



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

Eindrapportage van de Lerende evaluatie **Juiste Zorg Op de Juiste Plek**

RIVM-rapport 2024-0010



Eindrapportage van de Lerende evaluatie Juiste Zorg Op de Juiste Plek

RIVM-rapport 2024-0010

Colofon

© RIVM 2024

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

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van zijn producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook www.rivm.nl/toegankelijkheid.

DOI 10.21945/RIVM-2024-0010

B. Keij, RIVM
M. Vugts, RIVM
N. van Vooren, RIVM
P. Reckman, RIVM
S. Vader, RIVM
Z. Scheefhals, RIVM

Met dank aan: Cheryl Bos, Jeroen Struijs en Caroline Baan.

Contact:
Natascha van Vooren
Centrum Volksgezondheid, Zorg en Maatschappij
regionalesamenwerking@rivm.nl

Dit onderzoek is verricht in opdracht van het ministerie van VWS.

Publiekssamenvatting

Eindrapportage van de Lerende evaluatie ‘Juiste Zorg Op de Juiste Plek’

Om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden, is verandering nodig. Het ministerie van VWS is daarom in 2018 met verschillende organisaties die zorg en ondersteuning bieden de ‘beweging’ De Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) begonnen. Het doel is zorgen dat minder mensen zorg nodig hebben (voorkomen), de benodigde zorg dichterbij de patiënt aan te bieden (verplaatsen) en waar mogelijk online (vervangen).

Het RIVM heeft in deze evaluevaluatie in kaart gebracht wat de JZOJP tussen 2019 en 2023 heeft bereikt. Daaruit blijkt dat er goede stappen zijn gezet, maar ook dat er nog veel te doen is. Organisaties in zorg en ondersteuning merken bijvoorbeeld beperkingen in het zorgsysteem op, zoals wettelijke voorschriften en de manier waarop geldstromen zijn georganiseerd. Hierdoor loopt de uitvoering van de JZOJP in de praktijk tegen grenzen aan. Volgens de organisaties duurt het daarom lang voordat veranderingen zijn doorgevoerd.

Rond 2019 zijn veel nieuwe samenwerkingsverbanden tussen zorg- en ondersteuningsaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars begonnen, maar grote veranderingen in zorg en ondersteuningsaanbod hebben meer tijd nodig. Ook blijkt dat inwoners nog beter betrokken kunnen worden bij de samenwerkingsverbanden om hun hulpvraag duidelijk in beeld te krijgen en het aanbod daarop aan te passen. Er is minder veranderd in het aanbod van zorg en ondersteuning dan samenwerkingsverbanden wensen.

Het RIVM concludeert dat de JZOJP moet worden gezien als de eerste fase van een grote verandering in de zorg die veel tijd kost. Binnen deze verandering moet de focus zich verplaatsen van ziekte en zorg naar gezondheid. Zorg en medicijnen zijn bijvoorbeeld niet altijd het antwoord op een hulpvraag. Dat kan bijvoorbeeld ook een leefstijlcoach zijn of ondersteuning vanuit het sociale domein. Verder is het belangrijk om inwoners en patiënten duidelijk te informeren over de veranderingen in de zorg en welke zorg en ondersteuning zij kunnen verwachten.

Ook hebben alle betrokkenen tijd nodig om van elkaar te kunnen leren en open te staan voor andere perspectieven dan alleen het medische. Ten slotte beveelt het RIVM aan deze grote verandering niet alleen aan de praktijk over te laten. De landelijke overheid is ook nodig om bijvoorbeeld de regels aan te kunnen passen voor de financiering van zorg en ondersteuning.

Kernwoorden: JZOJP, voorkomen, verplaatsten, vervangen, zorgsysteem, samenwerkingsverbanden, sociaal domein, inwoners, patiënten, gezondheid

Synopsis

Final report of the reflexive evaluation of ‘The Right Care in the Right Place’

In order to keep our healthcare system accessible, affordable and of good quality, change is needed. The Ministry of Health, Welfare and Sports therefore started a ‘movement’ towards the Right Care in the Right Place in 2018, together with a variety of care and support service providers. The goal is that fewer people need care (prevention), that care and support are provided closer to the patient (relocation), and that care is provided digitally when possible (replacement).

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has evaluated what this movement towards the Right Care in the Right Place led to between 2019 and 2023. Its findings show that effective steps have been taken, but at the same time there is still a long way to go. Care and support service providers notice that the current healthcare system has its limitations, such as legal restrictions and the way financial flows are organised. According to these organisations, this is why actual transformation of the system in practice runs up against these limitations. They reiterate that real change requires patience.

Around 2019, many new partnerships between care and support service providers, municipalities and health insurers were set up, but actual transformation of the health care system requires more time. Furthermore, there is a lot of room for improvement when it comes to involving citizens in these partnerships in order to specify their exact needs and consequently adapt services to these needs. So far, program managers experience little change in terms of actually integrating and reorganising services for citizens.

RIVM concludes that the ‘movement’ towards the Right Care in the Right Place should be seen as the first phase of a larger-scale transformation in care and support services, which takes a lot of time. During this transformation, the focus should move from treating disease towards maintaining health. Health care and medication are not always the answer to people’s actual needs. Sometimes a lifestyle coach or support from the social domain or community services are a better fit. Moreover, it is important to inform citizens and patients more clearly about changes in the healthcare system and what they can expect in terms of care and support services in the near future.

In addition, all stakeholders need time to learn from each other and to be open to other perspectives besides the medical perspective. Lastly, RIVM recommends to expect change not only from the stakeholders in the field; help from the national government is needed to tackle the limitations of the current system, such as financial flows between sectors and between the medical and social domains.

Keywords: Right Care in the Right Place, prevention, relocation, replacement, healthcare system, cross-sector collaborations, social domain, citizens, patients, public health

Samenvatting

Door vergrijzing, een toename van mensen met chronische ziekten, een tekort aan zorgpersoneel en stijgende zorgkosten, is de druk op de zorg flink toegenomen. Ook veranderen onze zorg- en ondersteuningsbehoeften en de manier waarop we kijken naar zorg en gezondheid steeds meer. Om de zorg houdbaar te houden en tegemoet te kunnen komen aan de zorg en ondersteuningsbehoeften zijn het ministerie van VWS en verschillende organisaties die zorg en ondersteuning bieden in 2018 de beweging 'De Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP) gestart. Om het functioneren van mensen en hun omgeving centraal te stellen, richt de beweging JZOJP zich op het voorkomen van zorg, het verplaatsen van zorg en het vervangen van zorg.

Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om een lerende evaluatie uit te voeren van de beweging JZOJP. Van 2019 tot en met 2023 heeft het RIVM deze lerende evaluatie uitgevoerd. Het doel was om landelijke, regionale en lokale organisaties te inspireren, ondersteunen en stimuleren door inzicht te geven in ontwikkelingen en ervaringen met de beweging JZOJP en samen hiervan te leren. De centrale vraag van de evaluatie was: 'wat is er nodig om de beweging JZOJP verder te brengen?'. Voor de eindrapportage staan de volgende drie onderzoeksvragen centraal:

1. Wat zijn de trends in uitkomsten gerelateerd aan de ambities van de beweging JZOJP?
2. Hoe heeft de inzet voor JZOJP zich ontwikkeld, specifiek in de vorm van domeinoverstijgende samenwerking voor JZOJP?
3. Wat zijn de leerervaringen van lokale, regionale en landelijke betrokkenen met de beweging JZOJP?

Wat zijn de trends in uitkomsten gerelateerd aan de ambities van de beweging JZOJP?

Bestaande indicatoren bieden een gedeeltelijk en globaal beeld van landelijke, regionale en lokale trends in de belangrijkste uitkomsten waar JZOJP om begon, bijvoorbeeld op het gebied van de *volksgezondheid*, *kosten* en het *welzijn van professionals*. Op basis van deze beschikbare landelijke cijfers kunnen er echter geen sterke algemene conclusies getrokken worden over hoe de beweging JZOJP – met het voorkomen, vervangen, of verplaatsen van zorg of ondersteuning – deze uitkomsten heeft beïnvloed. Er zijn weinig duidelijke trendbreuken in de cijfers, bijvoorbeeld over de kwaliteit van leven of eenzaamheid van inwoners,

te zien. Bovendien is een eventuele trendbreuk – als daarvan sprake is – niet aan de beweging JZOJP toe te schrijven, maar aan versturende invloeden zoals de COVID-19-pandemie. Om plausibel te kunnen maken dat JZOJP het verschil maakt voor relevante uitkomsten (op het gebied van kwaliteit, volksgezondheid, kosten, welzijn van professionals, of gezondheidsverschillen), zijn er (nog) onvoldoende bruikbare indicatoren over kwalitatieve verbeteringen in de manier waarop zorg en ondersteuning volgens de JZOP-principes integraal worden aangeboden. Denk hierbij aan indicatoren over continuïteit in ketens van zorg en ondersteuning, samenwerking over de domeinen heen, of (het bereik van) integrale gezondheid bevorderende strategieën. Hieraan wordt in de toekomst verder gewerkt in het kader van de monitor van het Integraal Zorg Akkoord (IZA).

Wel kunnen er indicatoren over *volksgezondheid*, *kosten* en *welzijn van professionals* worden gebruikt voor het identificeren van lange termijnopgaven, zoals scores die een dalende trend vertonen. Zo werd zichtbaar dat er landelijk geen duidelijke veranderingen zijn geweest in de *volksgezondheid* en *sociaaleconomische gezondheidsverschillen* (SEGV) bij het vergelijken van trends tussen de perioden voor en na het ingaan van de hoofdlijnaakkoorden (1-1-2019). De trend van toenemende ervaren eenzaamheid zette zich juist onverminderd voort. Bij de categorie *Kosten en uitgaven* was te zien dat de jaarlijkse gemiddelde uitgaven per inwoner, sinds de ingang van de hoofdlijnaakkoorden, relatief meer stegen binnen het sociale domein dan binnen de geneeskundige en langdurige zorg. De uitgaven binnen het sociale domein bleven in absolute zin echter veel lager met een schatting van gemiddelde uitgaven per persoon in het sociaal domein (welzijn, jeugdzorg en kinderopvang) in 2022 op 15 euro en geschatte gemiddelde uitgaven per persoon in het medisch domein (geneeskundige en langdurige zorg) in 2022 5.183 euro. In alle zorgkantoorregio's zijn de uitgaven vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) per inwoner lager geworden of gelijk gebleven binnen het totaal aan uitgaven per inwoner (over de vier wetten samen: Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) en Zvw). Wat betreft het *welzijn van professionals* zijn er ongunstige ontwikkelingen te zien, waarbij er bijvoorbeeld een opvallende stijging in de werkdruk bij huisartsen en gezondheidscentra te zien is in vergelijking met andere branches van zorg en welzijn.

Hoe heeft de inzet voor JZOJP zich ontwikkeld, specifiek in de vorm van domeinoverstijgende samenwerking voor JZOJP?

Vragenlijstonderzoek onder programmamanagers (in het najaar van 2023) liet zien dat veel domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) in de periode van 2017-2019, maar ook al in 2000-2016, werden opgericht om zich in te zetten voor JZOJP. Zij richten zich op diverse doelgroepen of onderwerpen, zoals kwetsbare ouderen, palliatieve zorg, of mentale gezondheid. Inmiddels komen er DSV's verspreid over heel Nederland voor. De mate waarin DSV's ervaren dat zij gezamenlijk gestelde doelen in het kader van JZOJP al wisten te bereiken is, gemiddeld bezien, nog beperkt. Een belangrijke observatie is ook dat deelnemende organisaties, bijvoorbeeld qua zorg- en ondersteuningsaanbod, meestal nog beperkt veranderden. De inkijk die programmamanagers gaven in hun DSV's liet ruimte zien voor het beter leren samenwerken, bijvoorbeeld met inwoners en patiëntvertegenwoordigers. In de meeste DSV's zien programmamanagers een goede basis van vertrouwen in de deelnemende partijen en een positief beeld over het leiderschap bestaan. DSV's worden vaak door de deelnemende partijen zelf aangestuurd, in plaats van door één deelnemende organisatie of een daartoe aangewezen onafhankelijk persoon of organisatie. Ten slotte laten de vragenlijstresultaten relatieve beperkingen zien in de aanwending van een aantal hulpbronnen die DSV's nodig hebben om hun doelen te bereiken. Deze beperkingen gelden specifiek voor de beschikbaarheid van data en informatie, efficiënte benutting van financiële middelen en oplossingen voor structurele financiering en bekostiging van domeinoverstijgende inzet voor JZOJP.

Wat zijn de leerervaringen van lokale, regionale en landelijke betrokkenen met de beweging JZOJP?

De beweging JZOJP wordt volgens respondenten in de leerregio's herkend als een onderdeel van een langdurige transformatie in zorg en ondersteuning. Volgens de respondenten is gedurende de periode van JZOJP de samenwerking toegenomen. Binnen enkele landelijke partijen vinden bovendien cultuurveranderingen plaats. Ook wordt het gedachtegoed van JZOJP meer opgepakt. Wat men onder dit gedachtegoed verstaat, verschilt echter.

Zo geven meerdere respondenten aan dat de beweging nog te veel binnen het zorgdomein is gefocust en benoemen ze het gemis van een bredere blik voor de beweging van zorg naar gezondheid. Respondenten bevelen aan om meer te werken vanuit een integrale blik, en in verbinding met de perspectieven van onder andere inwoners en patiënten. Ook is er verwachtingsmanagement nodig in wat er van de zorg gevraagd kan worden en welke rol inwoners hierin hebben. Zo kan het door schaarste bijvoorbeeld voorkomen dat de behoeften van inwoners afgewogen dienen te worden met toegankelijkheid, kosten en kwaliteit. Een aantal structurele knelpunten, zoals financiële randvoorwaarden om budgetten te kunnen verschuiven en een gebrek aan standaarden voor gegevensuitwisseling, is nog hetzelfde als in een tussenevaluatie in 2021. Respondenten geven aan dat tijdelijke financiering en de korte termijn waarop huidige verantwoording van de akkoorden is gericht, niet aansluiten bij een langdurige transformatie. Verder vraagt de voortgang van de beweging om maatwerk per regio en geven respondenten aan stapsgewijs te ontwikkelen en hierbij ook van elkaar te willen leren.

Aanbevelingen

Deze eindrapportage geeft de ontwikkeling en geleerde lessen weer van de beweging JZOJP. Uit de bevindingen blijkt dat de beweging JZOJP niet als een losstaand programma gezien dient te worden, maar als een onderdeel van een grotere transformatie in de zorg. De beweging krijgt een vervolg met verschillende akkoorden die eind 2022 zijn gesloten, waaronder het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Voor het vervolg van de beweging JZOJP in de huidige akkoorden, zoals in het Integraal Zorg Akkoord (IZA), doen we aan betrokkenen de volgende aanbevelingen op basis van de resultaten uit deze eindrapportage: 1) Zorg voor leiderschap die zich richt op een langdurige transformatie. 2) Sta open voor andere perspectieven, normen, waarden en werkwijzen binnen de transformatie. 3) Zet in op een lerende houding van beleid, praktijk en onderzoek. Ook worden aanbevelingen gedaan voor monitoring en evaluatie van de beweging: 4) Evalueer de effecten van de beweging op een manier die relevante inzichten oplevert. 5) Verbeter de dataverzameling voor indicatoren die relevant zijn voor het monitoren en evalueren van de beweging. En: 6) Investeer in nauwkeurigheid bij het bepalen van doelen en doelgroepen.

Inhoud

1	Inleiding	13
1.1	Ontstaan van de beweging Juiste Zorg op de Juiste Plek	13
1.2	Ontwikkelingen van de beweging JZOJP	13
1.3	De Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek	14
1.4	Eindrapportage van de lerende evaluatie	16
1.5	Leeswijzer	17
2	Trends	19
3	Inzet	37
3.1	Huisartsen, gemeenten en andere organisaties zetten zich in heel Nederland in voor JZOJP	37
3.2	Programmamanagers ervaren dat gezamenlijke doelen in beperkte mate worden bereikt	39
3.3	Er is ruimte voor verbetering van capaciteiten en faciliteiten voor de inzet voor JZOJP door DSV's	41
4	Leerervaringen	45
4.1	Ontwikkeling van de beweging JZOJP	45
4.2	Geleerde lessen vanuit de beweging JZOJP volgens betrokkenen	46
5	Discussie	53
5.1	Resultaten samengevat	53
5.2	Reflectie op de resultaten	54
5.3	Reflectie op de methoden	57
	Referenties	61

1 Inleiding

1.1 Ontstaan van de beweging Juiste Zorg op de Juiste Plek

Er is een toenemende druk op de gezondheidszorg. De zorgvraag van de Nederlandse bevolking verandert door vergrijzing en een toename van mensen met chronische ziekten (RIVM, 2018). Bovendien stijgen de zorguitgaven en is er een toenemend tekort aan zorgpersoneel (RIVM, 2018). Om het zorgsysteem houdbaar te houden en tegemoet te kunnen komen aan de veranderende zorg- en ondersteuningsbehoeften, is verandering nodig. Als reactie op deze ontwikkelingen is in een samenwerking van het veld en het ministerie van VWS de beweging 'Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP) ontstaan (VWS, 2018). Met het Taskforce rapport 'De Juiste Zorg Op de Juiste Plek' is invulling gegeven aan het begrip Juiste Zorg Op de Juiste Plek (Taskforce JZOJP, 2018).

De Taskforce pleitte met de beweging JZOJP voor een ander perspectief op ziekte en gezondheid, waarbij het functioneren van mensen en hun omgeving centraal gezet wordt (Taskforce, 2018). Hierbij wordt gesteld dat 'niet op elke ondersteuningsbehoefte van mensen een medisch antwoord past'. Er zijn namelijk veel meer factoren van invloed op de gezondheid en het welzijn van mensen, zoals de sociale omgeving, de fysieke omgeving en leefstijl (Dahlgren & Whitehead, 1991). Om het functioneren van mensen en hun omgeving centraal te zetten, richt de beweging JZOJP zich op het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichter bij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door bijvoorbeeld digitale zorg) (Taskforce, 2018).

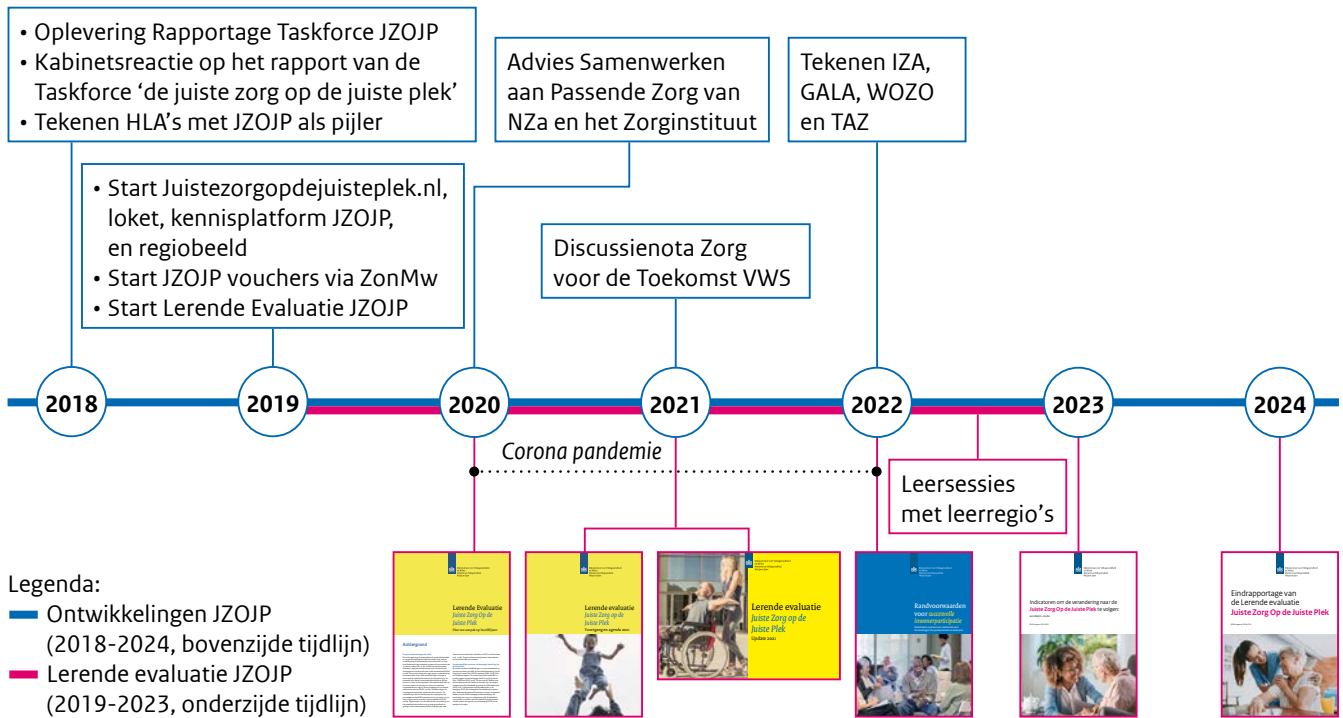
1.2 Ontwikkelingen van de beweging JZOJP

De beweging JZOJP is in de vier hoofdlijnakkoorden (HLA's) medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, en het bestuurlijke akkoord paramedische zorg een belangrijke inhoudelijke pijler geworden waarmee alle bestuurlijke partijen zich gecommitteerd hebben om de JZOJP-beweging verder te brengen (VWS, 2019). De verdere vormgeving van deze beweging lag vooral bij partijen in de regio, omdat de aansluiting van zorg en ondersteuning bij de behoeften van mensen contextspecifiek is.

Er zijn tijdens de beweging JZOJP verschillende activiteiten opgezet om JZOJP in de regio te faciliteren. Zo zijn er regiobijeenkomsten gehouden om het veld te informeren en inspireren, heeft ZonMw verschillende voucher- en subsidieregelingen opgestart om de JZOJP-beweging te ondersteunen, is er een website ontwikkeld (www.juistezorgopdejuisteplek.nl) om praktijkvoorbeelden te delen en is er een Kennisplatform JZOJP opgericht met personen uit praktijk, onderzoek en beleid. Het Kennisplatform had als opdracht om in kaart te brengen welke kennis beschikbaar is, wat de behoefte aan nieuw te ontwikkelen kennis is, en waar knelpunten zitten in kennisdeling en -toepassing (VWS, 2019). Verder is het RIVM gevraagd om relevante lokale en regionale data te ontsluiten (regiobeeld.nl) en om de beweging JZOJP te inspireren, ondersteunen en stimuleren met de Lerende evaluatie JZOJP.

