ van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), kan een deel van de acute zorg dicht bij huis opvangen.

Hierdoor verandert de noodzaak om de huidige 45-minutennorm (zie ook het recente rapport van de Gezondheidsraad over de 45-minutennorm)¹⁶ leidend te laten zijn voor de fysieke infrastructuur. Veel meer dan voorheen zijn kwaliteits- en volumennormen en economische rentabiliteit bepalend voor het aantal en de plek van de complexe interventiecentra. Alleen op die manier is de balans tussen benodigde 24/7-expertise, dure infrastructuur en betaalbaarheid nog mogelijk. In dit kader is het interessant om op te merken dat bijvoorbeeld de Scandinavische landen, mede door de uitgestrekte geografie, geen 45-minutennorm kennen. Wel is er een aantal mitigerende maatregelen, zoals beschikbaarheid over helikopters, om zorg zo snel mogelijk beschikbaar te hebben. Op acute ziektebeelden waarover uitkomstdata beschikbaar zijn, zien we geen significante verschillen met Nederland.

De complexe interventiecentra zijn gericht op de kritieke momenten in het zorgproces van specialistische zorg waar hoogwaardige expertise en infrastructuur nodig zijn voor diagnostiek, behandeling en monitoring. Als die inzet niet (meer) nodig is, gaat de patiënt terug naar de eigen omgeving, zoals naar huis, een zorghotel of eerstelijnsverblijf (ELV). Daarbij wordt indien nodig monitoring vanuit het centrum ingezet. Technologie biedt daarbij de mogelijkheid om steeds meer van die monitoring thuis of dicht bij huis te doen.



Philips: acute en complexe zorg vanuit één centrum

Specifiek voor de markt in India heeft Philips 'tele-critical care command center'-oplossingen ontwikkeld. Hiermee zijn goed getrainde intensivisten en IC-verpleegkundigen in een centrale hub geplaatst. Van hieruit monitoren ze 24/7 patiënten in perifere IC's met behulp van geavanceerde monitoringsinstrumenten en dashboards die informatie geven over vitale functies, lab-uitslagen en voorspellende analyses. Inmiddels zijn er vijf van deze centra in India, vanwaaruit 700 IC-bedden worden gemonitord.

Van wereld naar wijk door landelijke expertisecentra

Naast de organisatie voor specialistische zorg zijn er nog enkele landelijke expertisecentra. Deze centra combineren zorg, onderzoek en onderwijs in een academische setting. Daarbij is er een tweeledige focus. Enerzijds op patiënten met een hoogcomplexe (vaak laagvolume) zorgvraag. De centra werken daarbij vanuit het concept 'from bench to bed to bench'. Zorg en onderzoek lopen naadloos in elkaar over. De focus is in toenemende mate internationaal, waarbij expertisecentra door inzet van digitale middelen zorg aan specifieke patiëntengroepen wereldwijd kunnen leveren. De expertisecentra specialiseren zich verder door om hun internationale koploperspositie waar te kunnen maken.

Tegelijkertijd ondersteunen de expertisecentra juist ook de wijkgerichte aanpak door beschikbare onderzoeks- en datacapaciteit in te zetten om de wijk te voorzien van data over haar populatie. Deze benutten dit als basis voor monitoring, preventie en vroeginterventie in de wijk. Daarnaast ontwikkelen de expertisecentra met behulp van kunstmatige intelligentie steeds meer zelfregulerende systemen voor preventie en vroeginterventie, waarmee burgers en hulpverleners in de wijk steeds meer zelf zorg kunnen bieden.



Expertisecentra - Boston's Childrens Hospital

Boston's Childrens Hospital is een gespecialiseerd kinderziekenhuis, opgericht in 1869 dat tot tien jaar geleden een breed palet aan zorg bood. Door het gebrek aan profilering liepen de onderzoeksportefeuille en het zorgaanbod zo ver terug dat rond 2010 de organisatie nagenoeg failliet was. Om het tij te keren is een krachtige strategie van specialisatie ingezet die in alle facetten van de organisatie is doorgevoerd. Er is gekozen voor een strategische focus op hartziekten, stamceltransplantaties, gentherapie en transplantaties. De focus is vertaald in jaarlijkse groeiplannen voor de profileringsgebieden, voorrang op het gebied van investeringen, aantrekken van talentvolle medewerkers en mogelijkheden voor groei.

De governance is gericht op de profileringsgebieden, met een jaarlijkse cyclus van strakke planning op ambities, groei en (bij)sturing. Daarnaast is gekozen voor een strategie van gerichte (internationale) academische samenwerkingsverbanden en een samenwerking met industrie en start-ups gericht op het op de markt brengen van innovaties.

Resultaat van de consequente strategische profilering en sturing op realisaties is een verdubbeling in omvang van onderzoek en zorg, de groei naar het grootste pediatrische onderzoeksprogramma wereldwijd, de verkiezing (maar liefst drie keer) tot kinderziekenhuis van het jaar met hoge scores op kwaliteit en innovatie en een groot aantal prijzen.



"In het umc van de toekomst ondersteunt technologie persoonlijke zorg"



Mirjam van Velthuisen

Mark van Buchem

Het gebruik van data moet geen doel op zich zijn, het is een middel. Mirjam van Velthuisen, raad van bestuur van het UMC Utrecht en Mark van Buchem, hoogleraar neuroradiologie en hoofd van de afdeling radiologie van het LUMC, zijn het hierover eens.

De basis onder de strategie van het UMC Utrecht is 'ieder mens telt'. Van Velthuisen: "Het UMC Utrecht wil een bijdrage leveren aan de gezondheid van mensen. Niet alleen patiënten, maar ook gezonde burgers die geen klachten hebben. Dit is ook het uitgangspunt als het gaat om data en analyses. Data is geen doel, maar het kan onderdeel zijn van een oplossing." Van Buchem is het hiermee eens.

Umc's hebben een rol in onderzoek, translatie en validatie van D&A en KI

In de inzet van data en analyses en KI hebben umc's volgens Van Buchem en Van Velthuisen vooral een rol in het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, de translatie naar de praktijk en de validatie (doet de oplossing wat het moet doen?). En niet alleen voor de zorg die de umc's zelf leveren, maar ook voor bijvoorbeeld preventie. Juist voor deze zorg is wetenschappelijk onderzoek belangrijk, want het gaat om grote groepen, waar veel burgers bij gebaat zijn.