Gedurende de looptijd van de beweging JZOJP zijn bovendien verschillende reflecties gegeven op de houdbaarheid en benodigde ontwikkelingen van de zorg (RVS, 2021; WRR, 2021; SER, 2020; NZa & ZN, 2020; VWS, 2021). Hierbij zijn ook voorstellen gedaan voor beleidsmatige veranderingen voor de ontwikkeling in zorg en welzijn. Een groot deel van deze voorstellen is uitgewerkt en afgesproken in verschillende nieuwe akkoorden en programma's: het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), en de programma's Wonen, Ondersteuning en Zorg Ouderen (WOZO) en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ). In Figuur 1 staan de maatregelen, activiteiten en akkoorden in het kader van JZOJP uitgelicht. Ook zijn de RIVM-rapportages van de Lerende evaluatie JZOJP weergegeven.

Figuur 1. Tijdlijn van de ontwikkelingen van de beweging JZOJP en de Lerende evaluatie JZOJP.



1.3 De Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek

In opdracht van het ministerie van VWS heeft het RIVM vanaf 2019 tot en met 2024 een lerende evaluatie uitgevoerd naar de beweging JZOJP (RIVM, 2020a). Het doel van deze lerende evaluatie was om landelijke, regionale en lokale organisaties te inspireren, ondersteunen en stimuleren door inzicht te geven in ontwikkelingen van en ervaringen met de beweging JZOJP en samen hiervan te leren. Hierbij stond de vraag centraal: *Wat is er nodig om de beweging JZOJP verder te brengen?*

Deze evaluatie definieert de beweging JZOJP als volgt: *'Beweging van inwoners, professionals en Hoofdlijnenakkoord-partners, die vanuit het functioneren en de behoeften van mensen, zorg voorkomen, verplaatsen, en vervangen over grenzen van organisaties en/of domeinen heen, waardoor het functioneren van mensen verbetert, en er bijgedragen wordt aan kwalitatieve, betaalbare, toegankelijke, uitvoerbare zorg.'*

In een lerende evaluatie staat het samen leren en kortcyclische interactie tussen de beweging JZOJP en het onderzoek centraal. Dit geeft, anders dan in een ex ante- of ex post-evaluatie de mogelijkheid om gedurende de beweging op basis van tussentijdse inzichten te leren en waar mogelijk bij te sturen, zowel in de regionale en

landelijke praktijk als in het onderzoek zelf. Zo waren er tien domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden betrokken bij de evaluatie om van hun ontwikkelingen te leren en geleerde lessen met elkaar en de bredere beweging JZOJP te delen. Deze werden ook wel 'leerregio's' genoemd. Ook zijn leersessies gehouden met betrokkenen vanuit deze leerregio's op geselecteerde thema's (bijvoorbeeld governance, preventie, bekostiging en financiering, lerend vermogen) voor de beweging JZOJP. (Zie Bijlage A voor meer informatie over de leerregio's en leersessies.) Verder zijn er meerdere tussentijdse procesevaluaties uitgevoerd, waarbij inzicht is verkregen in de inzet, ontwikkelingen en ervaringen binnen de leerregio's en van landelijke partijen (de tekenaars van de hoofdlijnenakkoorden en regulerende partijen). Zo was er een procesevaluatie tijdens de coronapandemie in 2020, en als tussentijdse evaluatie in 2021. Daarnaast zijn er verschillende thema's (eerder ook wel bouwstenen genoemd) uitgelicht in casuïstiek, bijvoorbeeld samenwerking en inwonerparticipatie (2022). Ook is er een Delphi-studie uitgevoerd om indicatoren te selecteren om uitkomsten te kunnen volgen die gerelateerd zijn aan de beweging, waaronder op het gebied van kwaliteit van zorg (en ondersteuning), volksgezondheid, kosten (en uitgaven), welbevinden van professionals, SEGV (2023). Tekstbox 1 geeft een terugblik op eerdere inzichten uit deze rapporten van de lerende evaluatie JZOJP.

Tekstbox 1. Een terugblik op eerdere inzichten uit de rapporten van de lerende evaluatie JZOJP

De eerste tussentijdse update van de lerende evaluatie JZOJP over de beweging tot en met 2020 vond tijdens de coronapandemie plaats (RIVM, 2021a). Op basis van de ervaringen van HLA-ondertekenaars en betrokken samenwerkingspartners uit lokale en regionale samenwerkingsverbanden zijn verschillende lessen geleerd. Zo gaven geïnterviewden aan dat, vanwege de urgentie van COVID-19, er minder ruimte is geweest om de behoeften van inwoners vanuit het bredere perspectief op gezondheid in besluitvorming mee te nemen. De geïnterviewden gaven aan dat de medische benadering tijdens de eerste golf dominant is geweest. Het gemis van dit bredere perspectief op gezondheid zagen geïnterviewden als een uitvergroting van de problematiek die al vóór COVID-19 speelde. Er is aangegeven dat het nog een transitie vergt om in plaats van vanuit zorgaanbod meer vanuit de behoefte van de patiënt en inwoner te denken en te handelen. Wel bood deze periode kansen om regionale samenwerkingsverbanden te verdiepen vanwege de urgentie die hiervoor was. En werden er door de afgeschaalde zorg kansen gezien om kritisch te kijken naar welke zorg 'zinnig' en 'gepast' is en wie deze kan leveren. Bovendien werden destijds kansen gezien in het benutten en stimuleren van digitale zorg.

Uit de tweede tussenrapportage over 2021 bleek dat de term JZOJP niet eenduidig werd gebruikt en geïnterpreteerd (RIVM, 2021b). Hierdoor was er ook een brede variatie in doelen bij de initiatieven die werkten aan de beweging JZOJP. Daarnaast was er destijds geen goed landelijk beeld van de regionale inzet voor JZOJP; niet over hoeveel en wat voor samenwerkingsinitiatieven er allemaal bestaan, noch over hoe deze initiatieven zich inzetten. Dit maakte het lastig voor regio's om op basis van helder inzicht in overeenkomsten en verschillen van elkaar te leren, en voor landelijke partijen om vanuit algemene kennis regio's beter te kunnen faciliteren bij het vervullen van hun rol in de beweging JZOJP. Alle betrokkenen bij de beweging JZOJP (lokaal, regionaal en landelijk) onderkenden het belang van gezamenlijk leren in de beweging, maar zochten nog naar een manier om dit passend vorm te geven. Bestuurders en regulerende partijen gaven aan dat er meer middelen beschikbaar gesteld moesten worden om samen te werken en samen te leren, zoals voor een programmamanager, of voor het inrichten van een gezamenlijke data-infrastructuur. Verder was expertise-ontwikkeling over passende governance en ondersteunende bekostigingsvormen nodig. Bovendien gaven de bestuurders en betrokken

patiënten en inwoners aan investering in de verbinding tussen formele en informele zorg, en het versterken van lokale gemeenschappen en sociale netwerken belangrijk te vinden. Dit biedt namelijk aanknopingspunten om zorg te voorkomen, verplaatsen of vervangen.

In 2022 heeft de lerende evaluatie een factsheet opgeleverd met handvatten voor inwonerparticipatie (RIVM, 2022). Dit is gebaseerd op vierjarig onderzoek van De Weger et al. (2022). Inwonerparticipatie kan interventies en beleid beter laten aansluiten bij de leefwereld, ervaringen en behoeften van inwoners zelf. Uit deze factsheet blijkt dat inwoners en professionals verschillende perspectieven en prioriteiten hebben bij inwonerparticipatie. Er worden handvatten beschreven om inwoners te kunnen ondersteunen en faciliteren bij inwonerparticipatie. Bovendien wordt geconcludeerd dat er een cultuuromslag nodig is, waarbij organisaties, professionals en inwoners ervoor openstaan én ruimte en tijd maken om samen te leren over een passende vormgeving van inwonerparticipatie.

In 2023 is op basis van een Delphi-studie een basisset aan indicatoren opgeleverd over de meest relevante meetbare thema's voor het monitoren van JZOJP (RIVM, 2023a). Bijvoorbeeld de ervaren gezondheid van inwoners, de uitwisseling van digitale gegevens tussen zorgverleners en patiënten, en kosten van zorg en ondersteuning. Veertig experts uit zorg-, welzijns- en kennisorganisaties hebben de 25 meest relevante thema's gekozen en per thema de best bruikbare indicator geselecteerd. Voor veel thema's, bijvoorbeeld domeinoverstijgende samenwerking, bleek echter dat de best bruikbare indicator nog onvoldoende het thema dekte. Er is daarom ook een ontwikkelagenda samengesteld, zodat er voor alle geselecteerde thema's bruikbare indicatoren kunnen worden ontwikkeld.

Eerder in 2024 zijn er ook Kennissyntheses JZOJP gepubliceerd in opdracht van het Kennisplatform JZOJP. Het doel van deze kennissyntheses was om op toegankelijke wijze de bestaande kennis, zowel vanuit de wetenschap als de praktijk, over JZOJP te ontsluiten, met name voor diezelfde praktijk. RIVM heeft het deel over de doelen, inrichting en (methoden van) monitoring en evaluatie van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden verzorgt. De kennissyntheses zijn te vinden via [Kennissyntheses | Juiste Zorg Op de Juiste Plek \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](https://www.kennisplatformjzojp.nl/kennis-syntheses).

1.4 Eindrapportage van de lerende evaluatie

In deze eindrapportage van de lerende evaluatie richten wij ons op de ontwikkelingen van, en ervaringen met de beweging JZOJP tot en met 2023.

De volgende drie onderzoeksvragen staan centraal:

1. *Wat zijn de trends in uitkomsten gerelateerd aan de ambities van de beweging JZOJP? (Trends)*
2. *Hoe heeft de inzet voor JZOJP zich ontwikkeld, specifiek in de vorm van domeinoverstijgende samenwerking voor JZOJP? (Inzet)*
3. *Wat zijn de leerervaringen van lokale, regionale en landelijke betrokkenen met de beweging JZOJP? (Leerervaringen)*

Deze onderzoeksvragen zijn beantwoord via beschrijvende en verdiepende analyses van kwantitatieve data over relevante uitkomstmaten in lijn met de ambities van JZOJP, en op basis van kwalitatieve gegevens over ervaringen van betrokkenen bij de beweging JZOJP. In de bijlagen worden de gebruikte kwantitatieve en kwalitatieve methoden per hoofdstuk toegelicht.

Om zicht te krijgen hoe de beweging JZOJP zich ontwikkeld en verder gebracht kan worden, richt de lerende evaluatie zich op drie pijlers, namelijk trends, inzet en leerervaringen. Onderstaand wordt toegelicht hoe deze pijlers in de eindrapportage aan bod komen.

Trends

De pijler trends richt zich op de ontwikkelingen van uitkomsten die in lijn zijn met de ambities van de beweging JZOJP. Op basis van eerdergenoemde Delphi-studie in paragraaf 1.3 zijn de huidige meest bruikbare en beschikbare indicatoren geselecteerd. Deze zijn geclusterd binnen de categorieën Volksgezondheid, Kwaliteit van zorg en ondersteuning, Kosten (en uitgaven), Welbevinden van professionals en Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) (ook wel de Quintuple Aims genoemd, Nundy et al., 2022). Deze eindrapportage richt zich op het beschrijven van de trends in deze geselecteerde indicatoren op landelijk, en waar mogelijk regionaal niveau. Het achterliggende doel van het beschrijven van deze trends is om een helder beeld te geven van waar het in de beweging JZOJP om te doen is.

Inzet

De pijler 'inzet' geeft inzicht in de inzet van alle partijen en de status van randvoorwaarden voor JZOJP. In eerdere tussentijdse evaluaties is zowel de landelijke als regionale

inzet voor de beweging JZOJP beschreven. De huidige eindevaluatie focust zich specifiek op de regionale en lokale inzet. Kenmerkend aan de beweging JZOJP is namelijk dat inzet geleverd wordt door betrokkenen uit meerdere organisaties samen. Veelal is er sprake van inzet in de vorm van domeinoverstijgende samenwerking tussen organisaties, zoals in de leerregio's waarover de lerende evaluatie al eerder rapporteerde. Om te reflecteren op de inzet in de beweging JZOJP richtten we ons op deze domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (ook wel DSV's genoemd). Daarbij gaat het vooral over inzet voor het ontwikkelen van structuren en processen van samenwerking die DSV's helpen om hun gezamenlijke doelen (betreffende de Quintuple Aims) te bereiken. We richten ons niet op de specifieke inhoud van de meerdere activiteiten die DSV's uitvoeren, bijvoorbeeld het inzetten van interventies voor beweeggedrag, valpreventie, et cetera. De inhoud van interventies en projecten verschilt sterk tussen DSV's en zijn onderwerp van andere monitors.

Leerervaringen

Met leerervaringen worden de ervaringen beschreven die lokale, regionale en landelijke betrokkenen bij de beweging JZOJP hebben opgedaan. De landelijke ervaringen zijn opgehaald bij landelijke brancheorganisaties en regulerende partijen die betrokken waren bij de HLA, en/of bij het nieuw ondertekende IZA. Ook zijn ervaringen opgehaald bij lokale en regionale bestuurders, inwoners en professionals, die betrokken zijn in de tien leerregio's van de lerende evaluatie. Aan allen is gevraagd terug te blikken op de beweging JZOJP en geleerde lessen te benoemen voor het vervolg van de transformatie in zorg en welzijn.

Deze inzichten worden gebruikt om lessen te definiëren voor het verder brengen van de inhoud van de beweging. We streven daarom ernaar te begrijpen wat werkt binnen de beweging JZOJP (inzet) en hoe en waarom (leerervaringen) dat werkt om uitkomsten te verbeteren (trends). Het is echter moeilijk om met zekerheid te bepalen in hoeverre de beweging JZOJP effect heeft gehad (ofwel: of er een causale invloed was van inzet op trends). Het samen met betrokkenen verkrijgen van verklarende inzichten helpt bij het vaststellen van in hoeverre en in welke opzichten de inzet tot relevante uitkomstverbeteringen leidde. Deze inzichten kunnen gebruikt worden voor het volgen van de uitvoering van de nieuwe akkoorden en programma's in termen van monitoring en evaluatie: welke aspecten moeten hierin vooral wel en niet worden meegenomen?

1.5 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken zullen de onderzoeksvragen beantwoord worden. Hoofdstuk 2 beschrijft de trends in uitkomsten die gerelateerd zijn aan de ambities van de beweging JZOJP (onderzoeksvraag 1). Daarvoor kijken we naar de trends van enkele geselecteerde indicatoren voor het weergeven van de kwaliteit van zorg, volksgezondheid, kosten (en uitgaven), welzijn van professionals en sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). Hoofdstuk 3 beschrijft de inzet voor JZOJP met en door domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden op basis van een vragenlijst onder 103 samenwerkingsverbanden (onderzoeksvraag 2). Hoofdstuk 4 gaat in op de ervaringen met de beweging JZOJP en de geleerde lessen volgens lokale, regionale en landelijke betrokkenen bij de beweging (onderzoeksvraag 3). In Hoofdstuk 5, de discussie, worden de bevindingen uit de eerdere hoofdstukken samengevat en geïnterpreteerd. Hierna worden aanbevelingen gedaan voor onderzoek, beleid en praktijk.

2 Trends

Dit hoofdstuk gaat in op de eerste onderzoeksvraag: *Wat zijn de trends in uitkomsten gerelateerd aan de ambities van de beweging JZOJP?* Daartoe beschrijven we cijfermatig hoe relevante uitkomsten zich hebben ontwikkeld tijdens de beweging JZOJP. Dit doen we via landelijk en regionaal monitoren aan de hand van een indicatorenset (Tabel 1). Deze indicatorenset is eerder met en door experts en betrokkenen (vertegenwoordigers van HLA-partijen en regionale samenwerkingsverbanden) ontwikkeld. Ze bestaat uit één indicator voor elk van de 25 belangrijkste thema's over JZOJP-gerelateerde uitkomsten (RIVM, 2023a). Deze indicatoren zijn voor het betreffende thema als beste beoordeeld voor gebruik bij het ondersteunen van gesprekken over aangrijpingspunten voor JZOJP in de regio. De indicatoren zijn onderverdeeld in vijf categorieën: kwaliteit van zorg en ondersteuning, volksgezondheid, kosten (en uitgaven), welzijn van professionals en sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De vijf categorieën zijn afgeleid van de Quintuple Aims (Nundy et al., 2022).

Er zijn twee criteria voor de bruikbaarheid van indicatoren opgesteld op basis van kanttekeningen van experts en betrokkenen bij de beschikbare indicatoren (zie Tekstbox 2). Bij elf thema's waren deze kanttekeningen ook van toepassing op de best beschikbare indicator (RIVM, 2023a). Deze thema's zijn beschreven in Bijlage B deel 1 als startpunt voor het ontwikkelen en beschikbaar maken van meer bruikbare indicatoren voor cruciale thema's voor JZOJP. Voor de overgebleven veertien indicatoren beschrijven we de indicatoruitkomsten over het meest recente meetjaar en trends vanaf 2016 tot en met het laatste beschikbare jaar (2022 of 2023). Per indicator bekijken we (waar mogelijk) meerdere jaren voorafgaand aan het ingaan van de HLA in 2019 en meerdere jaren daarna. Daarmee suggereren we niet (zie Figuur 1) dat er één moment was waarop de beweging begon met mogelijke uitkomstenveranderingen tot gevolg. Oordelen over de mate waarin de beweging JZOJP de trends beïnvloedde, is niet beoogd (zoals eerder benoemd), mede omdat het onhaalbaar is door versturende invloeden, zoals de COVID-19-pandemie. Daarom en vanwege de grootte en daarmee hoge betrouwbaarheid van de steekproeven (range n = 460-540.000) kozen we voor een (visueel) beschrijvende aanpak zonder statistische toetsing van de trends. Waar mogelijk beschrijven we wel in hoeverre er lokale en regionale verschillen te zien zijn.

Tekstbox 2. Bepaling van bruikbare JZOJP-indicatoren

Tijdens een systematisch proces voor consensusvorming gaven experts en belanghebbenden aan dat een bruikbare indicator:

- inzicht geeft in relevante uitkomsten voor het stellen van gemeenschappelijke doelen voor lokaal, regionaal of landelijk beleid. Een uitkomst kan ook een tussentijds resultaat zijn dat (evident) aan relevante (eind)uitkomsten (binnen de Quintuple Aims) voorafgaat en;
- domeinoverstijgend is.

Bij thema's zonder bruikbare indicatoren zijn er meermaals inhoudelijke beperkingen van gelijke strekking benoemd die ook betrekking hadden op de hoogst scorende indicator. Indicatoren met de hoogste score voor een thema, maar die toch zijn bekritiseerd op bovenstaande punten, bijvoorbeeld het 'percentage zelfverwijzers op de spoedeisende hulp' en het 'percentage ziekenhuizen dat samenwerking voor JZOJP regionaal structureel heeft georganiseerd'. De laatste indicator is bijvoorbeeld beperkt domeinoverstijgend, omdat het perspectief van het ziekenhuis centraal staat en niet dat van alle betrokken actoren gezamenlijk. Bij een indicator als het 'aantal potentieel vermijdbare sterfgevallen' ontbreekt een duidelijk verband met gemeenschappelijk beleid, omdat incidenten of complicaties ook kunnen ontstaan als de juiste zorg op de juiste plek wordt geboden.

Tabel 1. Indicatoren Juiste Zorg Op de Juiste Plek met cijfer(s) voor het laatst beschikbare jaar van observatie. (NB: vergelijking met eerdere jaren volgt na de tabel)

Categorie	Thema	Indicator	Jaar	Waarde	Bron	
1. Kwaliteit van zorg en ondersteuning	Digitale zorg	Percentage patiënten dat aangeeft door e-health de eigen gezondheid beter onder controle te kunnen houden en;	2023	30%	Monitor digitale zorg, RIVM	
		percentage huisartsen dat aangeeft dat patiënten door e-health (digitaal communiceren) beter voor zichzelf kunnen zorgen of minder een beroep doen op de zorgverlener.		63%		
2. Volksgezondheid	Ervaren gezondheid	Gemiddelde cijfer (1-10) dat personen met een chronische aandoening of beperking hun gezondheid geven.	2021	6,2	Mijnkwaliteitvanleven.nl	
	Gezond gewicht	Percentage volwassenen (18+) met een Body Mass Index in de categorie ondergewicht;	2022	1,9%+	Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (GN/LM), CBS i.s.m. RIVM	
		gezond gewicht;		47,9%		
		matig overgewicht en;		35,1%		
		obesitas			15,1%	
	Gezondheids-determinanten kinderen	Percentage jeugdigen (4-18) met een Body Mass Index in de categorie ondergewicht;	gezond gewicht;	2022	5,9%;	Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (GN/LM), CBS i.s.m. RIVM
			matig overgewicht en;		81,2%;	
			obesitas		9,9%;	
				3%		
Kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven-score op basis van de Short Form Health Survey (SF-12). Het betreft gemiddelden van normscores bij personen van 12 jaar en ouder. Deze normscores zijn te vergelijken met de waarde 50, het gemiddelde van een populatie Amerikanen in 1995 (Ware, et al. 1995):		2022		Gezondheidsenquête, CBS	
	1) Normscore fysiek			49,4		
	2) Normscore psychisch			50,2		
Middelengebruik (roken)	Percentage volwassenen dat aangeeft wel eens of dagelijks te roken.		2022	18,9%	Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (GN/LM), CBS i.s.m. RIVM	
Participatie (eenzaamheid)	Percentage personen dat aangeeft enigszins tot (zeer) sterk eenzaam te zijn.		2022	48,6%	Gezondheidsmonitor volwassenen, CBS, RIVM	
3. Kosten/uitgaven	Uitgaven zorg en ondersteuning per hoofd	Gemiddelde uitgaven (euro's) aan zorg en ondersteuning per persoon naar domein*: welzijn, jeugdzorg en kinderopvang en;	2022	€15	CBS	
		geneeskundige en langdurige zorg		€5.183		
4. Welzijn van professionals	Ervaren werkdruk	Percentage werknemers in de zorg en welzijn sectoren dat aangeeft dat de werkdruk te hoog of veel te hoog is: zorg en welzijn (smal);	2023	45%;	Programma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW): CBS, TNO	
		huisartsen en gezondheidscentra;		49,4%;		
		sociaal werk		41,9%		
	Personeelsverloop	Drie-jaargemiddelde van het percentage werknemers (o.b.v. hoofd baan) dat in jaar 't-1' werkzaam is in de sector en op de peildatum in jaar 't' niet meer: zorg en welzijn (smal);	2020-2022	10,1%;	Programma AZW: CBS, TNO	
			huisartsen en gezondheidscentra;			8,3%;
			sociaal werk			16,7%
	Werktevredenheid	Percentage werknemers in zorg en welzijn sectoren dat tevreden of zeer tevreden is met het werk: zorg en welzijn (smal);	2023	74,1%;	Programma AZW: CBS, TNO	
			huisartsen en gezondheidscentra;			79,5%;
sociaal werk				74,6%		
Ziekteverzuim	Percentage ziekteverzuim in sectoren zorg en welzijn: zorg en welzijn (smal);	2022	7,9%;	Programma AZW: CBS, TNO		
alle economische activiteiten		5,6%				
5. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen	Volksgezondheid naar sociaaleconomische kenmerken	Gemiddelde kwaliteit van leven-score (SF-12, normscore fysiek) van inwoners (12+) naar onderwijsniveau: laag; hoog.	2022	44,8;	Gezondheidsenquête, CBS	
		Zie thema 'Kwaliteit van leven' voor meer informatie.		51,1		
	Schuldenproblematiek	Percentage huishoudens met geregistreerde problematische schulden.	2023	8,8%	CBS	

+ Klein gedrukte cijfers geven aanvullende informatie op het kerncijfer, bijvoorbeeld over aanverwante groepen of deelsectoren.

* Het betreft hier uitgaven aan zorg in werkelijke prijzen, waarbij de uitgaven aan groepen aanbieders worden gepresenteerd volgens de internationale definitie van het System of Health Accounts. Totale uitgaven van de betreffende domeinen zijn gedeeld door het aantal inwoners van Nederland in juni van het betreffende jaar.

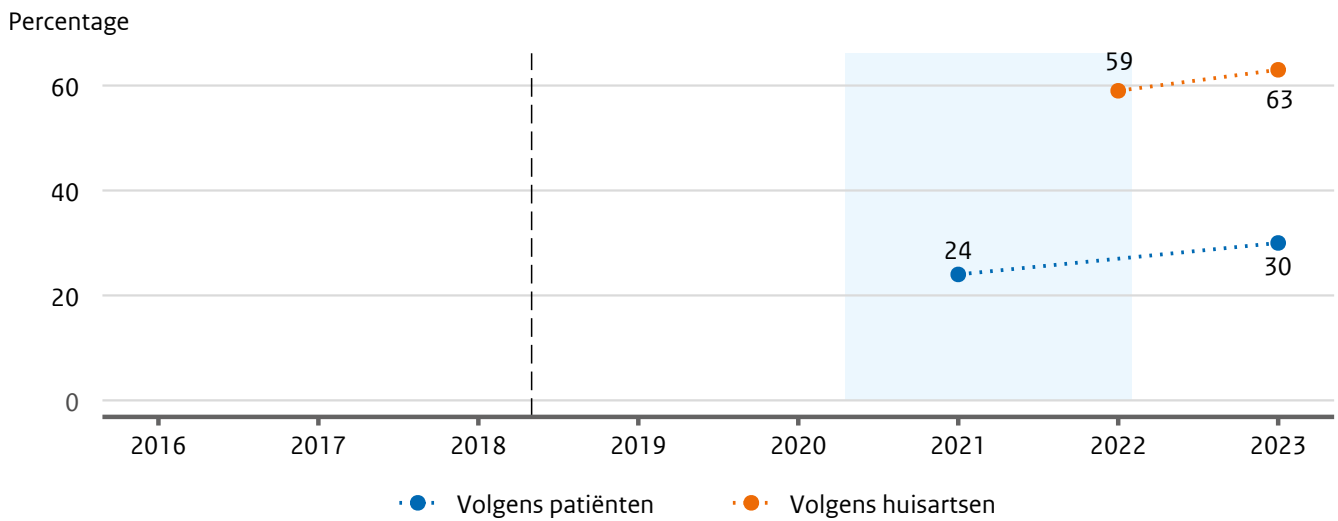
Categorie 1. Kwaliteit van zorg en ondersteuning

Binnen de categorie 'Kwaliteit van zorg en ondersteuning' is alleen de indicator voor het thema *Digitale zorg* als voldoende bruikbaar beoordeeld. De overige relevante thema's voor het monitoren van JZOJP binnen deze categorie zijn: continuïteit van zorg en ondersteuning; (digitale) uitwisseling patiëntinformatie; integrale gezondheidsbevorderende strategieën; patiëntervaringen ontvangen zorg; potentieel (deels) vermijdbare (her) opnamen en (her)behandelingen; samenwerking over de domeinen heen; spoedeisende hulp; en vermijdbare sterfte. Zie Bijlage B deel 1 voor de hoogst gewaardeerde beschikbare indicatoren voor deze thema's met kanttekeningen over bruikbaarheid (zie Tekstbox 2).

Digitale zorg

In 2023 gaf 30 procent van de patiënten aan door e-health de eigen gezondheid beter onder controle te kunnen houden (zie Tabel 1). Van de huisartsen gaf 63 procent aan dat patiënten door e-health beter voor zichzelf kunnen zorgen of minder een beroep doen op de zorgverlener. Huisartsen schatten de bijdrage van e-health aan zelfredzaamheid dus veel hoger in dan patiënten zelf. Figuur 2 laat zien dat de ervaren bijdrage van e-health-toepassingen aan zelfredzaamheid van patiënten volgens patiënten en huisartsen de afgelopen jaren licht is toegenomen. Voor huisartsen gaat dit om een toename van 59 procent in 2022 tot 63 procent in 2023. Voor patiënten is er een toename te zien van 20 procent in 2021 tot 30 procent in 2023.

Figuur 2. Bijdrage van e-health-toepassingen aan zelfredzaamheid patiënten. Bron: E-healthmonitor, RIVM.



Lichtblauw gebied = Coronamaatregelen van kracht; -- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

Categorie 2. Volksgezondheid

Voor alle thema's binnen de categorie 'Volksgezondheid' zijn bruikbare indicatoren beschikbaar. We beschrijven achtereenvolgens de cijfers van de indicatoren van de thema's: Ervaren gezondheid en kwaliteit van leven, Gezond gewicht en gezondheidsdeterminanten kinderen, Middelengebruik (indicator: roken), en (sociale) Participatie-indicator: (ervaren) eenzaamheid).

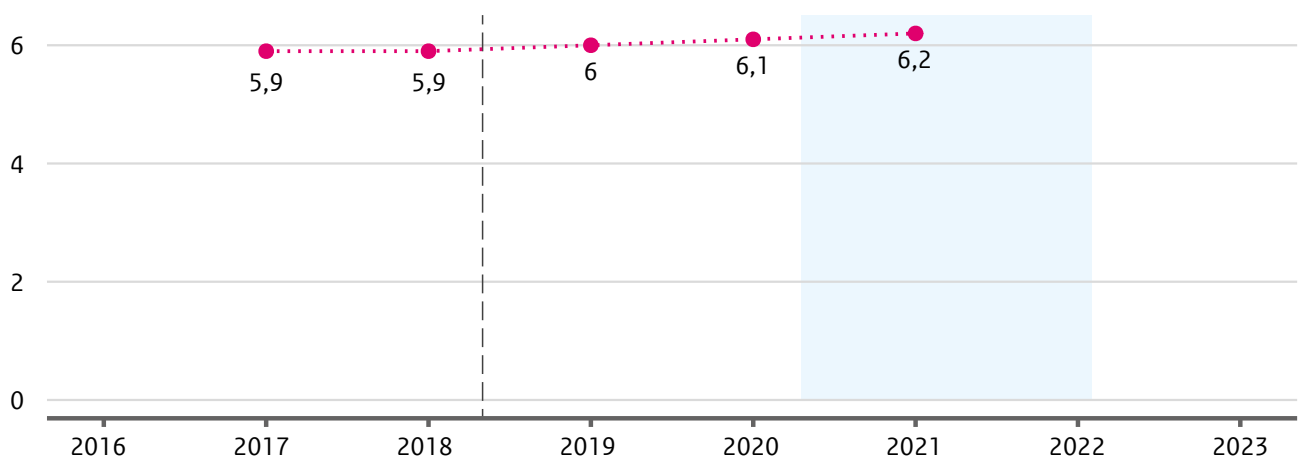
Ervaren gezondheid en kwaliteit van leven

Ervaren gezondheid en kwaliteit van leven zijn twee inhoudelijk overlappende volksgezondheidsthema's en worden daarom gezamenlijk gepresenteerd. In 2021 gaven personen met een chronische aandoening of beperking hun gezondheid gemiddeld een 6,2 op een schaal van 1 tot en met 10. Dit cijfer nam de afgelopen jaren telkens met 0,1 per jaar toe (Figuur 3). Dit suggereert geen substantiële verandering sinds de start van de beweging in 2019.

Figuur 3. Cijfer (1-10) dat personen met een chronische aandoening of beperking hun gezondheid geven.

Bron: [Mijnkwaliteitvanleven.nl](https://mijnkwaliteitvanleven.nl) (voorjaarsrapportages).

Gemiddelde

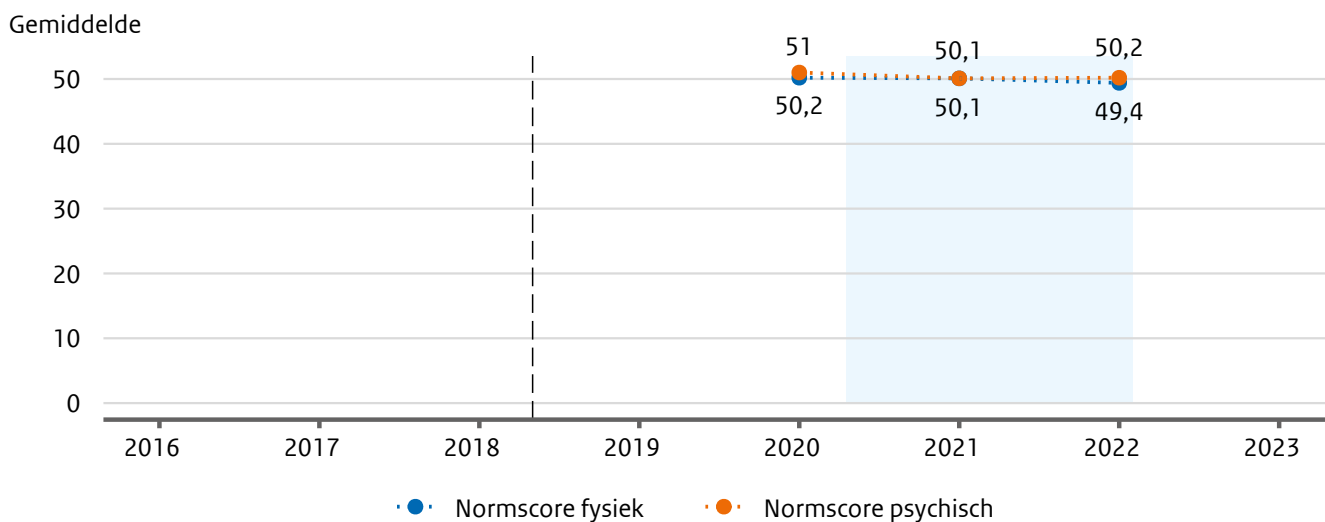


Lichtblauw gebied = Coronamaatregelen van kracht; -- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

Cijfers van de Gezondheidsenquête uit 2022 laten zien dat de kwaliteit van leven-score op basis van de Short Form Health Survey (SF-12, Tabel 1) bij personen van 12 jaar en ouder, gemiddeld 49,4 (fysiek) en 50,2 (psychisch) zijn. Deze kwaliteit van leven-scores zijn de afgelopen jaren ook niet-substantieel veranderd (Figuur 4). Verschillen

in onderzoeksmethoden of kenmerken van personen die de verschillende vragenlijsten invulden, kunnen mogelijk het verschil tussen een marginale stijging volgens de ene bron en een marginale afname volgens de andere bron verklaren.

Figuur 4. Kwaliteit van leven normscore op basis van de Short Form Health Survey (SF-12) bij personen van 12 jaar en ouder.



Lichtblauw gebied = Coronamaatregelen van kracht; -- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

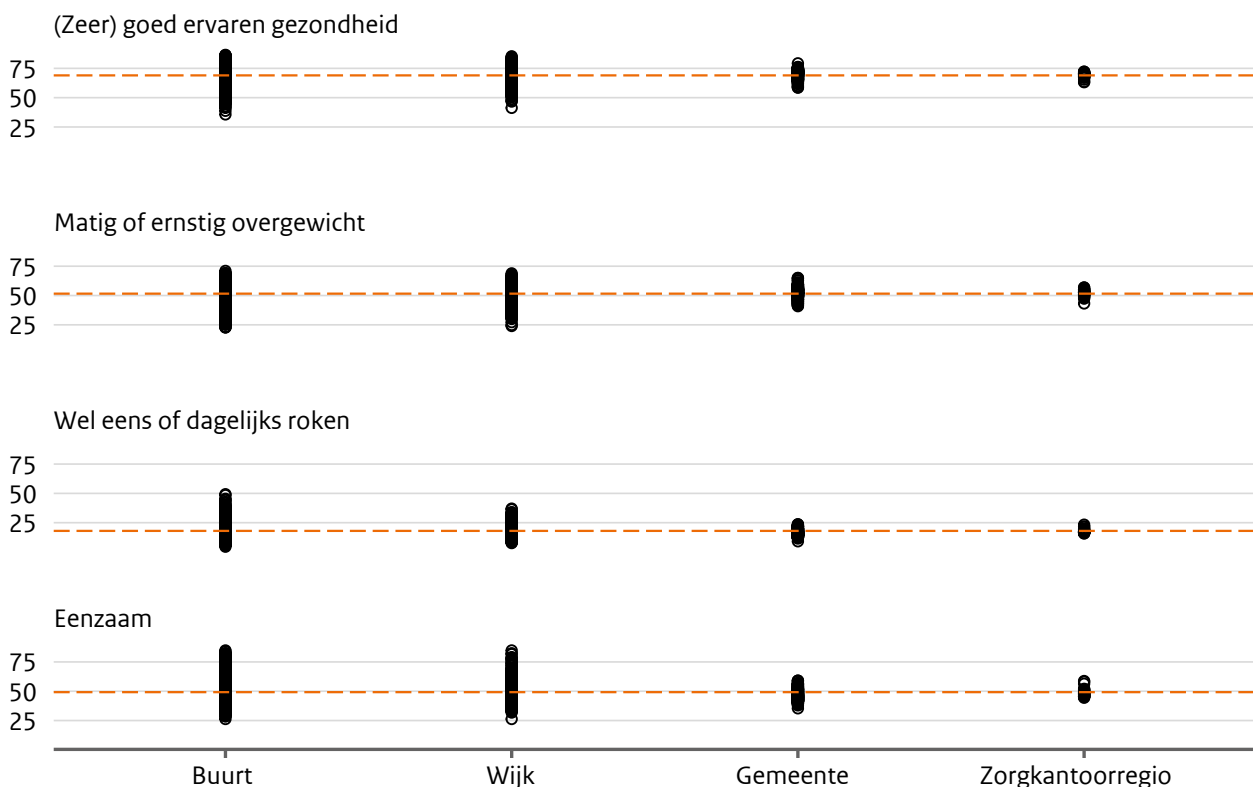
Voor het thema *Ervaren gezondheid* is een extra indicator meegenomen voor aanvullend inzicht in gebiedsverschillen. Ook voor de indicatoren voor overgewicht, roken en eenzaamheid wordt gekeken naar gebiedsverschillen, zie hiervoor Tekstbox 3.

Tekstbox 3. Verdieping volksgezondheid naar deelgebieden

Voor lokale, regionale en landelijke partijen is het, om de beweging JZOJP goed te kunnen sturen, belangrijk om informatie te hebben over de gezondheid van inwoners van verschillende deelgebieden. Daarmee kan bijvoorbeeld bepaald worden op welk niveau volksgezondheidsopgaven het beste belegd kunnen worden. Voor vier thema's binnen de categorie 'Volksgezondheid' maken we daarom gebruik van beschikbare cijfers over buurten (gebieden binnen gemeente met een bepaalde functie, zoals wonen, werken, of recreatie), wijken (meerdere aaneengesloten

buurten), gemeenten en zorgkantorregio's. Deze thema's zijn: ervaren gezondheid, overgewicht, roken en eenzaamheid. Hiervoor zijn data gebruikt uit de Gezondheidsmonitor die vervolgens zijn benut om precieze schattingen te maken voor alle inwoners en daarmee scores te berekenen per buurt (n=14219), wijk (n=3321) en gemeente (n=345) (SMAP-methodiek, RIVM). Scores van zorgkantorregio's (n=31) zijn de gemiddelden over de gemeenten binnen het betreffende gebied, gewogen naar inwoneraantal.

Figuur 5. Weergave van verschillen in indicatorscores (percentage) over ervaren gezondheid, overgewicht, roken en eenzaamheid van de bevolking van 18 jaar of ouder in 2022 per gebiedsindeling (buurt, wijk, gemeente, regio). De gestippelde oranje lijn is het landelijke gemiddelde. Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022, GGD en CBS/RIVM (bewerking o.b.v. SMAP-methodiek, RIVM).



Tussen buurten en tussen wijken zijn er, bijvoorbeeld in het aantal personen dat rookt, aanzienlijk grotere verschillen in gezondheidsuitkomsten te zien dan tussen gemeenten of tussen zorgkantorregio's. Buurtscores variëren bijvoorbeeld van 36 procent tot 87 procent en scores per zorgkantorregio van 63 procent tot

72 procent. Dit zegt dat er relevante verschillen tussen regio's en gemeenten bestaan, maar vooral ook dat de verschillen tussen 'wijken en buurten' veel groter zijn en daarmee duidelijke aanknopingspunten voor beleid kunnen bieden.

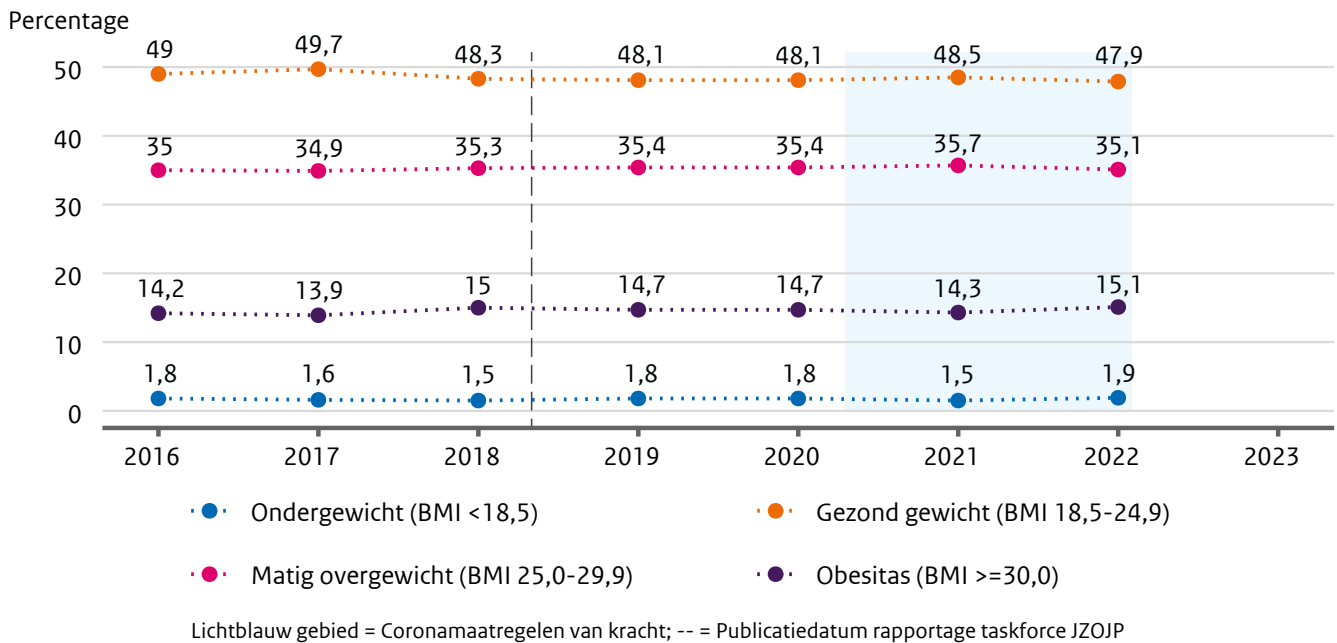
Gezond gewicht en gezondheidsdeterminanten kinderen

Voor het thema 'Gezond gewicht' tonen we het percentage volwassenen (18+) met een Body Mass Index binnen één van vier categorieën, namelijk ondergewicht, gezond gewicht, matig overgewicht en obesitas. In 2022 was bij 1,9 procent van de volwassenen sprake van ondergewicht, bij 47,9 procent van gezond gewicht, 35,1 procent had matig overgewicht en 15,1 procent had obesitas. Voor het thema 'Gezondheidsdeterminanten kinderen' tonen we voor jeugdigen (4-18 jaar) eveneens de Body Mass Index

in de vier categorieën. In 2022 was bij 5,9 procent van de jeugdigen sprake van ondergewicht, bij 81,2 procent van gezond gewicht, 9,9 procent had matig overgewicht en 3 procent van de jeugdigen had obesitas. Als we kijken naar de trends van deze twee indicatoren over de afgelopen jaren (voor en na de start van de beweging JZOJP) zien we geen substantiële veranderingen in de percentages volwassenen en jeugdigen met een (on)gezond gewicht (Figuur 6 en 7).

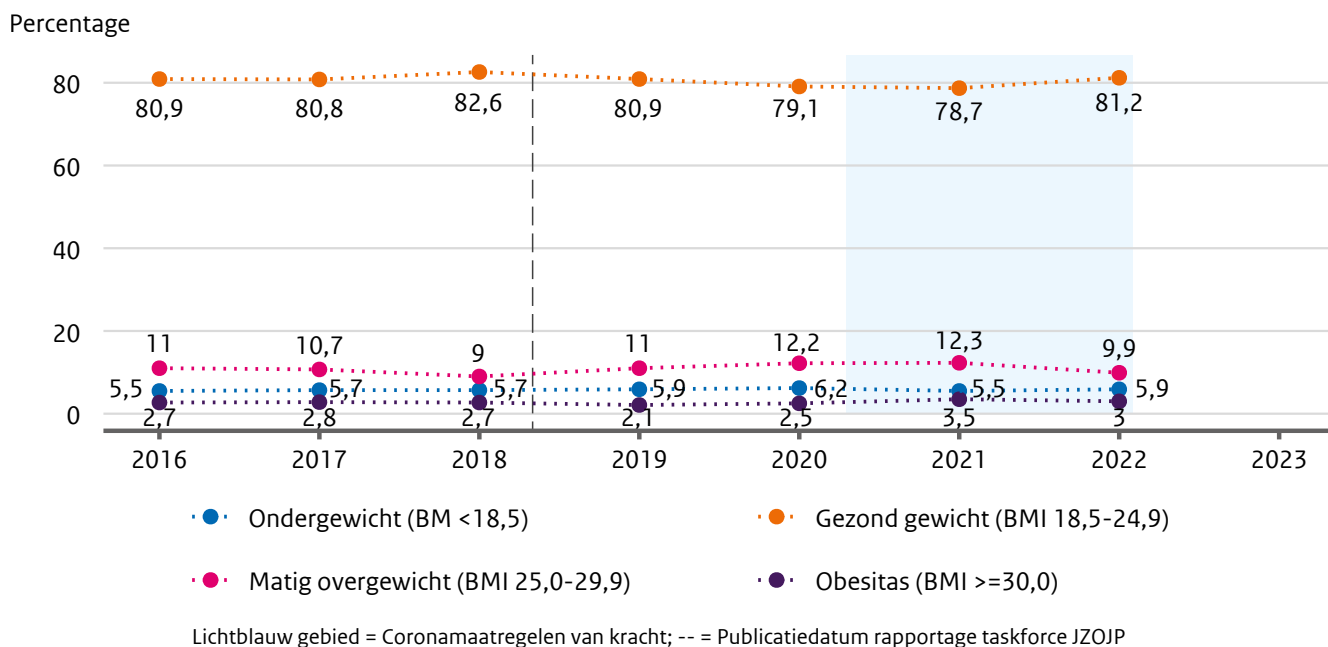
Figuur 6. Body Mass Index van personen van achttien jaar of ouder naar categorie.