Van Buchem: "Als umc moeten we een voortrekkersrol nemen, omdat wij de meeste tijd en middelen beschikbaar hebben voor onderzoek. Maar na het onderzoek zijn de resultaten voor de wereld beschikbaar en kunnen andere partijen dat oppakken." Van Velthuisen vult aan: "Het zou arrogant zijn om te denken dat we dat als umc alleen kunnen. Het is altijd een co-productie tussen netwerkpartijen. Een nauwe samenwerking met de wijk is bijvoorbeeld essentieel; daar weten ze wat er speelt en aan welke oplossingen er behoefte is."

Umc's kunnen op verschillende niveaus een rol spelen. Door data te delen op internationaal niveau, kan beter en sneller onderzoek gedaan worden. Maar een umc

kan ook een rol spelen op wijkniveau, bijvoorbeeld in het ondersteunen van de huisarts met een Coronacheck-app.

Het umc van de toekomst bevat minder bedden en meer technologie

Als Van Velthuisen droomt over de zorg in 2040, hoopt ze dat de zorg meer ingericht is rondom de persoon. "We zullen wel moeten, als wij het voortouw niet nemen gaan mensen zelf andere manieren zoeken." Van Velthuisen doelt er daarmee op dat mensen in 2040 veel beter dan nu aan kunnen geven wat ze nodig hebben, omdat ze hun gezondheid meer zelf monitoren. En dat zorgaanbieders alleen om de hoek komen kijken als daar behoefte aan is. "Daarbij kan een groot deel van de zorg die we nu fysiek leveren, op afstand geleverd worden. Als het echt nodig is om naar een fysieke locatie te gaan, heeft de zorgprofessional de tijd voor je en is er ruimte voor het goede gesprek." De inzet van technologie betekent betere zorg voor de burger en meer werkplezier voor zorgprofessionals. Van Buchem: "We moeten slimme IT-oplossingen inzetten om de zorgprofessional te ontlasten, bijvoorbeeld door administratieve lasten weg te nemen. De zorgprofessional kan dan meer tijd besteden aan de patiënt."

Wat blijft er in de toekomst dan over in het umc? Het umc wordt volgens Van Velthuisen en Van Buchem voornamelijk een technologisch centrum met minder bedden en meer persoonlijke zorg. Medisch specialisten en andere zorgprofessionals worden meer ingezet over de grenzen van organisaties heen. Van Buchem: "We gaan meer toe naar dubbel-aanstellingen en nieuwe rollen, bijvoorbeeld technische deskundigen met een BIG-registratie"

Van Buchem geeft aan dat de principes van waardegedreven zorg goede uitgangsprincipes zijn voor de zorg. "Neem het principe van ketenzorg. Dingen die niet in een umc of een ander ziekenhuis hoeven, moeten daar ook niet plaatsvinden. In het netwerk moet gekeken worden welke zorg waar passend is."

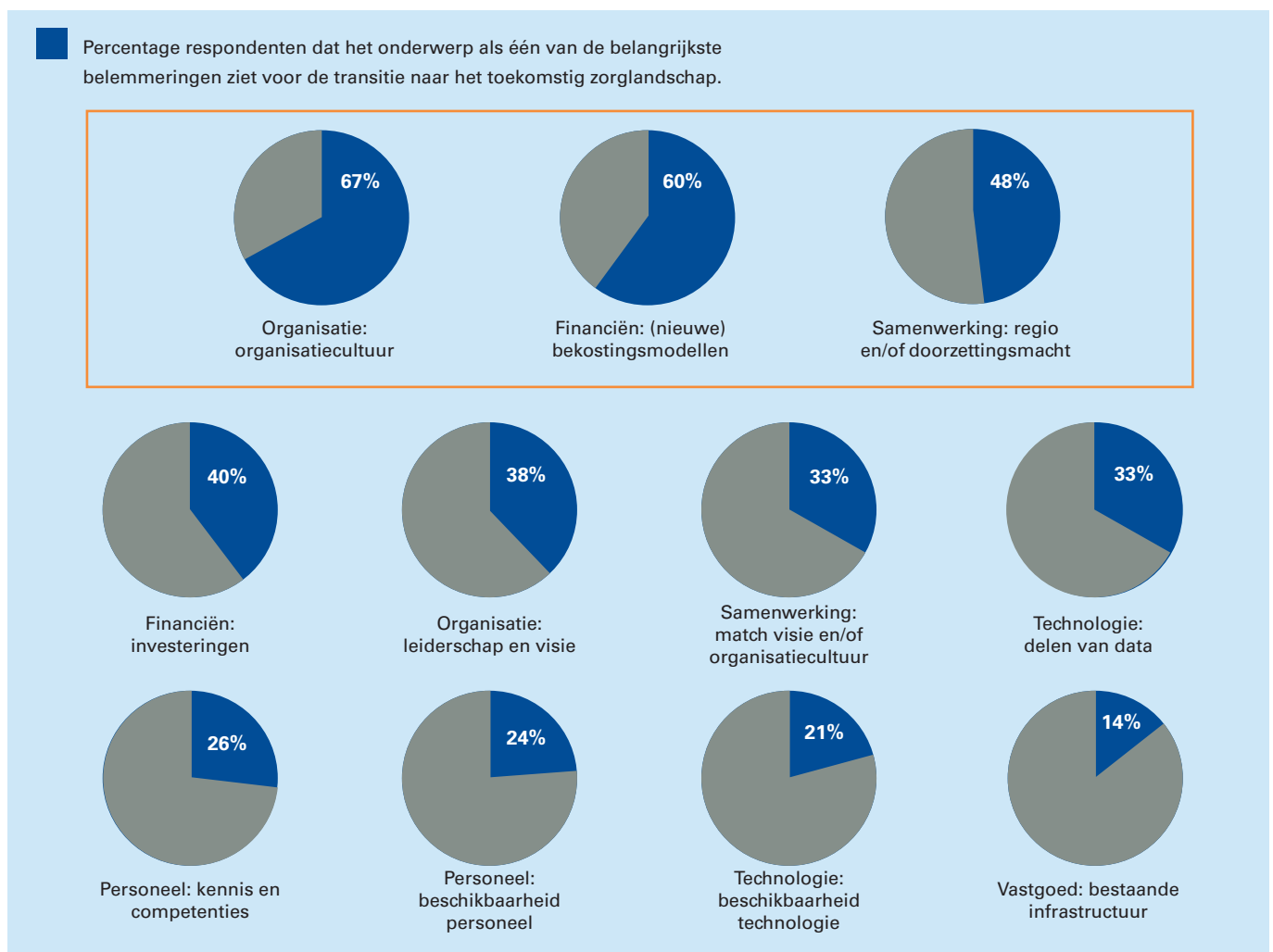
5 Van vertragers naar versnellers

De transitie naar het toekomstig zorglandschap is niet makkelijk. Factoren als organisatiegrenzen, financiën, contractvormen, samenwerking, technologie en vastgoed vertragen de hoognodige verandering. Uit een enquête onder bestuurders van zorginstellingen blijkt dat bestuurders organisatiecultuur, bekostiging/contractering

en regie/doorzettingsmacht als de drie belangrijkste belemmeringen voor de transitie zien. Gezamenlijk met de 'rondetafelcommissie' is nagedacht over hoe deze belemmeringen – de vertragers van de transitie – versnellers worden. De belangrijkste versnellers zijn hierna beschreven.

Figuur 10

Resultaten enquête bestuurders – belangrijke belemmeringen



Creëer een verandercultuur

De keuzes die gemaakt moeten worden om de zorg ook in de toekomst kwalitatief hoogstaand, toegankelijk en betaalbaar te houden, staan soms haaks op de huidige belangen van individuele organisaties en/of stakeholdergroepen. Dit kan leiden tot weerstand, wat de transformatie in de weg staat. Om de transitie naar het toekomstige zorglandschap te maken, moet het verandervermogen van de sector als geheel verbeteren en is binnen organisaties een culturele transformatie nodig. Dit is niet makkelijk. De ervaring leert dat belemmeringen vooral voortkomen uit bestaande patronen en belangen, onzekerheid over uitkomsten en de gevolgen daarvan en het ontbreken van heldere en inspirerende toekomstbeelden. Om toch de transformatie op gang te krijgen, zullen we aan een aantal knoppen moeten draaien.

Drie belangrijke versnellers voor de vertrager 'organisatiecultuur':

- **Toon visie en leiderschap** – Een succesvolle samenwerking start altijd met het scherpstellen van de gezamenlijke visie en doelstellingen. Pas wanneer partners echt dezelfde doelen nastreven kunnen ze gezamenlijk veranderingen doorvoeren. Daarnaast vraagt een samenwerking ook iets van het leiderschap van de individuele partners. De doelstellingen van een samenwerking matchen vaak niet 100% met de doelstellingen van de individuele organisaties en alle betrokkenen moeten goed in staat zijn om over de grenzen van de eigen organisatie heen te kijken en de verschillende belangen te managen. Het neerzetten van ambitieuze toekomstbeelden die de belangenverschillen in het hier en nu overstijgen, en het durven leidinggeven aan het proces van transformatie zijn cruciaal voor het succes. Alleen door elkaars belangen en drijfveren goed te begrijpen kan gezocht worden naar gezamenlijke oplossingen in een 'win-winscenario'.
- **Ga de dialoog aan, vermijd hierbij de moeilijke onderwerpen niet** – Om de verschillende groepen binnen en tussen organisaties samen te brengen om de radicale transformatie te maken, is de dialoog uiterst belangrijk. De transformatie leidt tot een nieuwe sociale en culturele ordening in organisaties. Zo worden capaciteiten als digitale vaardigheden en integrale samenwerking bijvoorbeeld belangrijker en krijgen mensen die deze vaardigheden goed beheersen een andere positie in de organisatie. Om deze cultuurverandering te maken is de dialoog met elkaar voeren cruciaal, bijvoorbeeld over de

oude sociale rollen, de benodigde verandering en de onzekerheid die dit met zich meebrengt. Mijd hierbij moeilijke onderwerpen, zoals financiële belangen bij de verandering, ook niet.

Belangrijk om hierbij in ogenschouw te nemen is dat veel zorgprofessionals voornamelijk zijn opgeleid om goede patiëntenzorg te leveren. Oplossingen op populatieniveau zijn in mindere mate onderdeel van de opleiding en dagelijkse werkzaamheden. We moeten professionals daarom helpen om dit denken vanuit het belang van de individuele patiënt om te zetten naar denken vanuit het belang van de gezondheid van de bredere populatie.

- **Technologie om grenzen te beslechten: de digitale koffiemachine** – Een cultuur van verandering binnen een organisatie is al moeilijk te realiseren, laat staan een gezamenlijke cultuurverandering over organisaties. Toch vraagt de nieuwe wereld om intensief samenwerken tussen partijen en gelijkgerichtheid op veel fronten. Een belangrijke basis hiervoor is een vloeiende informatie-uitwisseling en communicatie tussen professionals van verschillende organisaties. Technologie is hierbij een belangrijke facilitator. Enerzijds om ervoor te zorgen dat professionals dezelfde data hebben om waar nodig multidisciplinair te kunnen handelen en behandelen. Anderzijds ook als instrumentarium om snel en kortcyclisch met elkaar af te stemmen en het gesprek te hebben over de gezamenlijke aanpak. In het COVID-19-tijdperk hebben we al gezien dat hier enorme stappen zijn gezet. Om de gezamenlijke cultuurverandering echt te realiseren zou het mooi zijn als de inzet van technologie kan zorgen voor een digitale variant van het koffiemachinegesprek. Zodat ook informele – en vaak cultuurbepalende – gesprekken makkelijk tussen medewerkers over de grenzen van de organisatie heen ontstaan.

Zet de financiële prikkels de juiste kant op

Het toekomstige zorglandschap is gericht op integrale zorglevering over grenzen van organisaties en/of domeinen heen. De prikkels in de huidige bekostiging en contractering zijn nog niet gericht op het belonen van integraliteit. Zorgaanbieders krijgen betaald voor de individuele productie en hebben daarmee een individueel belang. Collectiviteit en integraliteit ontbreken nog te veel. Het verschuiven van zorg gaat gepaard met het verschuiven van budgetten. Niet alleen voor aanbieders, maar ook voor financiers.