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.



Figuur 7. Body Mass Index jeugd van personen tussen de vier en achttien jaar oud naar categorie.

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.

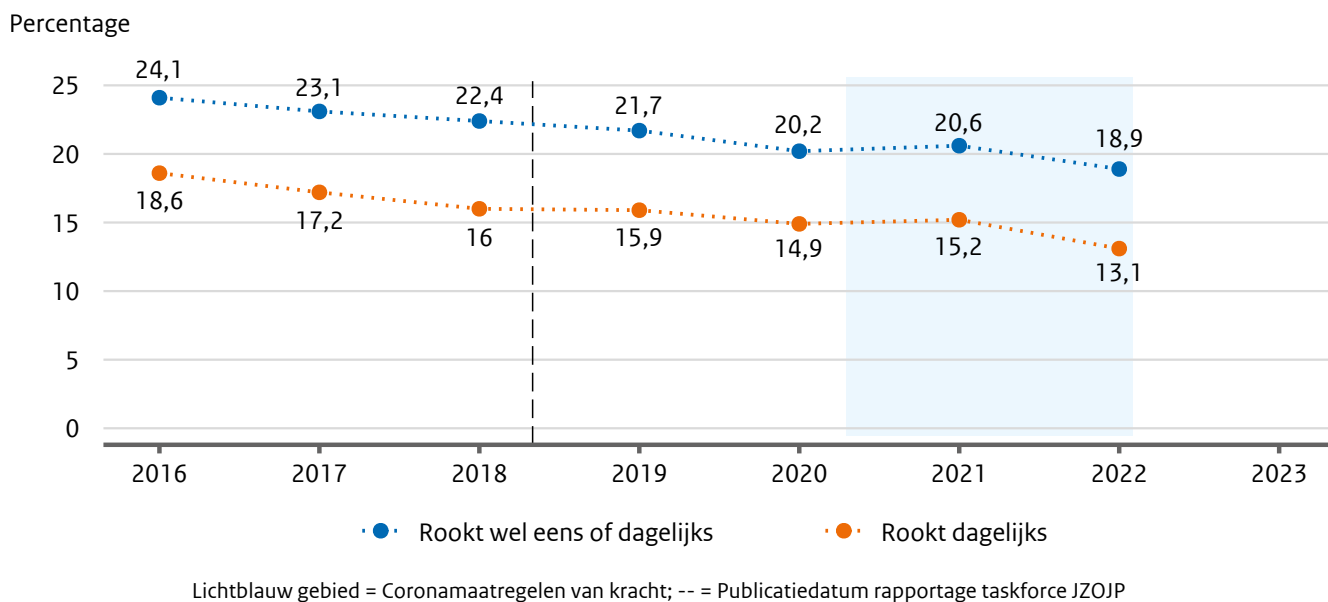


Middelengebruik (indicator: roken)

In 2022 gaf 18,9 procent van de volwassenen aan wel eens (of dagelijks) te roken. 13 procent gaf aan dagelijks te roken. Zowel voor en na begin 2019 zien we een dalende trend in het percentage volwassenen dat wel eens of dagelijks rookt (Figuur 8).

Figuur 8. Personen van 18 jaar of ouder die aangeven wel eens of dagelijks te roken.

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.



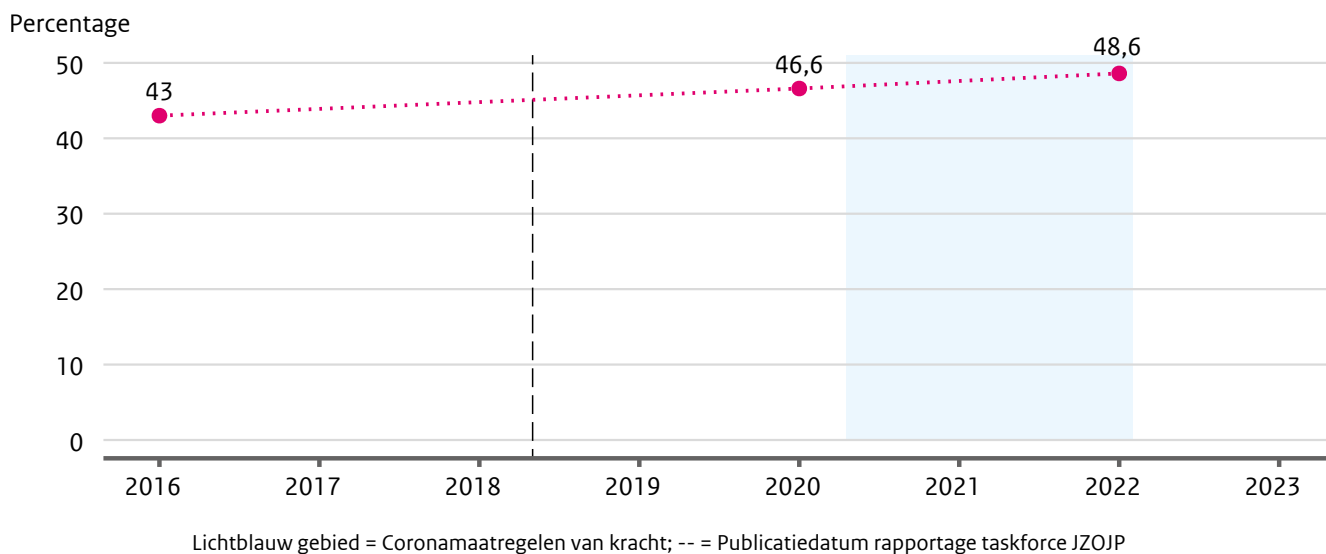
Participatie: (ervaren) eenzaamheid

Eenzaamheid is geselecteerd als de meest bruikbare indicator in verband met het thema (sociale) Participatie. In 2022 gaf 49,2 procent van de mensen aan enigszins of (zeer) sterk eenzaam te voelen. Het percentage personen

dat eenzaamheid ervaart, is met 5,8 procentpunt toegenomen tussen 2016 en 2022 (Figuur 9). Deze trend lijkt weinig tot niets veranderd te zijn sinds de start van de beweging JZOJP.

Figuur 9. Percentage personen van 18 jaar of ouder dat aangeeft eenzaam te zijn.

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, GGD en CBS/RIVM.



Categorie 3. Kosten/uitgaven

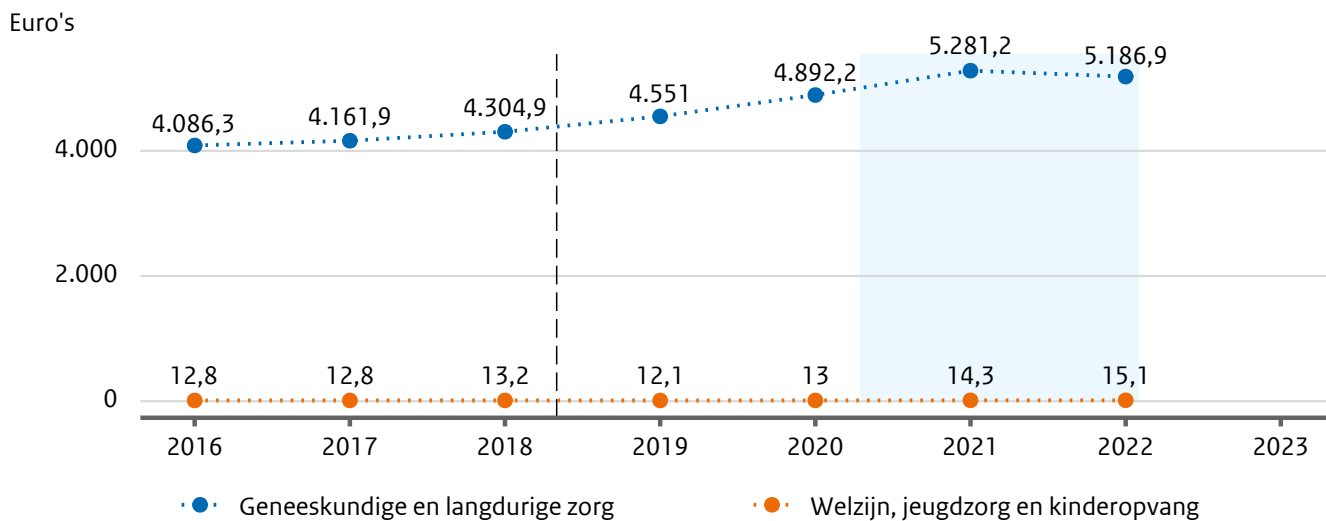
Voor deze categorie wordt één thema uitgelicht, namelijk de uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon. De indicator bij het thema 'Verhouding eerste en tweedelijns behandelingen' binnen deze categorie en de kanttekeningen daarbij (zoals in Tekstbox 2) staan in Bijlage B deel 1.

Uitgaven per inwoner naar sector en domein

De gemiddelde uitgaven per persoon in het sociaal domein (welzijn, jeugdzorg en kinderopvang) worden voor 2022 geschat op 15 euro. In het medisch domein (geneeskundige en langdurige zorg) waren de gemiddelde uitgaven per persoon in 2022 naar schatting 5.187 euro. Figuur 10 laat zien dat er in de jaren kort voor en na afsluiting

van de hoofdlijnaakkoorden (in 2019) een toenemende uitgavengroei was voor medische en langdurige zorg. Dit patroon is te zien voor uitgaven op basis van zowel werkelijke prijzen (Figuur 10) als geïndexeerde prijzen (niet getoond). Voorlopige cijfers voor 2022 suggereren dat de medische en langdurige zorguitgaven (medisch domein) per persoon, na een versnelde toename in 2020 en 2021, niet verder toenamen. Uitgaven namen tussen 2019 en 2022 relatief sneller toe voor welzijn, jeugdzorg en kinderopvang (25%) dan voor geneeskundige en langdurige zorg (14%). Daarentegen zijn de absolute hoogte en groei van de uitgaven – zowel voor als na 2019 – vele malen hoger in het medisch domein dan in het sociaal domein.

Figuur 10. Uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon. Bron: CBS.



Lichtblauw gebied = Coronamaatregelen van kracht; -- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

Naast inzicht in de gemiddelde uitgaven per persoon op landelijk niveau, is het ook relevant om de kosten per gemeente en zorgkantorregio inzichtelijk te hebben. In Tekstbox 4 vergelijken we tussen 2018 en 2020 hoe de kosten per inwoner eruitzagen, per stelselwet (Zvw, Wlz, Wmo of Jeugdwet) voor gemeenten en zorgkantorregio's.

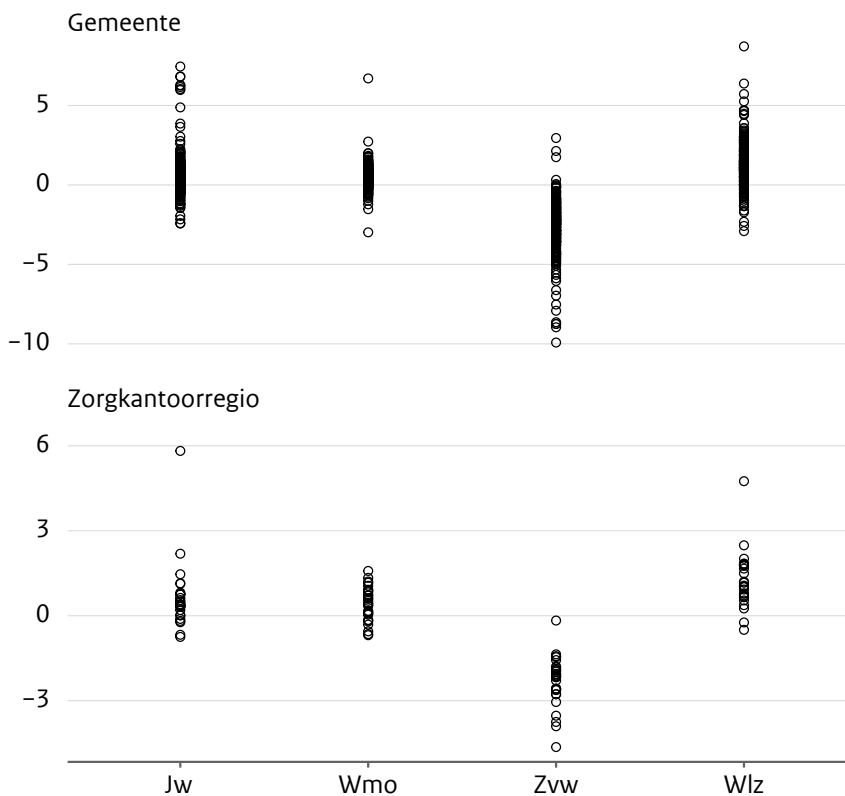
Tekstbox 4. Aandeel kosten per stelselwet

Met openbaar beschikbare gegevens (bron: waarstaatjegemeente.nl, VNG) berekenden we per gemeente en zorgkantorregio het aandeel van de uitgaven per stelselwet (Zvw, Wlz, Wmo of Jw) binnen de totale kosten per inwoner (over de vier

wetten samen). De kosten per inwoner per wet voor een zorgkantorregio zijn berekend als de naar inwoneraantal gewogen gemiddelde kosten per inwoner over de gemeenten in die betreffende regio.

Figuur 11. Het aantal procentpunten-verandering tussen 2018 en 2020 in het aandeel van de kosten (percentage) per stelselwet (Jw/Wmo/Zvw/Wlz) binnen de totale kosten voor zorg of ondersteuning per inwoner voor gemeenten en zorgkantorregio's.

Verschil percentage 2020 – 2018



Hierin valt op dat het aandeel van Zvw binnen de totale kosten per inwoner in alle regio's afnam. Daarentegen steeg het aandeel van de Jeugdwet en Wet langdurige zorg in de totale kosten per inwoner in de meeste gemeenten en regio's. Binnen de Zvw nam het aandeel af van de geneeskundige zorg, de wijkverpleging en paramedische zorg, ten opzichte van de huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg en farmaceutische zorg (zie Bijlage B deel 2 voor een figuur over het aandeel in de zorgkosten per persoon voor sectoren binnen de Zvw).

Deze cijfers kunnen mogelijk (en deels) iets zeggen over veranderende lokale of regionale kostenverhoudingen tussen domeinen 'als gevolg van het vaker bieden van JZOJP in 2020 dan in 2018'. Nadere analyse is echter nodig om deze lokale en regionale cijfers te kunnen duiden als effecten van het 'voorkomen, vervangen, of verplaatsen' van zorg. Om tot dergelijke inzichten te komen, moet er worden gekeken welke aanpak er precies is toegepast, waar en bij wie. De zeggingskracht van de cijfers kan ook verbeteren door rekening te houden met (verandering van) factoren zoals bevolkingssamenstelling (bijvoorbeeld leeftijd), sociaaleconomische omstandigheden en ander beleid.

Categorie 4. Welzijn van professionals

Binnen deze categorie worden achtereenvolgens de indicatoren voor de volgende thema's beschreven: ervaren werkdruk, personeelsverloop, werktevredenheid, ziekteverzuim. Voor de thema's 'Capaciteit' en 'Vertrouwen tussen professionals' binnen deze categorie zijn de beschikbare indicatoren met kanttekeningen bij de bruikbaarheid (volgens Tekstbox 2) gepresenteerd in Bijlage B deel 1.

Ervaren werkdruk

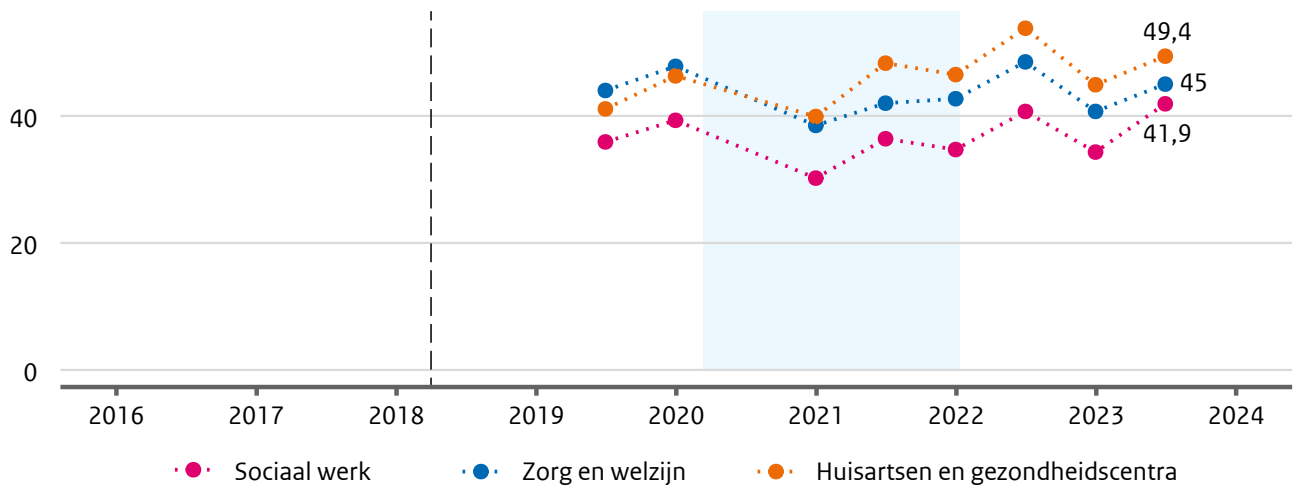
Om inzicht te krijgen in dit thema wordt de indicator 'percentage werknemers in de zorg- en welzijnssectoren dat aangeeft dat de werkdruk te hoog of veel te hoog is

gebruikt. Van de werknemers in de sector Zorg en welzijn (binnen het rapport hanteren we hiervoor de smalle definitie, exclusief de kinderopvang) geeft 45 procent in 2023 aan dat de werkdruk (veel) te hoog is. Bij huisartsen en gezondheidscentra is dit 49,4 procent van de werknemers en binnen de sector Sociaal werk is dit 41,9 procent. De cijfers over werkdruk in zorg- en welzijnssectoren zijn beschikbaar sinds 2019. Hierin valt op dat het percentage werknemers dat een (veel) te hoge werkdruk ervaart vanaf 2019 toenam bij huisartsen en gezondheidscentra, terwijl het percentage werknemers dat (zeer) tevreden is met het werk in deze branche afnam (Figuren 12 en 14).

Figuur 12. Werknemers in zorg en welzijn dat aangeeft dat de werkdruk (veel) te hoog is.

Bron: Programma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW): CBS, TNO.

Percentage



Lichtblauw gebied = Coronamaatregelen van kracht; -- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

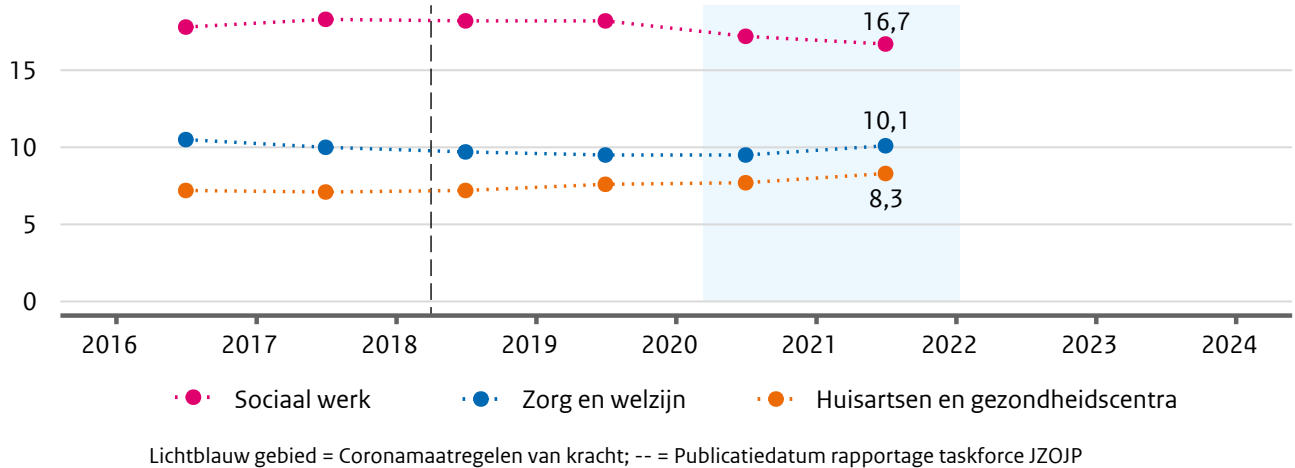
Personeelsverloop

In de sector Zorg en welzijn (smal) is het drie-jaargemiddelde (2020-2022) van het percentage werknemers dat na een jaar niet meer werkzaam is in de branche 10,1 procent. Voor huisartsen en gezondheidscentra is dit 8,3 procent en voor sociaal werk is dit 16,7 procent. In deze laatste branche is een kleine afname te zien van

het netto personeelsverloop. Het drie-jaargemiddelde over 2015-2017 was namelijk 17,8 procent. Desondanks blijft het personeelsverloop in de branche Sociaal werk hoog in vergelijking tot andere branches. Er zijn geen substantiële verschillen in het netto personeelsverloop op de arbeidsmarkt van zorg en welzijn voor en na de start van de beweging JZOJP (Figuur 13).

Figuur 13. Percentage werknemers (geteld o.b.v. hoofdbaan) dat in jaar <t-1> werkzaam is in de sector en op de peildatum in jaar <t> niet meer. Bron: Programma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW): CBS, TNO.