Dit betekent ook dat het toekomstige zorglandschap een nieuwe rol vraagt voor zorgaanbieders en financiers. In de praktijk zien we dat veranderingen in de rol van financiers vaak worden gezien als een potentiële vermindering van de regierol en een stap naar stelselwijziging. Dit hoeft echter niet zo te zijn. Integendeel, het invullen van nieuwe vormen van bekostiging en contractering en de noodzakelijke samenwerking tussen financiers kunnen hun rol in het stelsel juist meer versterken en in lijn brengen met wat beoogd wordt. Wat wij daarbij voor ogen zien is een regisserende rol van verzekeraars en gemeentes, in onderlinge afstemming, in het mede formuleren van KPI's voor specifieke doelgroepen of diagnosegebieden en het op basis hiervan ontwikkelen van nieuwe contractvormen en passende samenwerkingsverbanden (zowel tussen aanbieders als tussen financiers).

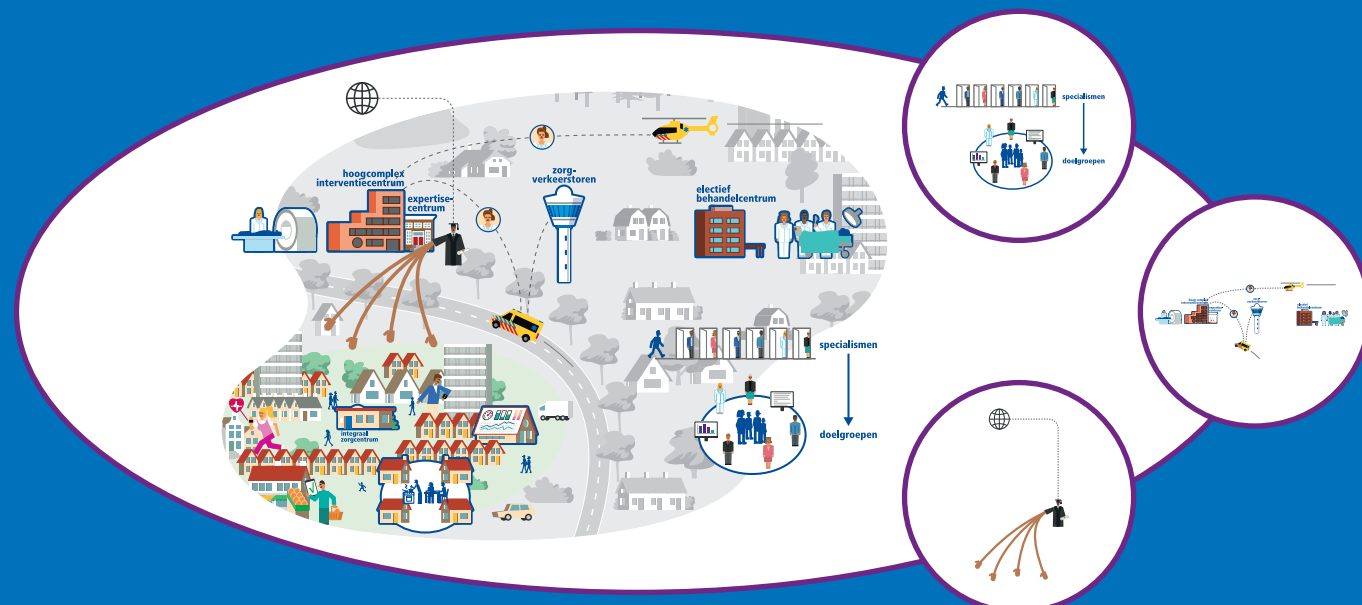
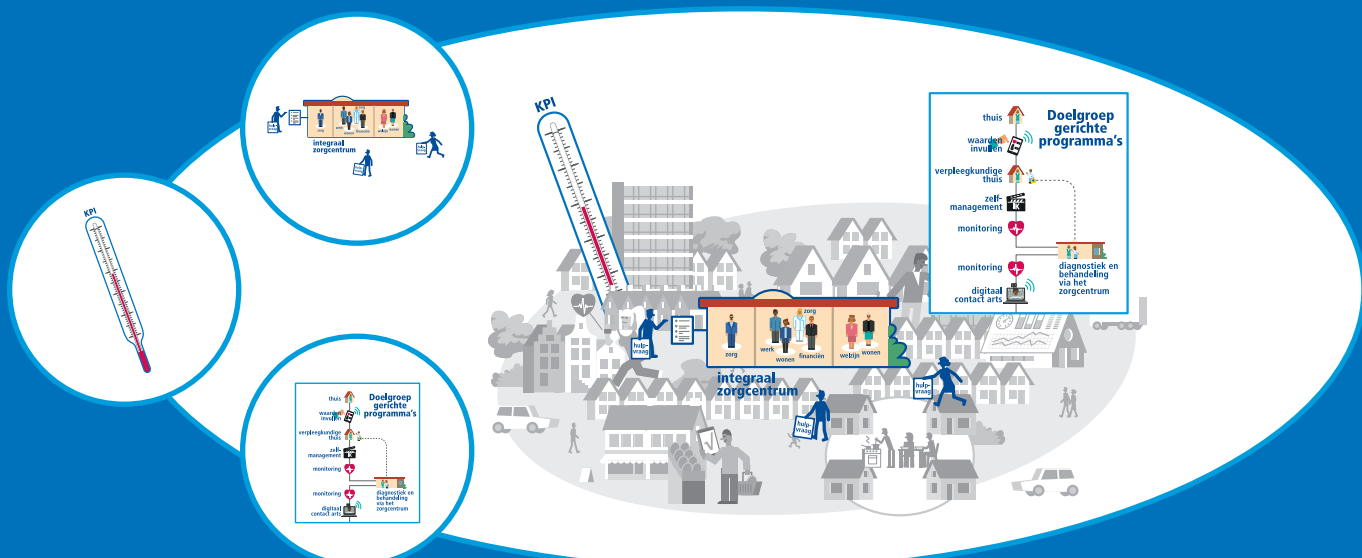
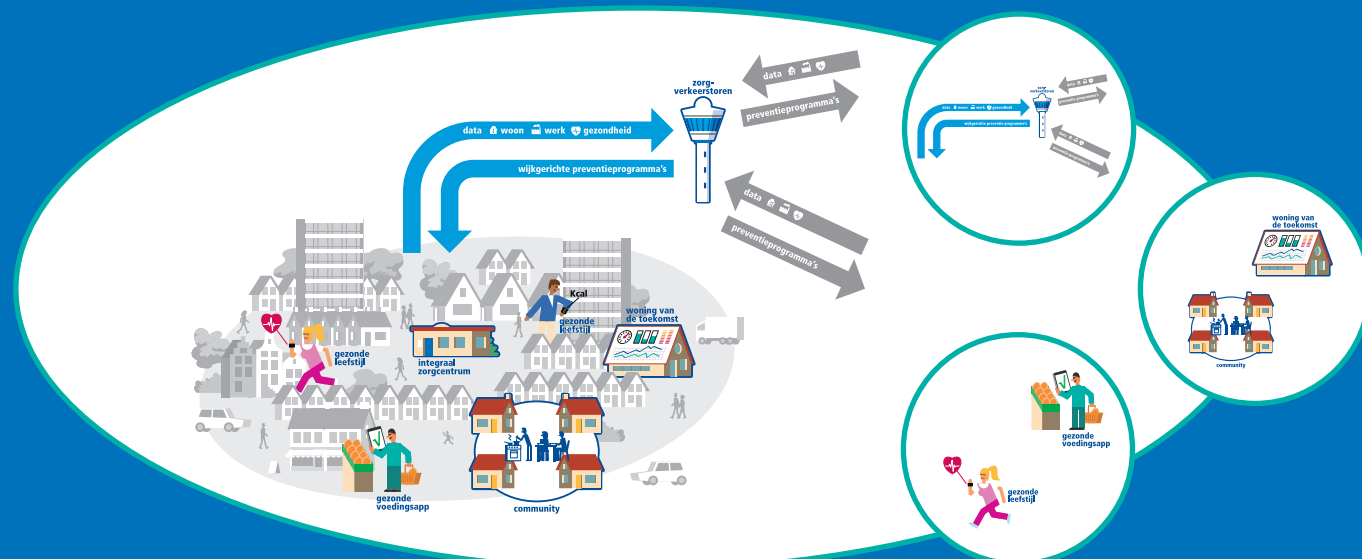
Drie belangrijke versnellers voor de vertrager 'financiering en contractering':

- **Contracteer integrale zorg gericht op specifieke behoeften en doelgroepen** – Om integrale samenwerking te stimuleren moeten budgetten op een nieuwe manier organisatie-overstijgend zijn samengevoegd. Dat betekent niet één budget voor een hele regio, maar wel overstijgende budgetten voor specifieke doelgroepen die zijn vastgelegd in contractvormen die doelgericht toewerken naar de verbetering van gezondheid en zorg. Per regio kan dit op basis van de bevolkingssamentelling verschillen. Voor doelgroepen met multimorbiditeit, zoals kwetsbare ouderen, is te denken aan doelgroepbekostiging. Bundled payments (een variant op keten-DBC's) zijn geschikt voor chronisch zieken. Voor meer eenmalige zorgvragen als bijvoorbeeld zwangerschappen en CVA's is een samenhangend zorgaanbod te realiseren door te werken met episodebekostiging. Enkelvoudige, aan één setting gebonden zorg (denk aan een gebroken been of cataract), kan gewoon via huidige bekostigingsvormen zoals de DBC-systematiek bekostigd blijven. Om echt integraal te werken is een op doelgroepen gerichte

samenvoeging van budgetten nodig op het niveau van zowel de financiers (gemeentes en verzekeraars) als de aanbieders.

Een ontschotte budgettering voor alle relevante groepen kan mogelijk niet vanaf het begin. Wanneer echter niet direct gestart wordt met een aanzienlijk deel van de zorg, bestaat het risico dat de benodigde cultuurverandering binnen organisaties bemoeilijkt wordt doordat de benodigde verandering in de organisatie (en daarmee het urgentiebesef om te veranderen) niet significant genoeg is.

- **Contracteer op basis van waarde in plaats van volume** – De huidige productieprikkel remt innovatie en verandering. In de toekomst is contractering idealiter niet langer gebonden aan volume, maar aan Key Performance Indicators (KPI's) gerelateerd aan de gezondheid van de populatie en/of de kwaliteit van de uitkomst van de zorg. Met bonussen en malussen worden financiële prikkels gericht op het zo gezond mogelijk maken en houden van populaties. De KPI's zijn integraal en hebben – indien van toepassing – betrekking op wonen, werk en zorg.
- **Maak meerjarenafspraken** – Om de transitie te maken hebben zorgaanbieders behoefte aan enige mate van zekerheid en continuïteit. Meerjarige afspraken in de periode van transitie bieden hiervoor een oplossing. Met behulp van shared savings en/of bonus-malusregelingen investeren zorgaanbieders in de benodigde veranderingen. Daarnaast geeft een systeem van shared savings de prikkel om volumes en kosten daadwerkelijk te laten dalen zonder dat de marges onwerkbaar onder druk komen te staan.



Sturing van het gezamenlijk belang

Het huidige zorglandschap is versnipperd, zowel aan de kant van zorgaanbieders als aan de kant van financiers. Tussen de zorgaanbieders bestaan schotten en zorgaanbieders en burgers hebben te maken met verschillende financieringssystemen. Iedere partij heeft daarbij haar eigen belang in het stelsel en vindt het moeilijk als haar positie verandert. Deze individuele belangen maken het complex om gezamenlijk over de organisatiebelangen heen keuzes te maken. De enige manier om dit succesvol te doen is door het inrichten van een duidelijke governancestructuur met voldoende mandaat. We zien dat de discussie over governancevormen en mandaat nogal eens leidt tot stelseldiscussies. Door het inzetten van de juiste instrumenten is de benodigde regionale samenwerking echter zeker binnen de huidige kaders van het stelsel mogelijk.