Driejaars-gemiddelde over jaar -1, 0 en +1



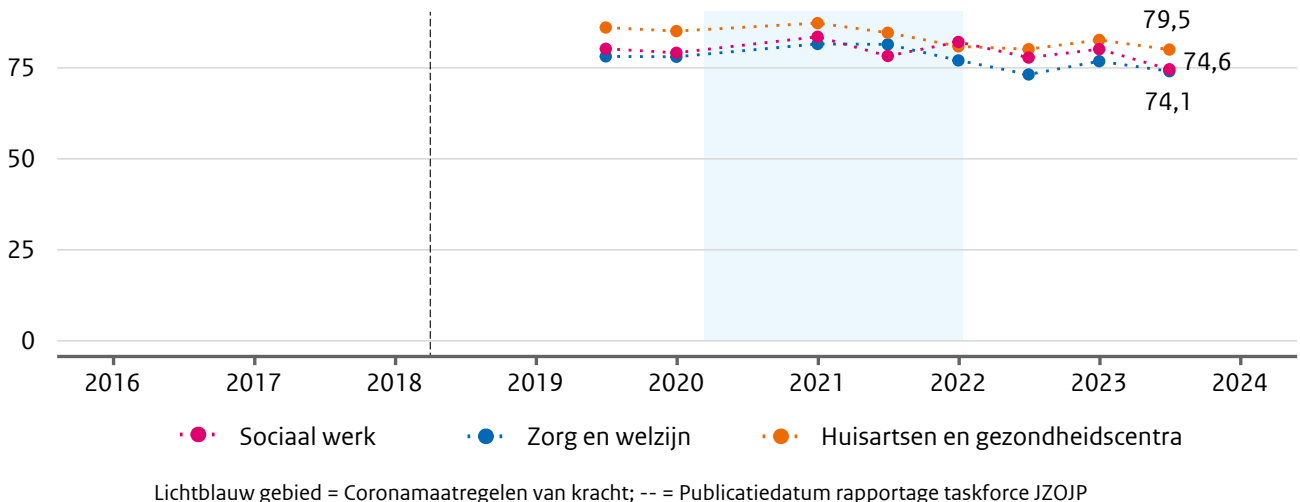
Werktevredenheid

In de sector Zorg en welzijn (smal) is het percentage werknemers dat (zeer) tevreden is met het werk 74,1 procent in 2023. Bij huisartsen en gezondheidscentra is dit percentage

79,5 procent en binnen de sector Sociaal werk is dit 74,6 procent. De trend van de afgelopen jaren laat voor alle drie de sectoren een afname in de werktevredenheid zien (Figuur 14).

Figuur 14. Werknemers in zorg en welzijn die (zeer) tevreden zijn met het werk. Bron: Programma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW): CBS, TNO.

Percentage

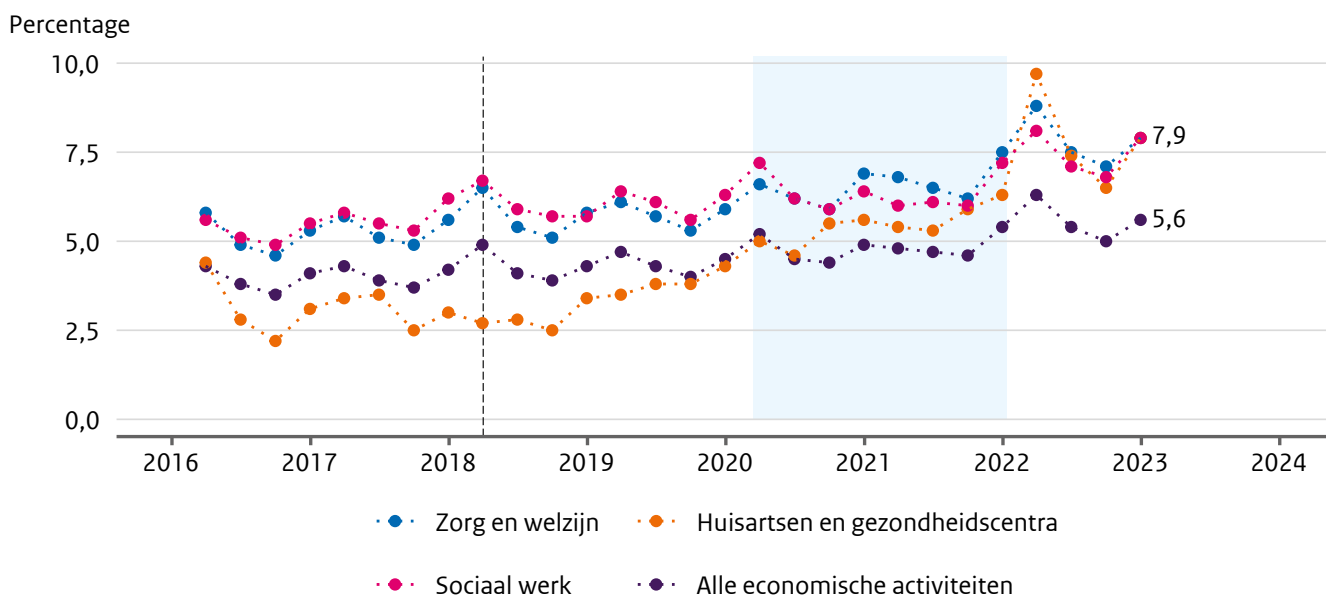


Ziekteverzuim

Het percentage ziekteverzuim is in de sector Zorg en welzijn (smal) 7,9 procent in 2022. Daarmee ligt het ziekteverzuim in zorg en welzijn-branches gemiddeld hoger dan bij alle economische activiteiten door personen binnen de gehele Nederlandse beroepsbevolking (5,6%). Het ziekteverzuim

nam tussen het eerste kwartaal van 2019 en het laatste kwartaal van 2022 toe binnen diverse branches, vooral bij huisartsen en gezondheidscentra (van 3,5% naar 7,9%) (Figuur 15). Zie figuur Tekstbox 5 voor regionale trends in verzuim en personeelsverloop.

Figuur 15. Ziekteverzuim in zorg en welzijn. Bron: Programma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW): CBS, TNO.



Lichtblauw gebied = Coronamaatregelen van kracht; -- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

Tekstbox 5. Personeelsverloop en verzuim per arbeidsmarktregio

De indicatoren over verzuim en personeelsverloop zijn ook beschikbaar per arbeidsmarktregio (Bijlage B deel 3). Deze cijfers laten zien dat het verzuim van werknemers in zorg en welzijn in iedere regio en branche tussen 2016 en 2022 geleidelijk is toegenomen (minimaal met 1,1 procentpunt en maximaal met 3,3 procentpunten). Het ziekteverzuimpercentage vertoont dus in alle regio's een ongeveer vergelijkbare trend. De invloed van individuele regio's op ziekteverzuim lijkt daarmee relatief beperkt.

In het netto verloop van personeel zijn er meer verschillen in trends (2016-2022) tussen verschillende arbeidsmarktregio's zichtbaar. Bij huisartsen en gezondheidscentra, bijvoorbeeld, zagen we het netto verloop in sommige regio's toenemen (met maximaal 4,5 procentpunten) en in sommige regio's afnemen (met maximaal 2,1 procentpunten). In sociaal werk zien we toenames van maximaal 2 procentpunten en afnames tot -5,8 procentpunten. Deze resultaten suggereren dus dat regionale factoren wellicht meer invloed hebben op personeelsverloop dan op het ziekteverzuim.

Categorie 5. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV)

In deze categorie worden twee thema's uitgelicht, namelijk volksgezondheid naar sociaaleconomische kenmerken en schuldenproblematiek.

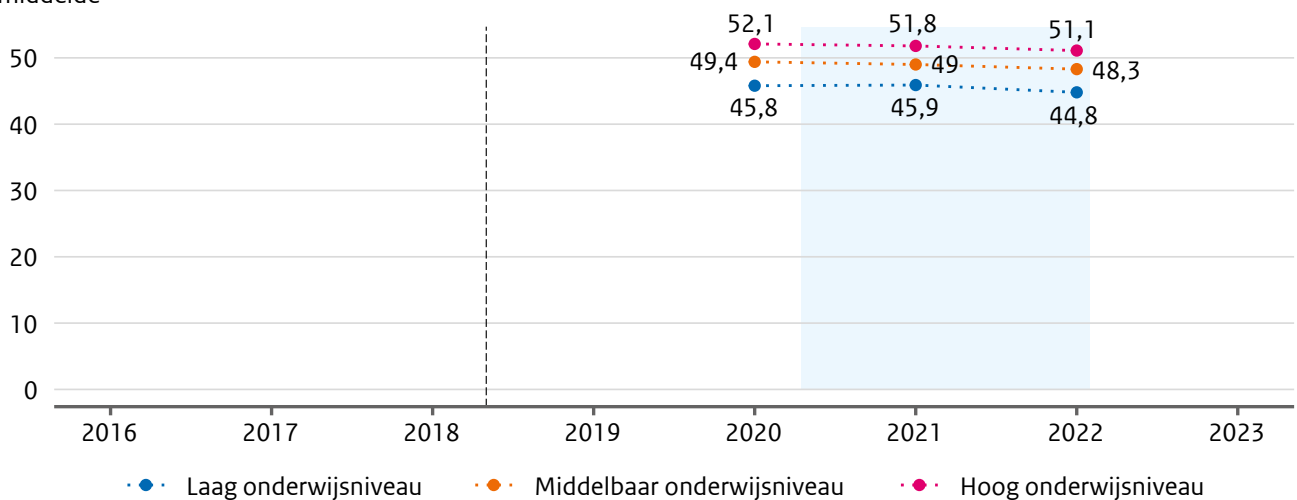
Volksgezondheid naar sociaaleconomische kenmerken

De indicator voor dit thema is de gemiddelde kwaliteit van leven-score (SF-12, normscore fysiek) van inwoners (12+) naar onderwijsniveau (laag of hoog). Data voor deze

indicator zijn beschikbaar vanaf 2020. In 2022 scoorden inwoners met een laag onderwijsniveau gemiddeld 44,8 en inwoners met een hoog onderwijsniveau gemiddeld 51,1. In Figuur 16 is te zien dat inwoners met een laag onderwijsniveau op elk meetmoment gemiddeld een lagere kwaliteit van leven (m.b.t. de fysieke gezondheid) rapporteerden dan inwoners met een hoger onderwijsniveau.

Figuur 16. Kwaliteit van leven-score (SF-12, normscore fysiek) van inwoners (12+) naar onderwijsniveau.
Bron: Gezondheidsenquête, CBS.

Gemiddelde



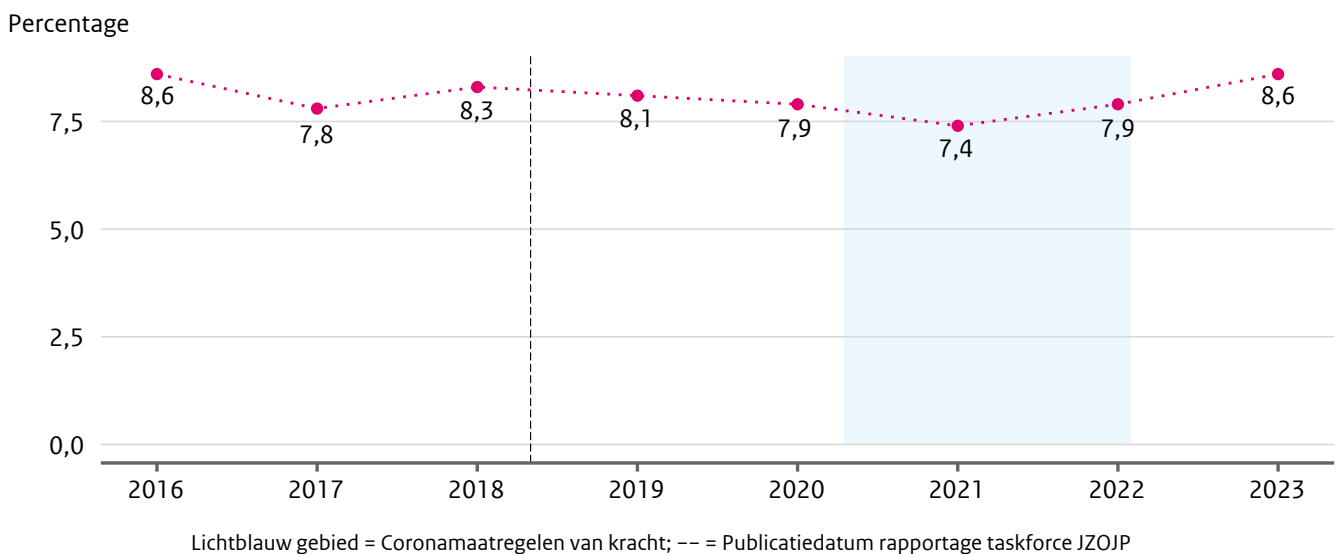
Lichtblauw gebied = Coronamaatregelen van kracht; -- = Publicatiedatum rapportage taskforce JZOJP

Schuldenproblematiek

Voor het thema ‘Schuldenproblematiek’ wordt de indicator ‘huishoudens met geregistreerde problematische schulden’ gebruikt. Het percentage huishoudens met geregistreerde problematische schulden is in 2023 8,6 procent (volgens een nieuwe definitie waarvoor er geen gegevens beschikbaar zijn tot 2021 is dit 8,8%). Dit percentage laat een kleine

schommeling zien in de periode van 2016 tot en met 2023 tussen 7,4 en 8,6 procent. Er is geen duidelijk verschil te zien tussen de jaren voor en na 1-1-2019 (de start van de beweging JZOJP). Na 2019 is een licht dalende trend te zien; sinds 2021 stijgt het percentage huishoudens met schulden echter weer licht (Figuur 17).

Figuur 17. Huishoudens met geregistreerde problematische schulden. Bron: CBS.



Inzicht in SEGV kan ook verkregen worden met beschikbare buurtcijfers, bijvoorbeeld over ervaren gezondheid naar sociaaleconomische status (Tekstbox 6).

Tekstbox 6. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in buurten

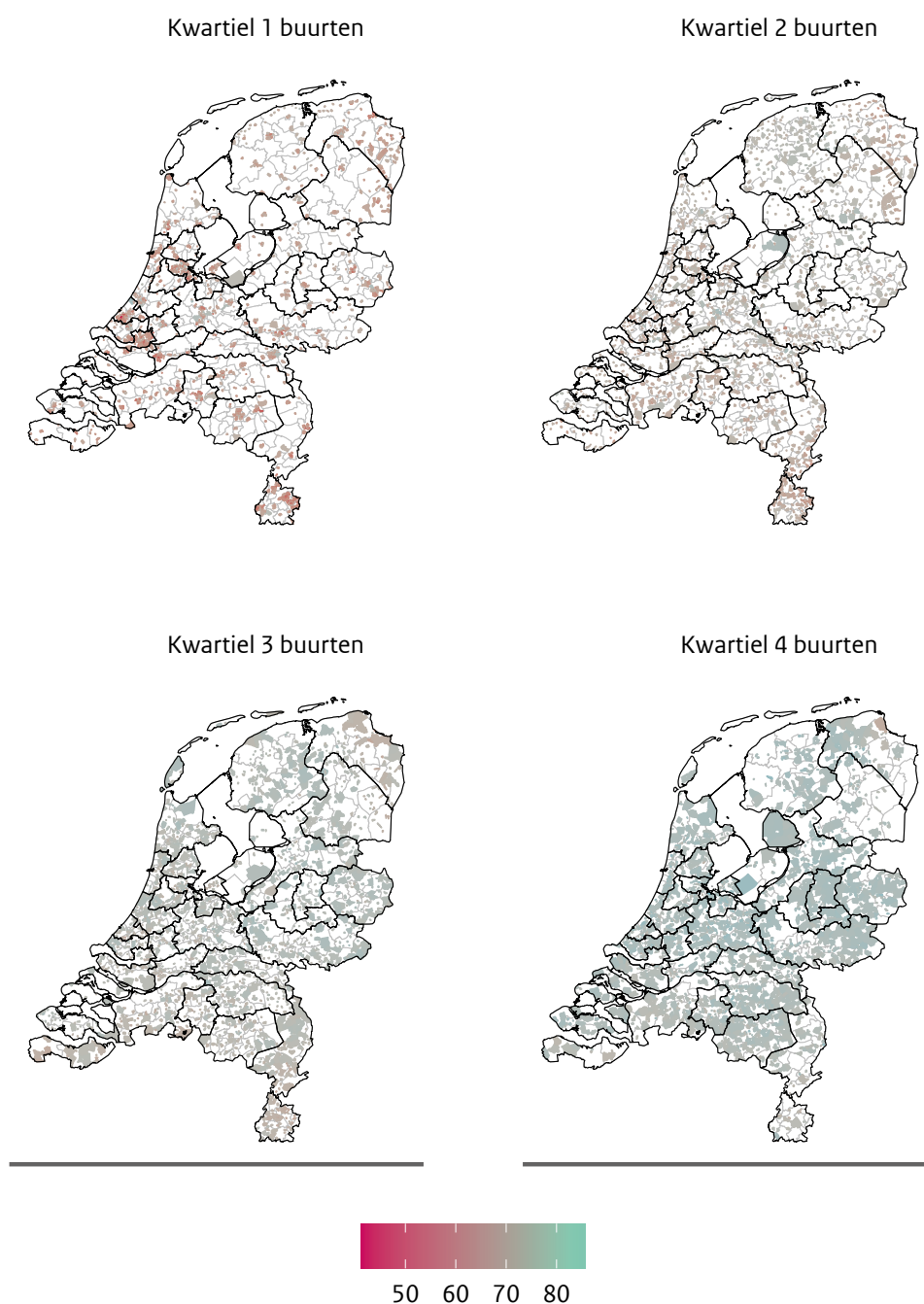
SES-WOA is de sociaaleconomische status per particulier huishouden, berekend op basis van financiële welvaart, onderwijsniveau en recent arbeidsverleden (CBS). Ook per buurt kan er een SES-WOA-score worden bepaald.

Figuur 18 laat zien dat het percentage buurtbewoners met een (zeer) goed ervaren gezondheid veel vaker relatief laag is in buurten met een relatief lage SES-WOA-score (kwartiel 1) dan in buurten met een relatief hoge SES-WOA-score (kwartiel 4). We bekeken dit ook over

de jaren heen. Het percentage buurtbewoners met een (zeer) goed ervaren gezondheid nam gemiddeld met 2,7 procentpunt toe tussen 2016 en 2020 en met 8,7 procentpunt af tussen 2020 en 2022. De gemiddelde SES-WOA-score van buurten nam tussen 2015 en 2021 elk jaar iets toe. Hoe lager de SES-WOA-buurtscores (in respectievelijk 2015 en 2019) waren, hoe sterker het percentage buurtbewoners met een (zeer) goed ervaren gezondheid tussen 2016 en 2020 toenam en tussen 2020 en 2022 weer afnam (Bijlage B deel 4). >>

Figuur 18. Percentage buurtbewoners dat de gezondheid als (zeer) goed ervaart naar sociaaleconomische status van de buurtbewoners.

In deze figuur zijn buurten met de laagste SES-WOA-score in kleur weergegeven onder kwartiel 1 en zijn de buurten met de hoogste SES-WOA-score ingekleurd onder kwartiel 4. Per buurt is aangegeven welk percentage inwoners de gezondheid als (zeer) goed ervaart, volgens de SMAP-methodiek bewerkte gegevens uit de Gezondheidsmonitor voor volwassenen en ouderen. Op de landkaartjes wordt deze score op gezondheid aangeduid met een kleur, variërend van rood naar groen. Hoe groener de kleur, hoe meer personen in de buurt een (zeer) goed ervaren gezondheid heeft. Hoe roder de kleur, hoe minder personen in de buurt een (zeer) goed ervaren gezondheid heeft. De zwarte lijnen in de landkaart markeren grenzen van zorgkantoorregio's.



3 Inzet

Dit hoofdstuk gaat over de tweede onderzoeksvraag naar hoe inzet voor JZOJP zich heeft ontwikkeld, specifiek in de vorm van doelgerichte domeinoverstijgende inter-organisatorische samenwerking voor JZOJP. De term 'domeinoverstijgend samenwerkingsverband (DSV)' omvat een kenmerkende vorm van inzet voor JZOJP:

'Een DSV is een verbintenis tussen drie of meer organisaties met een gedeelde ambitie om zorg en welzijn lokaal of regionaal te verbeteren. De deelnemende organisaties voeren gewoonlijk activiteiten uit binnen minstens twee van de drie volgende domeinen, of (combinaties van) stelselwetten: het sociale domein (volgens de stelselwetten Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw), of Wet publieke gezondheid (Wpg)), de langdurige zorg (Wet langdurige zorg (Wlz)) en wettelijk basisverzekerde zorg (Zorgverzekeringswet (Zvw)).'

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, beschrijven we op basis van antwoorden van netwerk- of programmamangers in vragenlijstonderzoek (in het najaar van 2023) hoe domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) zich op verschillende plekken in Nederland inzetten om gezamenlijk gestelde relevante doelen in het kader van JZOJP te bereiken. De vragenlijst is ook bedoeld om een gezamenlijk leerproces van de betrokkenen te ondersteunen over hoe DSV's zich in kunnen zetten (bijvoorbeeld door het inrichten van passende governance) om onder uiteenlopende omstandigheden gezamenlijke doelen bereiken op gebied van zorg en welzijn. Zie meer over de methode in Bijlage C deel 1.

Paragraaf 3.1 beschrijft hoe inzet voor JZOJP in de vorm van DSV's verspreid over Nederland te kenmerken is.