Vier belangrijke versnellers voor de vertrager 'regie en mandaat':

- **Laat inhoud en governance hand in hand gaan** – Om de schotten tussen zorgaanbieders én tussen financiers te overbruggen, is het belangrijk dat de ontwikkeling van zorginhoudelijke plannen en het opzetten van een passende governancestructuur hand in hand gaan. Als de focus alleen ligt op het uitwerken van zorginhoudelijke plannen, bestaat het risico dat verandering beperkt blijft tot kleine pilots en de regie en het mandaat ontbreken om projecten op te schalen. Een eenzijdige focus op de governancestructuur heeft als risico dat de initiatieven niet vanuit de zorginhoud gestart worden en dat het blijft bij gesprekken. De zorginhoudelijk uitwerking moet parallel lopen met het opzetten van een passende governancestructuur.
- **Integrale zorg vraagt om heldere en organisatie-overstijgende governance** – Het echt integraal en domeinoverstijgend organiseren van zorg rondom doelgroepen is een fundamentele verandering ten opzichte van de huidige situatie. Daarbij is veel meer wendbaarheid nodig om over organisaties heen taken en capaciteiten te verdelen en samen te werken. In onze vorige *Wie doet het met wie* stonden we al uitgebreid stil bij verschillende vormen van governance binnen een samenwerking. Inmiddels zijn we meer dan een jaar en een aantal ontwikkelingen verder. Steeds meer zien we dat de benodigde transformatie vraagt om governancevormen die overstijgend en niet te vrijblijvend zijn. Alleen dan kan de zorg echt organisatie-overstijgend georganiseerd worden. Belangrijk aandachtspunt bij de keuze voor een governancevorm is het bewaren van de precaire balans tussen gezamenlijke aansturing, en snelle wendbaarheid en duidelijke verantwoordelijkheid in de uitvoering. Steeds verder doorgevoerde fusies zijn daar niet het

antwoord op. Mogelijke modellen waarbij dit wel realiseerbaar is, zijn bijvoorbeeld een gezamenlijke coöperatie, een regiobestuur of een ACO (accountable care organisation). En dan met name de vorm van ACO waarbij organisaties individueel blijven bestaan, maar hun activiteiten via contractuele afspraken en shared savings in gelijkgerichte belangen aan elkaar verbonden zijn. Al deze governancevormen creëren, aan de ene kant, voldoende mandaat om op hoofdlijnen capaciteiten te verdelen en gezamenlijk te bepalen welke wijzigingen in aanbod en activiteit nodig zijn om doelstellingen te halen. Aan de andere kant hebben de zorgaanbieders wel de (volledige) verantwoordelijkheid voor uitvoering, kwaliteit en exploitatie van de eigen werkzaamheden.

- **Start met de 'coalition of the willing', maar houd de deur open** – Idealiter start een samenwerking met de 'coalition of the willing'. Partijen die bereid en in staat zijn gezamenlijk een transitie te maken. Hierbij moeten minimaal de belangrijkste zorg- en/of welzijnsaanbieders en financiers betrokken zijn en idealiter ook een vertegenwoordiging van burgers. Het is raadzaam bij de start te werken met een onafhankelijk voorzitter, die zonder eigen belangen overzicht kan houden over de samenwerking. Hoewel gestart kan worden met de minimaal benodigde partijen, moet wel in een vroeg stadium van samenwerking nagedacht worden over wanneer en onder welke voorwaarden andere partijen kunnen aanhaken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het verdelen van taken en verantwoordelijkheden en het eventueel vormgeven van stemrecht.
- **Heb lef en help elkaar** – De transitie van het zorglandschap is niet makkelijk en het vraagt dan ook lef om voorloper te zijn in deze veranderingen. Lef om soms samen met partners in het diepe te springen en het avontuur met elkaar aan te gaan. Om (gezamenlijk) dit lef te tonen is vertrouwen nodig en om dit te creëren moet je weten dat je samenwerkingspartners achter je staan, ook in de moeilijke tijden. Een spannend onderdeel van de transformatie voor alle organisaties is het feit dat ze over de muren van hun eigen organisatie heen moeten gaan opereren en hiermee een deel van de controle uit handen moeten geven. Om dit succesvol samen te doen, is het van belang om je in te leven in elkaars wereld en gezamenlijk naar oplossingen te zoeken. Op deze manier staat niemand er alleen voor. Als betrokken partijen bijvoorbeeld met elkaar bespreken tegen welke problemen zij verwachten aan te lopen bij het betrekken van hun achterban, ontstaat meer begrip voor elkaars (mogelijk lastige) situatie. Ook kan dan gezamenlijk een strategie opgesteld worden, bijvoorbeeld voor het betrekken van de achterban.

Wie is aan zet?

We startten deze *Wie doet het met wie* met het motto ‘necessity is the mother of innovation’ en willen eindigen met ‘the proof of the pudding is in the eating’. Met andere woorden, willen we de crisis die ontstaat door de toenemende zorgkloof voorkomen, dan moeten we nu écht snel aan de slag.

Wie zijn daarbij aan zet:

- **(Regionale) samenwerkingsverbanden rondom wonen, welzijn en zorg** werken aan het opstellen van regionale doelstellingen en KPI's om de transformatie te stimuleren. De regiobeelden die er inmiddels zijn of in ontwikkeling zijn, kunnen daarbij als basis dienen. Enerzijds worden op basis van de gezamenlijke doelstellingen concrete initiatieven ontwikkeld en anderzijds wordt gewerkt aan een stabiel samenwerkingsverband (denk aan governance, contractering, etc.). Bij het ontwikkelen van initiatieven wordt gekeken naar de juiste balans tussen korte- en langetermijndoelstellingen, om zowel de energie te behouden door ‘quick wins’ als de ingrijpendere veranderingen op langere termijn te realiseren.
- Binnen de context van de gezamenlijke plannen gaan **aanbieders uit de verschillende domeinen samen met gemeentes en verzekeraars** aan de slag om de transformatie in de praktijk vorm te geven. Financier of aanbieder, ieder heeft daarbij zijn eigen rol. Daarnaast hebben alle organisaties een belangrijke taak om binnen de eigen organisatie urgentie te creëren voor de benodigde veranderingen en de bijbehorende verandercultuur te organiseren.
- Landelijk ontwikkelen **het ministerie en de branchepartijen** op basis van een heldere visie passend instrumentarium ter ondersteuning van de regionale en lokale transformatie. Denk daarbij bijvoorbeeld aan een uitwerking van nieuwe contract- en governancevormen die als leidraad voor de sector dienen en aan het ontwikkelen van landelijke richtlijnen voor standaardisatie van zorginformatie.
- Daarnaast speelt **de overheid** zeker ook een rol in het ontwikkelen van de ‘health-sandboxes’ en investeringsvehikels die nodig zijn om de benodigde nieuwe concepten, zoals woonvormen en technologieën, en infrastructuur te ontwikkelen en dissemineren. Daarnaast ontwikkelt **de overheid** passende investeringsvehikels om de investeringen in de transformatie te borgen. Zonder die investeringen komt de transformatie niet tot stand, maar de omvang gaat de maat van de individuele aanbieders te boven. Landelijke regie hierop is echt noodzakelijk.