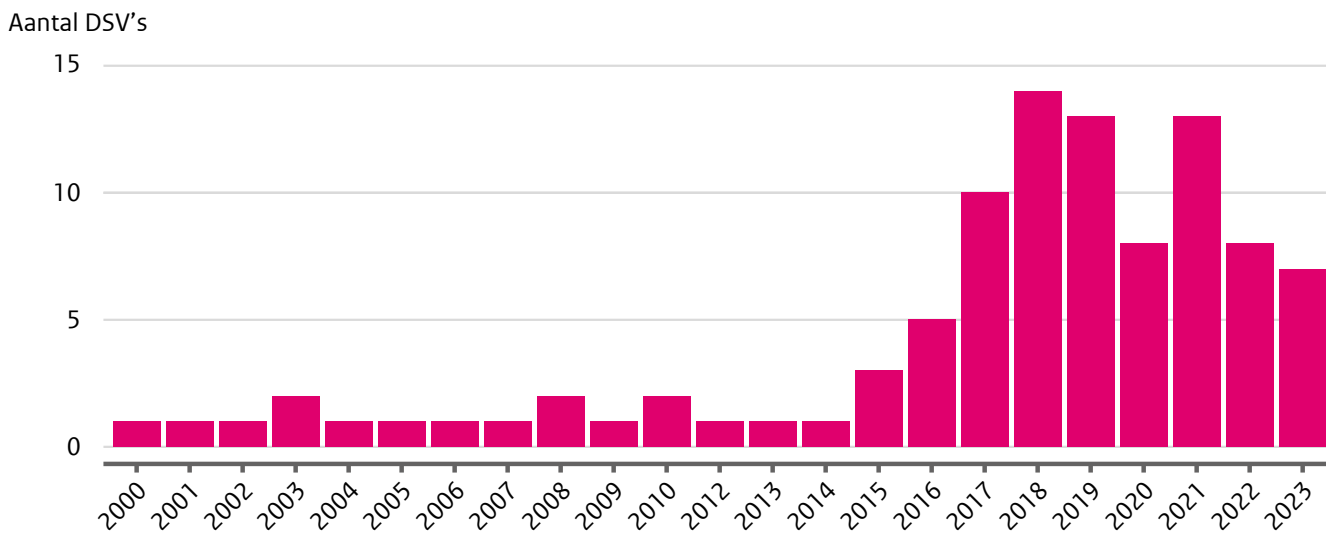
Paragraaf 3.2 beschrijft de ontwikkeling van DSV's met betrekking tot de ervaren effectiviteit in het behalen van gemeenschappelijke doelen van Quintuple Aims en daarmee overeenstemmende veranderingen in deelnemende organisaties die programmamangers ervaren. Hiertoe vroegen we naar de ervaren mate van effectiviteit van DSV's. Dit met als doel om (combinaties van) inzet en omstandigheden van DSV's in samenhang te kunnen bekijken met de mate waarin ervaren wordt dat gezamenlijk gestelde doelen door DSV's worden bereikt. Met deze vraag hebben we niet de effectiviteit van DSV's vastgesteld ter beoordeling van wat DSV's, bijvoorbeeld voor het verbeteren van de kwaliteit van leven binnen de beoogde populaties, al wel en niet bereikt hebben. Deze vraag viel buiten de scope van de huidige vragenlijst, maar kan in de toekomst wel opgepakt worden in vervolgonderzoek. Paragraaf 3.3 beschrijft in hoeverre de diverse omstandigheden en wijzen van inzet die van aannemelijk belang zijn voor de ontwikkeling tot effectieve DSV's volgens netwerk- of programmamangers aanwezig zijn.

3.1 Huisartsen, gemeenten en andere organisaties zetten zich in heel Nederland in voor JZOJP

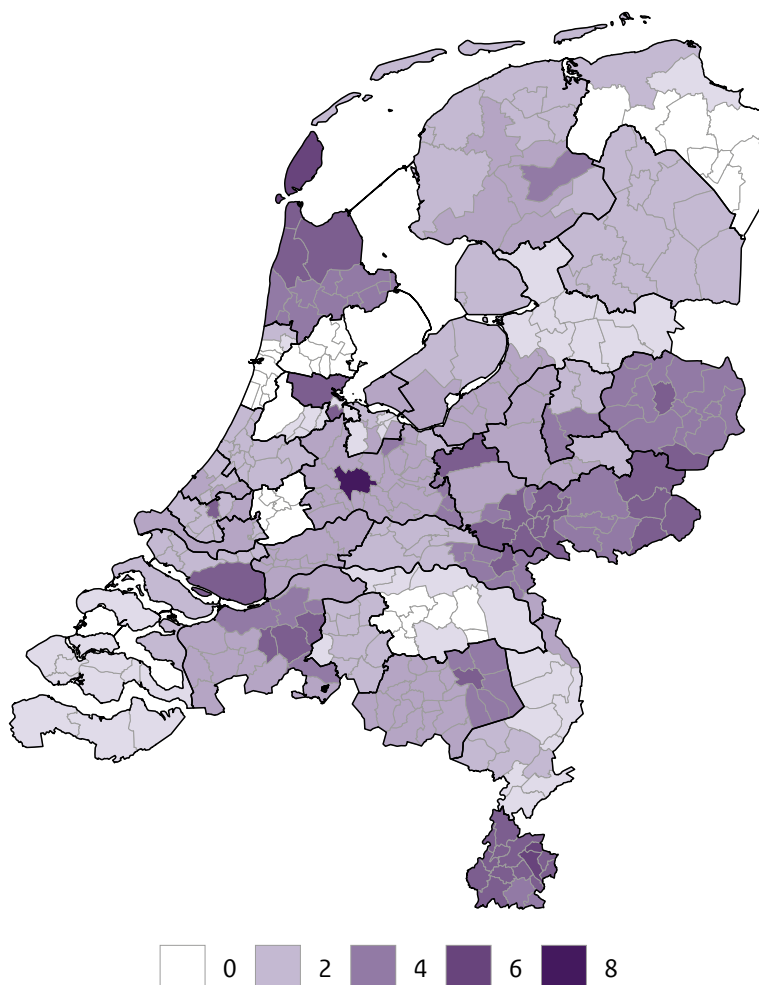
Waar en sinds wanneer DSV's bestaan

Uit de vragenlijst, die is ingevuld door netwerk- of programmamangers van 103 DSV's kan worden opgemaakt dat veel deelnemende DSV's in de aanloop en kort na het afsluiten van de hoofdlijnakkorden zijn ontstaan (Figuur 19: 10% in 2017, 14% in 2018 en 13% in 2019, totaal 37%). Ruim een derde (36%) bestond al voor 2017. De eerste netwerken voor palliatieve zorg en dementie die aan het onderzoek deelnamen, startten bijvoorbeeld al in 2000 en 2001. DSV's komen in elke provincie in Nederland voor (Figuur 20).

Figuur 19. Aantal deelnemende DSV's per startjaar van de deelnemende DSV's (totale aantal=103).



Figuur 20. Het aantal deelnemende DSV's waarvan de doelgroep zich in de betreffende gemeente bevindt. De dünnere grijze lijnen markeren gemeentegrenzen en de dikkere zwarte lijnen markeren zorgkantoorregio's.

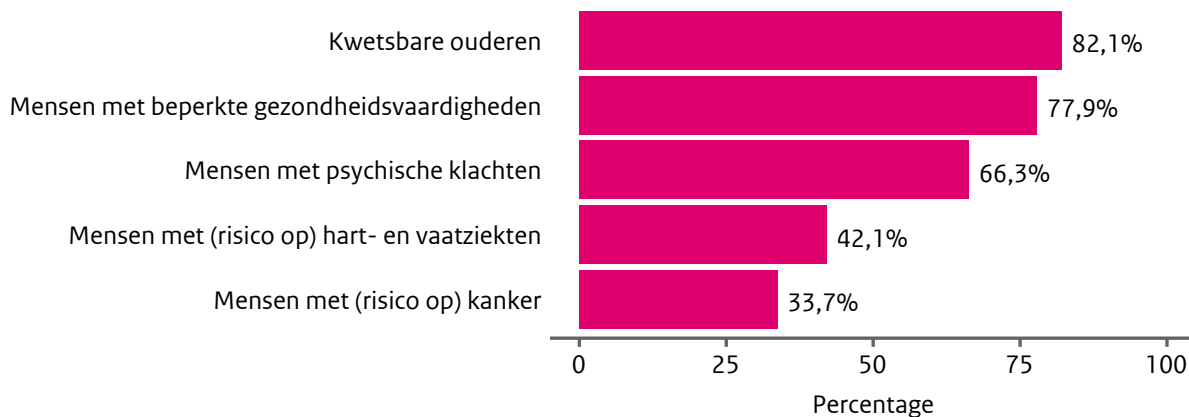


Doelen en doelgroepen

Gevraagd naar de drie uitgangspunten van JZOJP, geven programmamanagers aan dat hun DSV zich inzet om zorg te voorkomen (86%), vervangen (51%) of verplaatsen (72%). DSV's richten zich daarbij op gezamenlijke doelen van de Quintuple Aims: kwaliteit van zorg en ondersteuning (88% van de DSV's), gezondheidsuitkomsten (74%), kosten (56%), welbevinden van professionals (62%) en SEGV (43%).

De doelpopulaties van DSV's omvatten duizenden tot miljoenen patiënten, cliënten of inwoners. Van alle deelnemende DSV's zetten 33 (32%) zich lokaal in (binnen één gemeente) en 70 (68%) regionaal (bovengemeentelijk). Iets minder dan de helft (32,46%) van de 70 regionale DSV's richtte zich op een populatiegebied dat overeenkomt met een bepaalde regio-indeling. Het vaakst was dat een zorgkantoorregio (15 van de 70, 21%). Van de doelgroepen die benoemd zijn in het integraal zorgakkoord zijn kwetsbare ouderen (82%) en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (77%) het vaakst (onderdeel van) de doelpopulatie (Figuur 21).

Figuur 21. Percentage DSV's dat zich richt op bepaalde doelgroepen binnen het integraal zorgakkoord (n=103).



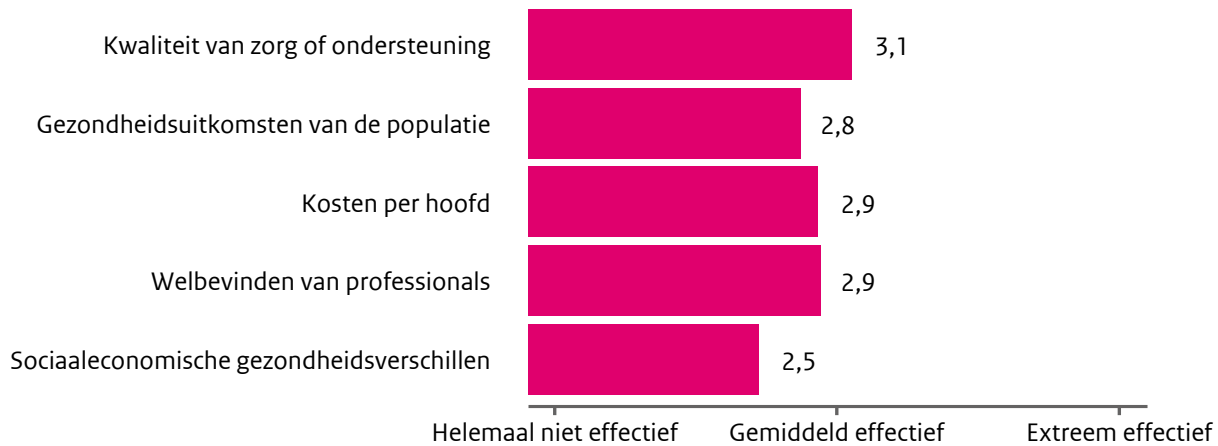
Samenstelling

De deelnemende DSV's hebben een verschillende samenstelling. Gemiddeld waren er 30 organisaties in een DSV betrokken (met een mediaan van 15), variërend van 3 tot 300. Huisartsenorganisaties (85%) en gemeenten (83%) zijn de organisatiesoorten die het vaakst deelnemer zijn. Buiten de zorg waren ook organisaties als kennis- of opleidingsorganisaties betrokken, zoals mbo- of hbo-instellingen (bij 39% van de DSV's). Vaak nemen een (94%) of meerdere (64%) betalers van zorg of ondersteuning (gemeenten, zorgverzekeraars, of zorgkantoren) deel. Bij 56 procent van de DSV's nam een gemeente en een zorgverzekeraar deel. In Bijlage C deel 1 'Resultaten per onderwerp/samenwerkingsstructuur' is te zien in hoeveel deelnemende DSV's diverse andere organisatiesoorten betrokken zijn, als lid van een stuurgroep of op een andere manier.

3.2 Programmamanagers ervaren dat gezamenlijke doelen in beperkte mate worden bereikt

Programmamanagers is gevraagd naar de mate waarin ze het eigen DSV effectief achtten om de gezamenlijk gestelde doelen van de vijf categorieën van de Quintuple Aims te bereiken. Programmamanagers scoorden het eigen DSV meestal met een 3: 'gemiddeld effectief'. 'Zeer effectief' (4) of 'extreem effectief' (5) werd gescoord door 34 procent van de DSV's voor de categorie Kwaliteit van zorg en ondersteuning (n=53), door 16 procent van de DSV's voor de categorie Volksgezondheidsuitkomsten (n=56), door 26 procent van de DSV's voor de categorie Kosten (n=47), door 24 procent van de DSV's voor de categorie Welzijn van professionals (n=54), en door 10 procent van de DSV's voor de categorie Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (n=31) (Figuur 22).

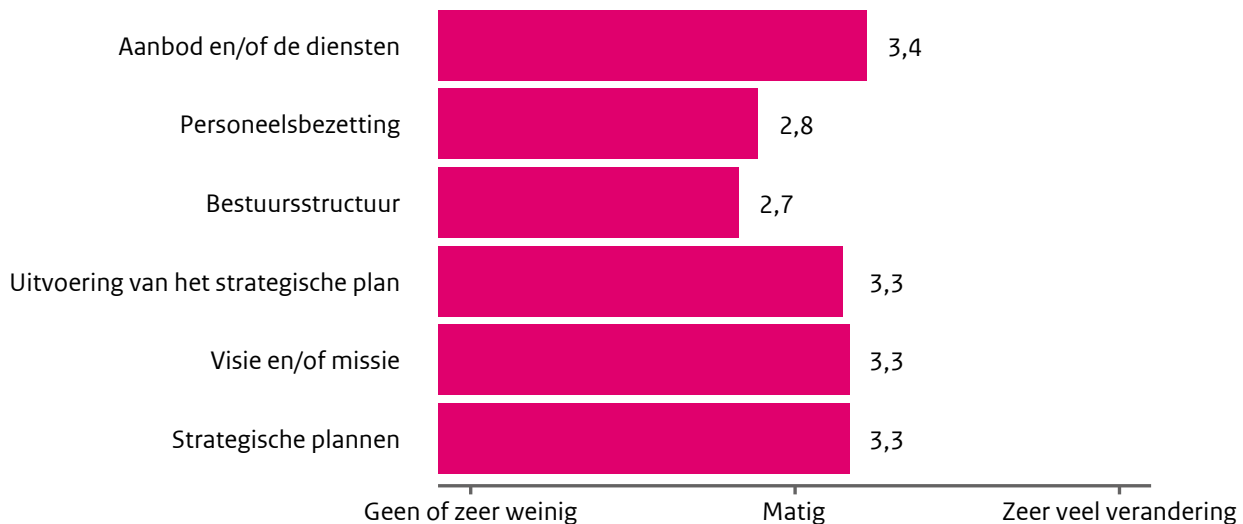
Figuur 22. De gemiddelde door programmamanagers ervaren mate van effectiviteit (1: 'helemaal niet effectief' tot 5: 'extreem effectief') in het bereiken van gezamenlijke doelen van DSV's voor de vijf Quintuple Aims.



Ook werden programmamanagers gevraagd naar de mate waarin deelnemende organisaties – sinds het bestaan van het DSV – veranderden in overeenstemming met de gezamenlijke ambities (van het DSV). De vragen

betroffen verandering in de strategische plannen of de uitvoering daarvan, in het aanbod of de diensten, de personeelsbezetting, het bestuur en de missie of visie (Figuur 23).

Figuur 23. De door programmamanagers ervaren mate van verandering binnen deelnemende organisaties in overeenstemming met de ambities van het DSV (van 1: 'geen of zeer weinig' tot en met 5: 'zeer veel').



Wanneer we de scores van 'verandering van de deelnemende organisaties' en 'ervaren effectiviteit op gezamenlijke doelen' naast elkaar leggen, valt op dat vooral verandering in de uitvoering van strategieën en het aanbod van deelnemende organisaties positief samenhangt met de ervaren mate waarin gezamenlijke doelen werden bereikt (zie correlatietabel in Bijlage C deel 2).

3.3 Er is ruimte voor verbetering van capaciteiten en faciliteiten voor de inzet voor JZOJP door DSV's

Leren en samenwerkingscompetenties

Netwerken waaraan veel verschillende organisaties deelnemen, zoals DSV's, hebben een grote behoefte aan competenties om goed te kunnen samenwerken in netwerkverband (Provan & Kenis, 2008). Tot goede samenwerking komen, is een leerproces waarop bewust moet worden ingezet (Van Vooren, 2024). Om die reden is aan DSV's gevraagd of zij een plan hebben voor hoe deelnemende partijen kunnen leren in de samenwerking. Over ruim de helft (53,7%) van de DSV's gaf de programmamanager aan dat een dergelijk plan bestaat.

Per DSV is ook de mate van synergie binnen het netwerk gemeten. Aan de netwerk- of programmamanagers is gevraagd om te beoordelen in hoeverre de partijen in de DSV's zeven belangrijke samenwerkingscompetenties hebben. Over de beoordelingen is een gemiddelde score per DSV berekend (Figuur 24). Bij 53 procent van de DSV's viel de afgeronde gemiddelde score over de zeven samenwerkingscompetenties in de categorie 'Enigszins goed' (score 3). Bij geen enkele DSV viel dit gemiddelde in de categorie 'Helemaal niet goed'. Zelden (2%) werden de samenwerkingscompetenties als 'extreem goed' beoordeeld.

Figuur 24. Gemiddelde score door programmamanagers op zeven stellingen over de mate waarin partijen in DSV's door samen te werken tot iets in staat zijn (van 1: helemaal niet goed tot en met 5: extreem goed).



Betrekken van inwoners, cliënten en patiënten

Een belangrijk doel van JZOJP is het kunnen beantwoorden aan de behoeften van inwoners. Of doelgroepen (of vertegenwoordigers van doelgroepen) deelnemen aan DSV's – en de wijze waarop daaraan invulling wordt gegeven – is daarvoor cruciaal. In 31 procent van de DSV's zijn cliënten(vertegenwoordigers), patiënten en/of inwoners lid van het bestuur of een stuurgroep. Vertegenwoordigers van inwoners bleken bij 12 procent van de deelnemende DSV's lid van het bestuur of de stuurgroep. Bij cliënten(vertegenwoordigers) is dat ook 12 procent en bij patiënten 20 procent.

Bij navraag naar de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de participatie van de doelgroepen (vertegenwoordigers) blijkt dat het mede vormgeven van activiteiten (co-creatie) binnen 51,5 procent van de DSV's werd toegepast en bestuurlijke medezeggenschap bij 22,2 procent (Figuur 25). Daarmee zagen we dus dat in (31-22,2) 8,8 procent van de DSV's sprake was van (formele) deelname van doelgroepen(vertegenwoordiging) in het bestuur of de stuurgroep van een DSV, maar niet van het toepassen van doelgroepenparticipatie in de vorm van meebeslissen op bestuurlijk niveau. Deze vragenlijst is alleen door programmamanagers ingevuld. In vervolgonderzoek kunnen ook de perspectieven van inwoners zelf, maar bijvoorbeeld ook professionals worden meegenomen.

Figuur 25. Percentages van DSV's waarin (vertegenwoordigers van) doelgroepen op verschillende manieren betrokken zijn in het DSV.



Vertrouwen

Netwerk- of programmamanagers werd gevraagd naar hoeveel vertrouwen zij ervaren in partijen binnen het samenwerkingsverband. Hierbij gaf 52 procent van de respondenten aan dat zij het eens (score van 6) of volledig eens (score van 7) waren met elk van de drie voorgelegde stellingen over de welwillendheid, competentie en eerlijkheid van andere partijen (met andere woorden: geen enkele stelling werd opengelaten of beantwoord met een 5 of lager, waarbij een score van 0 stond voor 'volledig oneens').

Governance en leiderschap

In de meeste DSV's (61%) bleek sprake van een gezamenlijke (zelf-)aansturing in plaats van een gecentraliseerde vorm van aansturing van het netwerk

als geheel. Gezamenlijke aansturing past in theorie het beste bij kleine netwerken met hechte onderlinge vertrouwensrelaties tussen deelnemende organisaties. Maar in grote netwerken kan het beheren van een enorm aantal directe onderlinge relaties tot inefficiëntie leiden (Provan & Kenis, 2008). DSV's blijken veelal groot: 78 procent had meer dan 8 deelnemende organisaties. Effectiviteit kan mogelijk in veel DSV's worden vergroot door de inrichting van een meer gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing. Dit kan bijvoorbeeld door een van de deelnemende organisaties – waaraan dit is toevertrouwd – het initiatief te laten nemen bij het nemen van besluiten en uitvoeren van activiteiten. Een andere mogelijkheid is om de aansturing te beleggen bij een derde, meer onafhankelijke, persoon of specifiek hiervoor opgerichte organisatie.

Bovendien werd gevraagd hoe effectief mensen met een (in)formele leiderschapsrol waren in 1) verantwoordelijkheid nemen, 2) motiveren, 3) faciliteren van betrokkenen en 4) aantrekken van nieuwe partijen in het DSV. De gemiddelde score over deze vier stellingen was voor de meerderheid van de DSV's (60%) 'heel goed'.

Beschikbare (financiële) middelen voor DSV-activiteiten

Antwoorden van programmamangers op vragen naar de beschikbaarheid van benodigde middelen (Bijlage C deel 1, 'Resultaten per onderwerp/samenwerkingsprocessen') suggereren dat er in DSV's relatief vaak een gebrek wordt ervaren aan de benodigde data en informatie. Daarnaast lukt het minder goed om financiële middelen dan om tijd van personeel of in natura bijdragen vanuit deelnemende organisaties efficiënt in te zetten. Dit bevestigt het bestaande beeld over belemmeringen in databeschikbaarheid en inefficiëntie door de inzet van tijdelijke, in plaats van structurele financiering en bekostiging (RIVM, 2022).

Vanuit dat gegeven zijn programmamangers ook bevraagd over gemaakte afspraken over (structurele) financiering of bekostiging. DSV's waarin twee van de drie 'betalers' (zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten) samen deelnamen, is gevraagd naar eventuele oplossingen om domeinoverstijgende zorg of ondersteuning, incidenteel of structureel, gezamenlijk te financieren. Structurele

oplossingen werden gezien bij een klein deel van de DSV's; door gemeenten en zorgverzekeraars (6% van de deelnemende DSV's), door zorgverzekeraars en zorgkantoren (5%), of door gemeenten en zorgkantoren (3%). Betalingen van contributie en voor het aanstellen van een programmamanger werden hierbij meermaals genoemd.

Voor het aanpakken van bekostigingsknelpunten gaf 47 procent van de netwerk- of programmanagers aan dat er binnen het eigen DSV's enige (17% informeel en 30% formeel) afspraken zijn gemaakt om te faciliteren dat partijen de verantwoordelijkheid nemen voor de diverse doelen die partners in DSV's gezamenlijk stelden. Oplossingen die 16 van de 23 DSV's met dergelijke formele bekostigingsafspraken, noemden waren onder andere: 1) nieuwe betaaltitels (nieuwe declarabele prestaties, bijvoorbeeld voor coördinatie van zorg tussen verschillende aanbieders: 2 van de 16). 2) meerjarencontracten (een betalingsafpraak met een langere looptijd zodat aanbieders tijd en budget kunnen aanwenden voor interne hervormingen: 7 van de 16). En: 3) alternatieve bekostiging (zorg of ondersteuning wordt niet op grond van het aantal geleverde declarabele prestaties betaald en financiële verantwoordelijkheid wordt (deels) door aanbieders (samen) gedragen, bijvoorbeeld door betaling naar prestaties, shared savings, gebundelde betaling, of populatiebekostiging: 8 van de 16).