Alleen **samen** kunnen we de transformatie maken. Tijd dus om de handen in elkaar te slaan, de mouwen op te stropen en samen aan de slag te gaan.



"De techniek is het probleem niet"



Jeroen van den Oever

Ronald Schmidt

Het technologisch perspectief heeft geen meerwaarde in de zorg. Alleen de context bepaalt het succes van toepassingen en dáár moet de aandacht naar uitgaan. Jeroen van den Oever (Fundis) en Ronald Schmidt (Cordaan), bestuursleden van ActiZ, leggen uit waarom volgens hen het effect van technologie vooral niet overschat moet worden.

"Fantastische technologische oplossingen voor problemen die de professional niet herkent. Dat krijg je als je vertrekt vanuit het perspectief van de technologie. Je gaat nat, zo is de ervaring bij Cordaan." Ronald Schmidt, bestuurder van Cordaan, stelt dat echte innovatie niet begint met een technische vondst. "Innovatie begint op sociaal gebied, met nieuwe vormen van samenwerking, met nieuwe vormen van organisatie. Vervolgens – daar achteraan dus – komt de vraag hoe je die innovatie zo veel mogelijk kunt ondersteunen met technologie."

Ondernemerschap

Jeroen van den Oever, directievoorzitter van Fundis, de Goudse netwerkorganisatie van ondernemingen in de zorg, beaamt dat. "De techniek is het probleem niet, de context bepaalt het succes van toepassingen." Bij die context hoort wat hem betreft ook het ondernemerschap dat vereist is om innovaties van de grond te krijgen. Daarom maakt Fundis nadrukkelijk werk van het stimuleren van dat ondernemerschap. Van den Oever: "Zowel binnen als buiten onze eigen organisatie. We weten allemaal dat de zorg van nature wat conservatief is. Daarom nodigen wij ook externe partijen uit, kleine, slimme ondernemers. Wij presenteren vervolgens het probleem waar we mee zitten en wie interesse heeft, kan er – deels met onze steun – mee aan de slag. Dit blijkt beter te werken dan als directie intern te roepen 'jullie moeten innoveren, hier is een pot met geld'."

Virtuele verpleegafdeling

Cordaan innoveerde onder meer met de Virtual Ward, de virtuele verpleegafdeling die het mogelijk maakt om kwetsbare patiënten thuis te behandelen, in plaats van ze te laten pendelen tussen ziekenhuis, huisarts en eigen huis. Schmidt: "Daarbij gebruiken we sensortechnologie die bij de patiënt is geïnstalleerd en allerlei ander meetinstrumentarium en we maken gebruik van een dataplatform waarop huisarts, wijkverpleegkundige en ziekenhuis, de longarts bijvoorbeeld, een integraal behandelplan kunnen maken. Prachtige middelen! Maar de echte innovatie is sociaal. Want wat gebeurt er in zo'n systeem? Je ziet dat de medisch specialist een andere, minder centrale rol krijgt. Voorheen liepen dit soort initiatieven daarop stuk. Maar nu slaagt het, omdat de longarts bijvoorbeeld bereid is zichzelf minder belangrijk te maken en omdat de verpleegkundige nu het lef heeft beslissingen te nemen die ze voorheen aan de longarts liet."

Doorslaggevend

Technologie is niet doorslaggevend, met andere woorden. Voor 'the big picture' haalt Van den Oever een recent ActiZ-onderzoek aan naar de marktontwikkeling van de ouderenzorg. Als de huidige trends doorzetten, is die zorg in 2030 ongeveer 10 miljard euro duurder dan nu, zo blijkt daaruit. Gunstige arbeidsmarktontwikkelingen (4 miljard euro) en een ander zorgpakket (4,5 miljard euro) kunnen die kostenstijgingen voorkomen. Van den Oever: "Efficiëntere toepassingen van technologie kunnen daar ook aan bijdragen en dat gaat dan om 1,5 miljard euro. Dat is zeker niet niks. Maar het punt is: we moeten niet net doen alsof de toekomst van de zorg afhangt van technologie."

Verantwoording enquête

In deze publicatie verwijzen wij een aantal keer naar resultaten van de enquête. Deze enquête is in de zomer van 2020 verspreid onder bestuurders van ziekenhuizen, organisaties voor geestelijke gezondheidszorg (ggz), organisaties voor verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T) en organisaties voor jeugdhulp. De totale respons van 43 is als volgt verdeeld over de sectoren: ziekenhuizen (18), ggz (8), VV&T (5), jeugdhulp (7) en overig (5).

Verantwoording businesscase

Als onderdeel van deze publicatie is een businesscase opgesteld. Daarbij is als startpunt gekeken naar de huidige zorgproductie binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor de productie binnen de Wmo is data van het Centraal Bureau van de Statistiek¹⁷ als basis gehanteerd en voor de productie binnen de Zvw Vektis open data 2018¹⁸. Binnen de Zvw zijn enkel de volgende categorieën van zorg meegenomen: medisch specialistische zorg, specialistische ggz, huisartsenzorg, generalistische basis-ggz, paramedische zorg, verloskundige zorg, eerstelijnsverblijf, verpleging en verzorging en kraamzorg.

De businesscase is opgezet in drie stappen:

1. In stap 1 is op basis van de verwachte bevolkingsontwikkelingen van het CBS een prognose gemaakt van de zorguitgaven per type zorg in 2040.
2. In stap 2 zijn aannames gemaakt over welk deel van de zorg in 2040 in welke setting geleverd wordt. Zo wordt een deel van de medisch specialistische zorg in de toekomst in de thuis setting geleverd en een deel van de geestelijke gezondheidszorg in de generalistische setting.
3. In stap 3 zijn ten slotte aannames gemaakt over mogelijkheden om zorg efficiënter te leveren, bijvoorbeeld door middel van digitalisering, zinnige zorg en taakdifferentiatie. Hierbij kan gedacht worden aan het ondersteunen van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg op afstand door de inzet van digitale middelen. Of het voorkomen dat cliënten met sociale problematiek in een specialistische setting komen, door opvang in de generalistische setting door vroegsignalering.

Wilt u meer informatie over de businesscase of onderliggende aannames? Neemt u dan gerust contact met ons op voor een verdere toelichting en verdieping voor specifieke sectoren.