4 Leerervaringen

Dit hoofdstuk gaat in op de derde onderzoeksvraag: Wat zijn de leerervaringen van lokale, regionale en landelijke betrokkenen bij de beweging JZOJP? Om zicht te krijgen op ervaringen heeft het projectteam in 2023 interviews en groeps gesprekken gehouden met deelnemers van het Hoofdlijnakkkoord (HLA) en IZA-partijen (landelijke partijen), en betrokken lokale en regionale bestuurders, professionals, inwonervertegenwoordiging en patiënten vanuit tien domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) die de leerregio's vormen van de lerende evaluatie. Tijdens de interviews en groeps gesprekken is er teruggeblikt op de inzet, ervaringen en trends in de beweging. Deze inzichten zijn voorgelegd en verscherpt bij een uitwisselingsessie met betrokken inwoners, professionals en bestuurders in najaar 2023. Bovendien worden deze ervaringen vergeleken met ervaringen uit de tussenrapportage van 2021. Zie Bijlage D voor meer uitleg over de onderzoeksmethode. Paragraaf 4.1 gaat over de ervaringen met de ontwikkeling van de beweging JZOJP. Paragraaf 4.2 gaat over de geleerde lessen die volgens de geïnterviewden uit 2023 meegenomen kunnen worden in het vervolg van de beweging. Verder wordt er ter verdieping een casus uitgelicht (Tekstbox 7).

4.1 Ontwikkeling van de beweging JZOJP

De beweging JZOJP wordt verschillend geïnterpreteerd

De update van 2021 beschrijft dat de beweging JZOJP veelomvattend is en dat dit het complex maakt om te begrijpen waar de beweging over gaat (RIVM, 2021b). Dit komt onder andere door de verschillende termen die gebruikt worden, maar ook omdat de term JZOJP niet aansluit bij de betekenis die betrokkenen zelf aan de beweging toeschrijven. Uit de interviews en groeps gesprekken die in 2023 gehouden zijn, kwamen vergelijkbare ervaringen naar voren. Geïnterviewden geven aan de grote lijnen van de beweging JZOJP (zoals gedefinieerd in onze lerende evaluatie, zie paragraaf 1.3) te herkennen. Wel wordt benoemd dat ieder hierop een eigen accent legt. Zo houdt de ene organisatie binnen een DSV zich vooral bezig met het voorkomen van zorg en richt de andere zich met name op verplaatsen en vervangen. Voor geïnterviewde patiënten houdt de JZOJP vooral in dat de zorg toegankelijk is en afgestemd is op de behoeften van patiënten. Bovendien geven meerdere HLA- en IZA-partijen aan dat zij JZOJP nu als onderdeel zien van passende zorg, en dat passende zorg nu voor hen centraal staat. Enkele respondenten geven daarbij aan dat er zoveel termen zijn voor de beweging, zoals JZOJP, passende zorg, zinnige zorg,

IZA, dat dit verwarring oplevert. Bijvoorbeeld wanneer men vanuit meerdere programma's, die gelinkt zijn aan de verschillende thema's, financiering krijgt en hierover apart moet rapporteren.

“Je merkt ook [...] dat je op een gegeven moment door de bomen het bos niet meer ziet, hé. Over welk programma hebben we het nou en is het hetzelfde programma of toch weer wat anders? Dat [...] Passende Zorg, denk ik, dat iedereen wel snapt wat daaronder valt.” Landelijke partij

Er is een toenemende focus op verbinding en samenwerking

Volgens meerdere lokale en regionale bestuurders en professionals van zorgorganisaties binnen de leerregio's wordt het gedachtegoed van JZOJP in toenemende mate herkend. Zoals eerder beschreven, verschilt het wel per respondent hoe ze dit gedachtegoed zien. De geïnterviewden benoemen hierbij dat er zowel landelijk als regionaal meer naar verbinding met elkaar wordt gezocht en dat zowel landelijke partijen als professionals meer bezig zijn met de vraag 'doen we het goede?'. Ook binnen organisaties vinden er veranderingen plaats. Enkele landelijke brancheorganisaties en systeempartijen geven namelijk aan dat er momenteel interne ontwikkelingen plaatsvinden in de organisatieculturen. Bijvoorbeeld ontwikkelingen die gericht zijn op het versterken van samenwerking in plaats van marktwerking. Deze landelijke organisaties geven aan dat zij zoeken naar een meer passende manier om hun rol in de beweging vorm te geven. Dit kost echter wel tijd en vraagt om een cultuurverandering. Een respondent geeft aan dat het lastig is om de noodzaak tot samenwerking aan de JZOJP-beweging te koppelen, omdat er ook andere factoren een rol gespeeld kunnen hebben, zoals de coronapandemie.

De respondenten uit de leerregio's geven veelal aan positief te zijn over de voortgang van de samenwerking in hun regionale initiatief in de afgelopen jaren. Dit is in lijn met de bevindingen uit de inventarisatie onder DSV's (zie hoofdstuk 3). Er zijn meer verbindingen met verschillende partijen, waardoor partijen elkaar ook makkelijker weten te vinden. Hoewel zij aangeven dat dit proces van samenwerken veel tijd en afstemming vraagt, geven velen aan een stijgende lijn te zien in de ontwikkeling van hun samenwerking.

De beweging JZOJP is nog te veel binnen het zorgdomein gefocust

In lijn met inzichten in de update van 2021, wordt door zowel enkele landelijke als lokale en regionale respondenten in 2023 benoemd dat de beweging JZOJP nog veel gericht is op samenwerking binnen het zorgdomein. Met name respondenten die spraken als vertegenwoordigers van professionals in de wijk of bestuurders vanuit het sociaal domein benoemen het gemis van een bredere blik en noodzaak van de beweging van zorg naar gezondheid. Zij ervaren dat dit in de tijd van JZOJP nog te smal is opgepakt met zogenoemd 'laaghangend fruit' binnen het zorgdomein. Zo ervaart bijvoorbeeld een landelijke partij dat er een focus op verplaatsing van zorg tussen de tweedelijnszorg en eerstelijnszorg is, in plaats van een focus op de omgeving van de inwoners. Ook geeft een lokale bestuurder aan dat het vervangen van zorg in de regio nog meer centraal stond dan het voorkomen van zorg.

Er is een gebrek aan structurele veranderingen ten gunste van de beweging

Landelijke partijen en betrokkenen uit de leerregio's zijn teleurgesteld over het gemis aan structurele veranderingen ten gunste van de beweging JZOJP. Deze knelpunten zijn ook in 2021 benoemd. Zo sluiten huidige financiële structuren niet aan bij de beweging. Voorbeelden zijn het gebrek aan mogelijkheden voor domeinoverstijgende bekostiging en een missende structurele financiering, waardoor pilots niet kunnen worden opgeschaald.

“En steeds was de conclusie naar het eind van een pilot: het valt neer als het geld wegvalt. En dat is natuurlijk ook een soort ijskastfunctie. Nee, maar we gaan het onderzoeken. Er komt tijdelijke financiering, en als dan ergens de schoen blijkt te wringen, dan passen we de regels aan. Nou, dat laatste gebeurt natuurlijk nooit. Dus, ja, dan blijft het zo. Eigenlijk is het alleen maar frustrerend. Je ziet hoe het zou kunnen, maar na de tijdelijke financiering stopt het weer.”
Bestuurder in leerregio

Geïnterviewden geven aan dat er onduidelijkheid is over verschuiving van budgetten wanneer zorg verplaatst wordt, bijvoorbeeld tussen eerste en tweede lijn. Doordat er geen integrale bekostigingsafspraken zijn, kan het voorkomen dat de tweede lijn bijvoorbeeld nog niet wordt gekort op inkomsten die zij als kosten naar de eerste lijn hebben verplaatst. Hierdoor kunnen partijen zich terughoudend opstellen ten opzichte van het verplaatsen van zorg. Een andere respondent uit een van de leerregio's geeft aan dat aanbieders nog niet bekostigd worden voor een

nieuwe manier van zorg verlenen (bijvoorbeeld het voeren van herstel-ondersteunende gesprekken waarbij het functioneren van inwoners centraal staat). Bestuurders en professionals zitten hierbij in een spagaat, omdat ze de zorg wel anders willen verlenen, maar hiervoor financieel nog niet de ruimte ervaren.

Naast de financiële structuren wordt, net als in 2021, ook een gebrek aan standaarden voor gegevensuitwisseling benoemd. Hierbij wordt aangehaald dat professionals nog met verschillende systemen werken. Bovendien noemt een landelijke partij dat er regie nodig is om te voorkomen dat iedere regio een eigen data-infrastructuur opzet.

4.2 Geleerde lessen vanuit de beweging JZOJP volgens betrokkenen

Men wil voortbouwen op de beweging JZOJP met een meer integrale focus

Zoals in paragraaf 4.1 beschreven, spreken veel respondenten in één adem over de beweging JZOJP, passende zorg en het IZA. De landelijke partijen zijn hoopvol wanneer ze spreken over het vervolg van de beweging, ook naar aanleiding van het sluiten van het IZA. Geïnterviewden noemen dat ze het IZA concreter vinden en dat deze meer integrale invulling bevat dan de beweging JZOJP. Er zijn echter ook zorgen benoemd over de mate van integraliteit van het IZA. Zo wordt door een landelijke brancheorganisatie een voorbeeld gegeven waarbij het IZA voor concretisering in thema's is onderverdeeld (bijvoorbeeld versterking eerstelijnszorg en regionale samenwerking). De respondent vraagt zich echter af of door de versnippering in IZA-thema's het integrale karakter van het akkoord dan niet verloren gaat. Ook geven respondenten uit de leerregio's aan dat ze meer verbinding wensen tussen de verschillende nieuwe programma's en akkoorden. Volgens deze respondenten sluiten de huidige akkoorden en programma's (onder andere IZA, GALA¹, TAZ², WOZO³) niet voldoende op elkaar aan. Dat wordt als een belemmering ervaren voor regio's die al vanuit een integrale focus naar zorg en gezondheid kijken. Zo zijn er verschillende tijdslijnen en regels voor onderwerpen die men liever gezamenlijk, over de akkoorden heen, oppakt.

¹ Gezond en Actief Leven Akkoord

² Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

³ Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen

“En iedereen heeft weer aparte regels [...] want dan zagen we bijvoorbeeld die subsidieregeling ook, GALA moest al klaar zijn en IZA wisten we nog niet eens hoe die precies eruit ging komen te zien. De VVT-organisaties moesten hem [transformatiefonds] al ingediend hebben, het Transformatiefonds dus dat is ook niet helemaal duidelijk.”
Landelijke partij

Een betere verbinding met professionals en inwoners is gewenst

Geïnterviewden uit de leerregio's geven aan dat de beweging JZOJP nog te veel focust was binnen het zorgdomein. Inwoners, patiënten, professionals in de wijk en paramedici zien een rol voor zichzelf in het verbreden van het perspectief van zorg naar gezondheid. Zo geven professionals voorbeelden waarbij ze een rol hebben in het voorkomen van zorg. Ook benadrukken professionals, zoals verpleegkundigen, dat zij een relevante bijdrage kunnen leveren vanuit hun expertise wanneer het gaat om de kwaliteit van zorg. Uit gesprekken met (een vertegenwoordiging van) professionals blijkt echter dat de verbinding met deze professionals vanuit (landelijke) bestuurders beter kan en nog niet als gelijkwaardig wordt ervaren. Zo geeft een manager op de werkvloer van een zorgorganisatie aan dat voor betere verbinding tussen bestuur en praktijk het belangrijk is dat bestuurders mee komen kijken op de werkvloer om te begrijpen wat daar speelt. Een andere respondent geeft aan dat het aanstellen van een projectleider die het lokale zorgveld in kaart kan brengen een verbindende rol kan spelen.

Er zijn vanuit JZOJP al stappen gezet om het perspectief van inwoners mee te nemen. De verbinding met het perspectief van inwoners kan echter nog beter. Zo geven twee inwonerorganisaties in interviews aan dat het perspectief van inwoners nog onvoldoende leidend is in de vormgeving van (zorg)beleid. Het is volgens hen belangrijk om de perspectieven van inwoners van het begin af aan mee te nemen bij zorg- en beleidsontwikkeling en deze leidend te laten zijn in de vormgeving hiervan. De inwonerorganisaties geven aan dat er vaak nog te veel vanuit het huidige systeem van de zorg wordt gedacht en gehandeld. Dit komt overeen met de ervaringen van zorgorganisaties die tijdens de focusgroep benadrukten dat het in mindere mate lukt om de systeemwereld van zorg en de leefwereld van inwoners met elkaar te verbinden. Zorgorganisaties geven daarbij aan dat het betrekken van inwoners tijd kost en dat het spannend kan zijn om een ander perspectief aan het gesprek toe te voegen, en nog geen zicht te hebben op waar je samen op uitkomt.

Er is verwachtingsmanagement nodig over wat er van de zorg gevraagd kan worden en welke rol inwoners hierin hebben

Hoewel de regionale en landelijke partijen hoopvol zijn wat het IZA kan brengen, geven meerdere respondenten aan dat er verwachtingsmanagement nodig is in de samenleving (van inwoner tot beleidsmaker) over wat er mogelijk is binnen het zorgsysteem. Zo stellen bijvoorbeeld professionals de vraag of, gezien de huidige en toekomstige schaarste in de zorg, de behoeften van de inwoner altijd op de eerste plaats kunnen worden gezet. En ze vragen zich af hoe dit afgewogen wordt tegen kosten, toegankelijkheid en kwaliteit.

“Kijk, de cliënt kan nog wel centraal staan en sommige dingen kunnen nog wel dicht bij huis, maar ik denk dat het nu meer gericht is op hoe kunnen we efficiënt en goed met elkaar samenwerken, dan hoe kunnen we de cliënt zeg maar tevredenstellen? En hoe kunnen we met alle capaciteiten die we hebben dan nog de zorg toegankelijk houden? En dan is toegankelijk ook een breed begrip als je het aan mij vraagt. Van het betekent niet meer dat de toegankelijkheid hetzelfde is nu als over 10 jaar zeg maar. Omdat je gewoon te weinig mensen hebt en te weinig mensen hebt om die zorg te verlenen. En te veel mensen hebt die er vraag naar hebben.”
Landelijke partij

Bovendien geven geïnterviewden uit de leerregio's aan dat voor de houdbaarheid van de zorg de rol van het informele netwerk belangrijker zal worden. Dit betekent dat er ook een rol gezien wordt voor inwoners in de vormgeving van zorg en gezondheid. Uit een groeps gesprek met patiënten blijkt dat zij wel veranderingen in de zorg hebben ervaren, bijvoorbeeld gericht op wachtlijsten, inzet van ICT-middelen bij communicatie met de arts en het samen beslissen, maar dat zij weinig meekrijgen van de bredere zorgtransformatie. Het is dan ook belangrijk om te communiceren over wat verwacht kan worden van de zorg en wat mogelijk van inwoners zelf verwacht wordt. Dit wordt volgens respondenten nog onvoldoende gedaan. De huidige programma's vanuit de overheid zijn meer op bestuurders en professionals gericht, minder op inwoners. Respondenten geven suggesties als het inschakelen van communicatiebureaus, of een publiekscampagne gericht op inwoners.

De voortgang van de beweging vraagt om maatwerk

Respondenten geven als geleerde les aan dat bij de continuering van de beweging maatwerk nodig is. Volgens respondenten van landelijke brancheorganisaties zijn er verschillen in de mate waarin de achterban georganiseerd is om samen te werken aan de beweging JZOJP en het

vervolg hierop. Als er meer vaart komt achter de beweging, bijvoorbeeld door de afspraken in het IZA, zal dit veel vragen van regio's die nog in mindere mate voorbereid zijn op deze verandering. Andersom geeft een manager uit een leerregio aan dat zij al vóór de beweging JZOJP bezig waren met regionale samenwerking, en dat zij een eigen werkwijze hebben ontwikkeld in de afgelopen jaren. Deze regio geeft aan dat te veel sturing vanuit nieuwe afspraken uit het IZA wellicht verstorend kan zijn. In beide situaties is maatwerk dus erg belangrijk.

“Kijk, als je in een regio nog moet beginnen, ben met je met alles blij wat wordt aangereikt. Dan hoef je daar niet zelf over na te denken. Maar als je die druk neerlegt in een regio die zelf al op een bepaalde manier zich heeft uitgevonden en met dingen bezig is, ook nog weer dwingen in bepaalde richting, dat kan heel erg verstorend werken. Dus er is niet één, one size fits all.” Manager van leerregio

De gevraagde verantwoording van de beweging in de regio dient meer gericht te zijn op de langdurige aard van een transformatie

Meerdere respondenten geven voorbeelden waarbij JZOJP wordt gezien als een onderdeel van een grotere beweging in het zorglandschap. Zo beschrijven respondenten een langer lopende beweging in de zorg, waarbij verschillende concepten in elkaar overgegaan zijn en doorontwikkeld zijn; eerst substitutie, toen JZOJP en nu passende zorg. Respondenten spreken over een transformatie in zorg en zijn zich hierbij ervan bewust dat dit een langdurig proces is waarbij experimenteren en een langetermijnperspectief belangrijk zijn.

Respondenten uit de leerregio's geven echter voorbeelden waarbij het huidige beleid vanuit de verschillende programma's en akkoorden bij de beweging niet altijd aansluit bij een meerjarig proces van transformatie. Regionale partijen wijzen bijvoorbeeld op de vele verantwoording waaraan voldaan dient te worden in het vervolg op de JZOJP-beweging. Dit kost tijd en bovendien geeft een brancheorganisatie aan dat dit een signaal geeft dat de praktijk niet wordt vertrouwd in de uitvoering van de beweging.

“Want ik heb het idee dat ik aan 6.400 regels moet voldoen. Ook met de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Dat ik continu verantwoording moet afleggen. En wanneer leg je verantwoording af? Als je iemand niet vertrouwt. En dat gevoel heeft dus ook de sector. We worden niet vertrouwd.” Bestuurder in leerregio

“Maar het jammere is dat we in de visie A zeggen, maar in de controle altijd B zeggen. [...] dat voor de grote beweging er echt meer vertrouwen moet komen in elkaar. En dat ze dan echt vertrouwen, ook vanuit het Rijk, om hierop durven in te zetten en eigenlijk ook echt domeinoverstijgend dingen te financieren en te durven organiseren. Want dat is wat er nu niet gebeurt. En dan worden we eigenlijk tegen elkaar uitgespeeld.” Programmamanager van leerregio

Ook geven respondenten uit de leerregio's aan dat het doel van de beweging voorop moet staan, in plaats van de deadlines in de afspraken die gemaakt worden met tijdelijke akkoorden. De tijdelijke afspraken in deze akkoorden kunnen namelijk een prikkel geven om de hierin omschreven gewenste uitkomsten op kortere termijn na te streven (passend bij de voorwaarden van financiering die hiervoor gegeven worden). Hierdoor is er minder oog voor het oplossen van en het aansluiten bij uitdagingen in de regio op de langere termijn.

“Lef tonen om eigenlijk inderdaad echt naar de lange termijn te kijken en niet op allemaal een soort van subsidie-regelingen te gaan, financieel te gaan letten, in plaats van inhoudelijk te gaan sturen. Inhoud moet voorop komen. Het zijn lange termijnbewegingen die eigenlijk tot over de vier jaar grenzen heengaan.” Bestuurder in leerregio

Ondanks dat partijen positief zijn over de concretere afspraken in akkoorden als het IZA, zijn regionale partijen voorstander om de regie over het verder uitvoeren het akkoord bij de regio neer te leggen.

Twee landelijke partijen geven expliciet aan dat er anders gekeken dient te worden naar de voortgang van de transformatie zorg naar gezondheid. Het is belangrijk om tussentijds te reflecteren op de vraag 'doen we het goede?' en hierop te reageren door mogelijk bij te sturen. Bovendien wordt herkend dat het moeilijk is de uitkomsten al meetbaar te maken. Een van de partijen geeft aan dat er ook naar het proces gekeken moet worden; 'hóe wordt de beweging vormgegeven?'

Bij gebrek aan randvoorwaarden voor domeinoverstijgende verantwoordelijkheid, blijft ook een actieve rol voor de overheid nodig

Regionale partijen geven aan dat de overheid meer ruimte en vertrouwen dient te geven aan de praktijk bij de uitvoering van de beweging in de regio. Anderzijds

wordt ook gesteld, in lijn met bevinding uit de rapportage van 2021, dat er ook een actieve rol voor de overheid nodig blijft. Enkele brancheorganisaties noemen dat er regie nodig is om moeilijke keuzes te maken in de regio, bijvoorbeeld over het al dan niet behouden van een ziekenhuis. Volgens een respondent zijn namelijk soms de belangentegenstellingen in een regio zo groot, dat men hier niet altijd zelf uitkomt. Andere respondenten geven aan dat de zorgverzekeraar wellicht niet in staat is om keuzes te maken over de domeinen (zorg en sociaal domein) heen, omdat dit niet aansluit bij de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Het is in dit soort situaties niet duidelijk welke partner in het veld die keuzes wel dient te maken. Voor deze regie wordt daarom momenteel gekeken naar de overheid.

“Alleen net wat ik ook al zei als het gaat om die sociaal, of die domeinoverstijgende samenwerking, we komen straks misschien wel met betaaltitels, we komen misschien wel met locaties bij gemeentes, maar is een verzekeraar in staat om over die domeinen heen ook in te kopen en keuzes te maken? En dat te doen zonder dat ze vinden dat ze vooruitlopen op concurrenten, omdat ze nu aan het voor investeren zijn. Dus ik vraag me dat af.”
Landelijke partij

Het leren en uitwisselen van voorbeelden en ideeën blijft nodig

Om het leren in de praktijk, tussen de verschillende regio's en organisaties, te stimuleren, geven respondenten aan dat het uitwisselen van goede voorbeelden beter kan. Suggesties die worden gedaan zijn een betere vindbaarheid van de voorbeelden, het in gesprek gaan over de voorbeelden, en ook het durven uitwisselen van slechte voorbeelden, ook wel 'briljante mislukkingen' genoemd. Programmamanagers die eerder betrokken waren bij intervisiesessies vanuit de lerende evaluatie JZOJP geven aan nog steeds behoefte te hebben aan uitwisseling. Al geven zij aan beperkte ruimte te ervaren om de geleerde lessen daadwerkelijk in de regio te kunnen toepassen. Binnen de leerregio's was er niet voldoende tijd en financiering vrijgemaakt om naast de inventarisatie ook ruimte te hebben om verbeteringen door te voeren. Respondenten geven aan dat leersessies met mensen uit dezelfde regio (of provincie) interessant kunnen zijn om elkaar beter te leren kennen. Verder stellen programmamanagers voor om ook met VWS en financiers te leren in gezamenlijke sessies, om zo gezamenlijk knelpunten in de beweging te identificeren en in gesprek te gaan over welke vervolgstappen mogelijk zijn.