Anna van Poucke, partner

Anna is global sectorleader Health voor KPMG International. Daarbij geeft ze leiding aan meer dan 4.000 professionals die in 45 landen in de zorg werkzaam zijn. Ze heeft ruim dertig jaar ervaring in de zorg in verschillende rollen als adviseur, manager en bestuurder, bij zorgaanbieders, overheid en adviesbureaus.

Anna heeft in Nederland het herontwerp van een aantal zorgregio's begeleid. Onder andere in Zeeland, Noordoost-Groningen en de regio's Rotterdam en Den Haag. Zij heeft in een aantal samenwerkingstrajecten de passende governancevormen ontwikkeld. Daarnaast ontwikkelt ze met klanten nieuwe zorgleveringsmodellen, waarbij fysieke en digitale zorg gecombineerd zijn. Anna heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van het verbonden zorglandschap in onder meer de UK, Canada, Zuid-Afrika en Ierland.



Karin Vermooij, senior manager

Karin heeft een achtergrond in de technische bedrijfskunde en heeft een breed palet aan opdrachten uitgevoerd binnen de zorgsector, zowel in Nederland als in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten van Amerika. Karin richt zich voornamelijk op strategische en veranderkundige trajecten binnen de thema's 1) strategieontwikkeling voor (samenwerkingsverbanden van) zorgaanbieders, 2) creëren van toekomstgerichte (digitale) leveringsmodellen en zorgconcepten en 3) ontwikkelen van strategische locatieprofielen en vastgoedkeuzes.

Karin heeft recentelijk verschillende ziekenhuizen en ggz-aanbieders begeleid bij het opstellen van hun organisatiestrategie en daaruit voortkomende vraagstukken zoals het ontwerpen van nieuwe digitale leveringsmodellen of het opstellen van een strategisch huisvestingsplan. Daarnaast is zij in verschillende regio's betrokken bij organisatie-overstijgende strategische projecten rondom visie, governance en financiering.



Lieke Ruigrok, manager

Lieke heeft gezondheidswetenschappen en bedrijfskunde gestudeerd. Lieke werkt sinds 2013 bij KPMG Health aan uiteenlopende projecten binnen de gezondheidszorgsector. Haar expertise is met name gericht op de vormgeving van het Nederlandse zorglandschap en regionale samenwerkingen.

Lieke begeleidde bijvoorbeeld samenwerkingen tussen ziekenhuizen, stelde toekomstvisies op en begeleidde regiotrajecten. Belangrijke thema's daarbij zijn strategische samenwerking en verplaatsing van zorg. Recent is Lieke bijvoorbeeld betrokken geweest bij het vormgeven van een regionale samenwerking tussen diverse zorgaanbieders en financiers. Daarnaast begeleidt zij aanbieders in de jeugdzorg bij het vormgeven van een netwerkorganisatie.

In september 2020 hebben we de eerste versie van onze visie zoals we deze beschrijven in deze publicatie gedeeld met de 'rondetafelcommissie'. Op basis van de levendige discussie die ontstond rondom de belemmeringen van de transformatie is hoofdstuk 5 'Van vertragers naar versnellers' tot stand gekomen. Wij willen de leden van de 'rondetafelcommissie' hartelijk danken voor alle inspiratie en ideeën die gedeeld zijn.

De deelnemers van de 'rondetafelcommissie':

**Ernst Kuipers – Voorzitter raad van bestuur
Erasmus MC**



**Misja Mikkers – Hoofdeconoom
Nederlandse Zorgautoriteit**



**Fred Pijls – Voorzitter raad van bestuur
GGZ Oost-Brabant**



**Ronnie van Diemen – Directeur-generaal
Curatieve Zorg bij ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport**



**Martin van Rijn – Voorzitter van Aedes
vereniging van woningcorporaties**



David Ikkersheim, partner KPMG Health
Isabel Moll, partner KPMG Health
Arjan Ogink, partner KPMG Health
Marijke Ploegman, director KPMG Health
Karin Lemmens, director KPMG Health
Hylke Kingma, director KPMG Digital Strategy
Sander Mulder, manager KPMG Health
Sjoerd Veldhuizen, manager KPMG Health
Loes Vecht, senior consultant KPMG Health
Violette van Dijk, consultant KPMG Health

Voetnoten

- ¹ Health Consumer Powerhouse - <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- ² Centraal Bureau voor de Statistiek - <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2010/50/tempo-vergrijzing-loopt-op>
- ³ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - <https://www.regiobeeld.nl/gezondheid-leefstijl>
- ⁴ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0030.pdf>
- ⁵ Centraal Bureau voor de Statistiek - <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn>
- ⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek - <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83786NED>
- ⁷ Erasmus MC - <https://amazingerasmusmc.nl/actueel/nieuwe-inzichten/>
- ⁸ 'Healthy Food Distribution at Information Outposts A Patient Engagement Strategy' van de Montefiore Hudson Valley
- ⁹ Harvard Business Review - <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- ¹⁰ De principes van Value Based Healthcare volgens Porter: 1) Organiseer de zorg rondom helder gedefinieerde patiëntgroepen, 2) Meet uitkomsten en de kosten voor iedere patiënt; 3) Ketenfinanciering, 4) Ketenzorg over schotten heen, 5) Geografische expansie van best practices en 6) Ondersteunende technologie.
- ¹¹ KPMG - <https://www.datavoorgezondheid.nl/documenten/publicaties/2020/09/24/resultaten-inventarisatie-ai-in-gezondheid-en-zorg>
- ¹² Foundation medicine - <https://www.foundationmedicine.nl/>
- ¹³ Quantib - <https://www.quantib.com/solutions/quantib-nd-plus>
- ¹⁴ Mental Health Warriors - <https://www.mentalhealthwarriors.info/>
- ¹⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/03/houtskoolschets-acute-zorg>
- ¹⁶ Gezondheidsraad - <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2020/09/22/45-minutennorm-in-de-spoedzorg>
- ¹⁷ Centraal Bureau voor de Statistiek - <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84580NED>
- ¹⁸ Vektis - <https://www.vektis.nl/open-data>

Voor vragen over de inhoud van deze rapportage kunt u contact opnemen met Karin Vernooij (senior manager KPMG Health).

+31 6 5275 5964
Vernooij.Karin@kpmg.nl

© 2020 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden. De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International. De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst blijft. Daarom adviseren wij u op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situatie.