Er zijn nog geen concrete oplossingen voorhanden: de vertaalslag van akkoord naar uitvoering

De vraag over hoe wij gezamenlijk verder moeten, hoe je precies de vertaalslag maakt van akkoord naar de praktijk, kwam in veel interviews naar voren. Hieruit blijkt dat er niet één antwoord is op de benodigde vervolgstappen. Bovendien blijkt uit de uitwisselsessie (zie methode in Bijlage D) dat het voor organisaties moeilijk kan zijn om een concrete vervolgstap te benoemen die in lijn is met de transformatie in zorg en ondersteuning. Daarom geven respondenten aan dat ze aanbevelen om op korte termijn juist met kleine stapjes verder te komen, hiervan te leren, en weer volgende stappen te zetten. Hierbij benoemen ze dat ze ruimte nodig hebben om anders te werken en hiervan te leren. In Tekstbox 7 is een casus uitgelicht over de ervaringen met de beweging JZOJP vanuit de wijk en lokale praktijk vanuit één leerregio. Het geeft een verdieping van het perspectief van professionals, ervaringsdeskundigen en cliënten over hoe zij gezamenlijk verder kunnen komen in het veranderproces.

“Kleine stapjes in de ontwikkelingen. Steeds weer even kijken: waar staan we dan nu en wat is dan de volgende stap? Maar steeds vanuit: wat voegt dit toe voor de cliënt en de toekomst van de cliënt? Daar moet het altijd aan gerelateerd zijn, hè, dus moet je het ook steeds weer gaan toetsen van [eh]: klopt dat nog? Klopt het ook bij ieders organisatie missie en visie, hè? Want dat is natuurlijk ook belangrijk. [eh] goed om daar even bij stil te staan.”
Bestuurder in leerregio

Voor de langere termijn geven respondenten aan dat er veranderingen in cultuur, werkwijze en processen nodig zijn. Het blijven ondersteunen en aanjagen van systeemverandering is daarbij van belang.

Tekstbox 7. Een casus uitgelicht

JZOJP in de wijk – Het functioneren en de omgeving centraal

Wat speelt er mee wanneer je het functioneren en de omgeving van cliënten centraal wilt zetten? Deze vraag is onderzocht in één van de leerregio's. Hierbij werd gezocht naar een manier om mensen met multiproblematiek die bij de huisarts komen op een passende manier te ondersteunen. Onderstaande geleerde lessen zijn gebaseerd op 26 interviews met professionals, ervaringsdeskundigen en cliënten uit de leerregio's.

Het huidige welzijnsaanbod sluit nog onvoldoende aan bij de ondersteuningsbehoeften van cliënten met multiproblematiek

Professionals, ervaringsdeskundigen en cliënten uit de leerregio geven aan dat het huidige zorg- en welzijnsaanbod nog niet altijd afgestemd is op de bredere gezondheidsbehoeften van cliënten met multiproblematiek. Vanwege de complexe en domeinoverstijgende problemen van deze cliënten is namelijk maatwerk nodig om ze goed te kunnen begeleiden. Huisartsen hebben in hun consulten vaak te weinig tijd om de problematiek achter de fysieke klachten te achterhalen en weten vaak niet goed hoe ze cliënten met multiproblematiek kunnen doorverwijzen. Bovendien is de zorg en ondersteuning voor cliënten met multiproblematiek te versnipperd georganiseerd, waardoor zowel cliënten als professionals het overzicht verliezen. Het inzetten van een casemanager die de cliënt begeleidt en het overzicht houdt zou hierbij een uitkomst kunnen bieden.

“Ja, dat denk ik wel. Dat er toch een soort van casemanagement-rol zou moeten zijn. Van: hij is probleemhouder totdat hij de patiënt heeft overgedragen aan iemand anders. En dat mag, wat mij betreft, ook zelfs voor het gesprek zijn, op basis van de papieren informatie. Maar uiteindelijk gaat het om de zorg op de juiste plek, en dat hoeft niet altijd in onze spreekkamer.”
Professional uit leerregio

Het is voor cliënten met multiproblematiek lastig om de juiste hulpvraag te stellen

Professionals en ervaringsdeskundigen ervaren dat het voor cliënten met multiproblematiek lastig kan zijn om de juiste hulpvraag te stellen. Cliënten zijn zich volgens hen niet altijd bewust dat fysieke klachten veroorzaakt kunnen worden door problemen op andere leefgebieden. Bovendien is het voor cliënten lastig direct hulp te zoeken in het sociaal domein, met als resultaat dat cliënten naar de huisarts gaan met problemen die niet alleen in het medisch domein kunnen worden opgelost. Zowel cliënten als ervaringsdeskundigen geven uit eigen ervaring aan dat het daarbij voor sommige cliënten door schaamte moeilijk kan zijn hulp te vragen en eerlijk over problemen te spreken. Dit maakt het lastig passende hulp te bieden.

“Maar het is natuurlijk ook gekoppeld aan schaamte en schuld, weet je. Vaak mensen met psychische problematiek hebben heel veel schaamte en schuld, ook cultuur gerelateerd natuurlijk. Dus misschien is het heel moeilijk voor hun om dan te zeggen van: weet je, ik zit nu met schulden of met psychische problematiek of weet ik het.”
Ervaringsdeskundige

Een casemanager kan ondersteuning bieden

Volgens professionals en ervaringsdeskundigen zou een casemanager, bijvoorbeeld een clientondersteuner zoals sommige gemeenten die (nog) kennen, cliënten met multiproblematiek kunnen begeleiden in hun zorg- en ondersteuningstraject. De meerderheid van de professionals geeft aan dat zij deze rol vinden weggelegd voor een maatschappelijk werker die werkzaam is in het sociaal domein. Zij zien de huisarts en maatschappelijk werker als een gouden duo voor het verder helpen van mensen met multiproblematiek. Om maatschappelijk werkers deze rol goed te kunnen laten uitvoeren, zijn voldoende uren met de cliënt en een uitbreiding van hun takenpakket nodig, zodat zij een netwerk kunnen onderhouden en multidisciplinaire overleggen (MDO's) kunnen organiseren.

“Ja, in de ideale situatie zit de hele functie van krachtige basiszorg gewoon geïncorporeerd in het maatschappelijk werk. Kijken die zelf als mensen bij hen komen van... Die kijken zelf met een brede blik naar de problematiek van hun cliënt. Doen ze zelf een MDO om te kijken hoe mensen het best geholpen kunnen worden, die mensen het beste verder zouden kunnen begeleiden, met welke problemen. Dat zou volgens mij het ideale plaatje in de toekomst zijn. [...] en huisartsen hebben dan regelmatig contact met de maatschappelijk werker. Dat is wel ook echt belangrijk, het krijgen van terugkoppeling.”
Professional uit leerregio

Structurele samenwerking is nodig voor passende zorg en ondersteuning

Om passende zorg- en ondersteuning te kunnen leveren die aansluit bij het functioneren en de behoeften van de cliënt, is er naast voldoende tijd met de cliënt en kennis over het zorg- en welzijnsaanbod een structurele samenwerking tussen de domeinen nodig. De meerderheid van de professionals uit beide domeinen geeft hierbij aan behoefte te hebben aan een vast team van mensen die samenwerken aan casuïstiek. Professionals van de eerstelijnszorg zouden graag meer inzet voor deze samenwerking willen vanuit de gemeente.

“Er moet meer, er moet echt commitment zijn van het sociaal domein. En dat is dan natuurlijk over het algemeen de gemeente, die ook een meerjarig commitment moet geven voor samenwerking, en daar dus ook in moet investeren. Dat betekent in uren, bijvoorbeeld voor zo'n MDO, dat daar een echt commitment moet zijn vanuit de gemeente van: ‘Wij maken die uren mogelijk, omdat wij een duurzame samenwerkingspartner moeten zijn hierin.’”
Professional uit leerregio

Professionals uit het sociaal domein willen op hun beurt graag meer samenwerken met andere professionals om zo het aantal cliënten beter te kunnen te verdelen. Door personeelstekorten, wisselingen in personeel en een gebrek aan structurele financiering en tijd is het echter lastig een goede samenwerking op te bouwen. Deze structurele, cliëntgerichte aanpak en samenwerking vraagt om een structurele en gedeelde financiering vanuit de zorgverzekeraar en de gemeenten.

“Nou, idealiter blijft die (praktijkondersteuner Krachtige Basiszorg) gefinancierd door de verzekeraars. En wat mij betreft, zou de verzekeraar daar ook best een deel van terug mogen halen bij de gemeente. En is de praktijkondersteuner Krachtige Basiszorg een casemanagementfunctie geworden, die zorgt dat de juiste zorg op de juiste plek geboden wordt. En is daarmee de werkdruk op de zorg wat lager geworden, en het werkplezier wat toegenomen, en het welzijn wat toegenomen. Maar goed, dat kost wel tijd. Dat is niet dat je dat aan het eind van dit jaar kan zeggen.”
Professional uit leerregio

5 Discussie

Deze eindrapportage geeft inzicht in de ontwikkelingen en ervaringen met betrekking tot de beweging Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP). In deze discussie vatten we de resultaten uit de drie voorgaande hoofdstukken per onderzoeksvraag samen in paragraaf 5.1. In paragraaf 5.2 plaatsen we de samengevatte bevindingen in het perspectief van (internationale) wetenschappelijke literatuur. Op basis daarvan lichten we diverse aanbevelingen uit voor beleid, praktijk en onderzoek. In paragraaf 5.3 reflecteren we op de toegepaste monitorings- en lerende evaluatiemethoden en doen we aanbevelingen voor verdere monitoring en evaluatie van een beweging als JZOJP.

5.1 Resultaten samengevat

Wat zijn de trends in uitkomsten gerelateerd aan de ambities van de beweging JZOJP?

Bestaande indicatoren bieden een gedeeltelijk en globaal beeld van landelijke, regionale en lokale trends in de belangrijkste uitkomsten waarom JZOJP begon. Het gaat om uitkomsten op het gebied van volksgezondheid, kwaliteit van zorg, zorguitgaven en kosten, werkplezier en SEGV. Op basis van deze beschikbare landelijke cijfers uit hoofdstuk 2 kunnen er echter geen sterke algemene conclusies getrokken worden over hoe de beweging JZOJP direct invloed heeft gehad op de relevante uitkomsten. Er zijn weinig duidelijke trendbreuken in de cijfers te zien. Bovendien is een trendbreuk – als daarvan sprake is – door andere invloeden zoals de COVID-19-pandemie – niet aan de beweging JZOJP toe te schrijven. Om plausibel te kunnen maken dat JZOJP een verschil maakt voor de beoogde uitkomsten, zijn er ook onvoldoende bruikbare indicatoren over kwalitatieve verbeteringen in de manier waarop zorg en ondersteuning volgens de JZOJP-principes integraal worden aangeboden. Denk hierbij aan thema's zoals continuïteit in ketens van zorg en ondersteuning, samenwerking over de domeinen heen, of (het bereik van) integrale gezondheid bevorderende strategieën.

Wel kan over een meerderheid van de categorieën voor JZOJP – volksgezondheid, kosten en welzijn van professionals – een indicator worden gebruikt om lange termijnopgaven te identificeren. Zo werd zichtbaar dat er geen duidelijke veranderingen geweest zijn in de *volksgezondheid* en *SEGV* bij het vergelijken van trends tussen de perioden voor en na het ingaan van de hoofdlijnakkoorden (1-1-2019). De trend van toenemende ervaren eenzaamheid zette zich bijvoorbeeld

onverminderd voort. Bij het domein *kosten en uitgaven* was te zien dat de jaarlijkse gemiddelde uitgaven per inwoner, sinds de ingang van de hoofdlijnakkoorden, relatief meer stegen binnen het sociale domein dan binnen de geneeskundige en langdurige zorg. De uitgaven binnen het sociale domein bleven in absolute zin echter veel lager met een schatting van gemiddelde uitgaven per persoon in het sociaal domein (welzijn, jeugdzorg en kinderopvang) in 2022 op 15 euro en geschatte gemiddelde uitgaven per persoon in het medisch domein (geneeskundige en langdurige zorg) in 2022 5.183 euro. Wat het welzijn van professionals betreft, zijn er ongunstige ontwikkelingen te zien. Daarbij is er bijvoorbeeld in vergelijking met andere branches van zorg en welzijn een opvallende stijging te zien in de werkdruk onder huisartsen en binnen gezondheidscentra.

Hoe heeft de inzet voor JZOJP zich ontwikkeld, specifiek in de vorm van domeinoverstijgende samenwerking voor JZOJP?

Vragenlijstonderzoek onder programmamanagers (in het najaar van 2023) liet zien dat veel domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) in de periode van 2017-2019, maar ook al enkele in 2000-2016, werden opgericht om zich in te zetten voor JZOJP. Inmiddels komen DSV's verspreid over heel Nederland voor. De mate waarin DSV's ervaren dat zij gezamenlijk gestelde doelen in het kader van JZOJP al wisten te bereiken is, gemiddeld gezien, nog beperkt. De indruk van programma managers is ook dat deelnemende organisaties, bijvoorbeeld qua zorgaanbod, meestal matig veranderden in overeenstemming met de ambities van de samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld op het gebied van preventie. Volgens programmamanagers is er ruimte voor het beter leren samenwerken, bijvoorbeeld met inwoners en patiëntvertegenwoordigers. In de meeste DSV's zien programmamanagers een goede basis van vertrouwen in de deelnemende partijen en een positief beeld over het leiderschap bestaan. DSV's worden vaak door de deelnemende partijen zelf aangestuurd, in plaats van door één deelnemende organisatie of een daartoe aangewezen onafhankelijk persoon of organisatie. Tot slot laten de vragenlijstresultaten relatieve beperkingen zien in de aanwending van een aantal hulpbronnen die DSV's nodig hebben om hun doelen te bereiken. Deze beperkingen gelden specifiek voor de beschikbaarheid van data en informatie, efficiënte benutting van financiële middelen en oplossingen voor structurele financiering en bekostiging van domeinoverstijgende inzet voor JZOJP.

Wat zijn de leerervaringen van lokale, regionale en landelijke betrokkenen met de beweging JZOJP?

De beweging JZOJP wordt volgens geïnterviewden uit de tien leerregio's van de Lerende Evaluatie (onder wie bestuurders en managers uit zorg en sociaal domein, managers van zorgverzekeraars, programmamanagers en zorgprofessionals) herkend als een onderdeel van een langdurige transformatie in zorg en ondersteuning. Volgens de respondenten van leerregio's en brancheorganisaties is gedurende de periode van JZOJP de samenwerking in de regio's toegenomen. Binnen enkele landelijke partijen vinden bovendien cultuurveranderingen plaats. Ook wordt het gedachtegoed van JZOJP meer opgepakt. De geïnterviewden benoemen hierbij dat er zowel landelijk als regionaal meer naar verbinding met elkaar wordt gezocht en dat zowel landelijke partijen als professionals meer bezig zijn met de vraag 'doen we het goede?'. Wat men onder dit gedachtegoed verstaat, verschilt echter ook tussen de respondenten. Zo geven meerdere respondenten aan dat de beweging nog te veel binnen het zorgdomein is gefocust en benoemen ze het gemis van een bredere blik voor de beweging van zorg naar gezondheid. Ze bevelen aan om meer te werken vanuit een integrale blik, en in verbinding met de perspectieven van onder andere inwoners en patiënten. Ook is er verwachtingsmanagement nodig in wat er van de zorg gevraagd kan worden en welke rol inwoners hierin hebben. Zo kan het door schaarste bijvoorbeeld voorkomen dat de behoeften van inwoners afgewogen dienen te worden met toegankelijkheid, kosten en kwaliteit. Een aantal structurele knelpunten, zoals financiële randvoorwaarden om budgetten te kunnen verschuiven en een gebrek aan standaarden voor gegevensuitwisseling, is nog hetzelfde als in een tussenevaluatie in 2021. Respondenten geven aan dat tijdelijke financiering en de korte termijn waarop huidige verantwoording van de akkoorden is gericht, niet aansluiten bij een langdurige transformatie. Verder vraagt de voortgang van de beweging om maatwerk per regio en geven respondenten aan stapsgewijs te ontwikkelen en hierbij ook van voorbeelden van elkaar te willen leren.

5.2 Reflectie op de resultaten

Trends in volksgezondheid en kosten/uitgaven zijn ook internationaal zichtbaar

Vanuit een internationaal perspectief zijn de ontwikkelingen in uitkomsten gerelateerd aan JZOJP binnen de categorieën Volksgezondheid en Kosten/uitgaven niet opvallend. De ervaren gezondheid van Nederlanders is (in 2021) bovengemiddeld ten opzichte van de 25 OECD-landen (OECD, 2023), maar wel met een bovengemiddeld verschil tussen de hoogste en laagste inkomensgroep. In dit onderzoek vonden we geen trendverschuiving in de mate van ervaren gezondheid of SEGV die erop wijst

dat de relatieve positie van Nederland ten opzichte van andere landen door de beweging naar JZOJP veranderd is. Wel zagen we sinds 2019 enkele veranderingen in de zorguitgaven aan zorg en ondersteuning per inwoner. De stijging die vanaf 2019 te zien was in de Nederlandse geneeskundige en langdurige zorguitgaven viel samen met de COVID-19-pandemie en was ook te zien in andere OECD-landen (OECD, 2023). Vergeleken met diezelfde landen werd er in Nederland (in 2021) een relatief klein deel van de totale uitgaven aan eerstelijnszorg, intra- en extramurale zorg en een groot deel aan langdurige zorg uitgegeven (OECD, 2023).

De beweging JZOJP was nog niet voldoende integraal

De beweging JZOJP was volgens respondenten uit de leerregio's nog niet voldoende integraal. Zo zou de beweging zich nog te veel binnen het zorgdomein hebben afgespeeld en zijn er geen structurele veranderingen doorgevoerd ten gunste van het domeinoverstijgend werken. Meerdere respondenten gaven aan dat een meer integrale insteek van de beweging, over de domeinen heen, nodig is. Dit sluit aan bij internationale voorbeelden waarbij in toenemende mate gezocht wordt naar een meer integrale en domeinoverstijgende manier van werken aan zorg en ondersteuning (Pett & Bliss, 2022; Ministry of Health, 2022). Zo krijgen integrale netwerken internationaal in toenemende mate gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de zorg en gezondheid van de inwoners (Pett & Bliss, 2022; Ministry of Health, 2022). Waar vanuit deze internationale voorbeelden, en ook vanuit enkele Nederlandse landelijke respondenten, veelal wordt gesproken over de verbinding tussen zorg en sociaal domein, zien we in de domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden in de Nederlandse regio's dat ook andere domeinen worden betrokken in de samenwerking. Bijvoorbeeld onderwijs, bedrijfsleven en de fysieke leefomgeving. Dit sluit aan bij het gedachtegoed van 'health for all policies', waarbij gezondheid gerelateerd wordt aan brede welvaart en vanuit een breder perspectief vanuit meerdere beleidsterreinen wordt gezien (RIVM, 2023b). Er wordt veel gesproken over de wens tot meer integraliteit in de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn, maar hierbij is het dus essentieel om helder te formuleren naar welke type integrale samenwerking men toewerkt en met welk doel.

Inwoners en professionals zijn nog niet voldoende betrokken in de beweging

Hoewel het centraal stellen van het functioneren van inwoners en hun omgeving een belangrijk doel was binnen de beweging JZOJP, blijkt uit hoofdstukken 3 en 4 dat er nog veel verbetermogelijkheden zijn in hoe verbinding wordt gemaakt met de perspectieven en behoeften van inwoners, patiënten en professionals. Verschillende respondenten uit

de leerregio's en brancheorganisaties namens professionals en/of inwoners gaven aan nog in mindere mate betrokken te zijn geweest bij de beweging JZOJP, zowel regionaal als landelijk. Bovendien gaven enkele respondenten aan zich bij besprekingen met betrekking tot de nieuwe akkoorden niet altijd gelijkwaardig te voelen aan tafel met grotere zorgpartijen. Het betrekken van inwoners, patiënten en professionals kan erg belangrijk zijn in de ontwikkelingen in zorg en welzijn om samen met deze perspectieven te leren hoe zorg en ondersteuning passend en anders kan worden ingericht (Beers et al., 2017; Sligo et al., 2019). Juist deze groepen kunnen een breed perspectief op gezondheid bieden en hebben zicht hoe beleid doorwerkt in de praktijk. In een eerdere handreiking zijn tien handvatten weergegeven hoe organisaties en professionals inwonerparticipatie passend kunnen faciliteren (RIVM, 2022; De Weger et al., 2022).

De beweging JZOJP dient gezien te worden als onderdeel van een langdurige transformatie van zorg naar gezondheid

Ons vragenlijstonderzoek onder domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden laat zien dat samenwerkingsverbanden voor zorg en welzijn ook voor de beweging JZOJP al opgestart waren. Bovendien reflecteerden respondenten uit de leerregio's op ontwikkelingen die zich al voorafgaand aan JZOJP hebben afgespeeld. Zij zien JZOJP inmiddels veelal als onderdeel van passende zorg, een nieuw concept binnen een grotere transformatie in zorg en welzijn. Een transformatie is een langdurig en cyclisch proces, gericht op fundamentele verandering, waarbij tijdsperiodes van 10-15 jaar worden genoemd (Geels & Schot, 2007). Hierbij wordt een nieuwe manier van werken opgebouwd en wordt uiteindelijk de 'oude' manier van werken aangepast en afgebouwd, wat kan gaan wringen met elkaar (Rotmans & Loorbach, 2009).

Het begrip dat er een langduriger beweging plaatsvindt, voorafgaand en na het programma JZOJP, is van groot belang. Zo helpt dit in de bewustwording dat de resultaten van de beweging JZOJP niet op zichzelf staan. We zien bijvoorbeeld dat er gedurende de beweging JZOJP veel is ingezet op onderlinge samenwerking en een verandering van het gedachtegoed, passend bij de transformatie van zorg naar gezondheid. Zo waren deelnemers in leerregio's in de periode van JZOJP positief over de toenemende samenwerking en het gedeelde enthousiasme voor de beweging. Dit vonden we ook terug in het vragenlijstonderzoek. Dat laat zien dat DSV's al langer lopen en goed scoren op vertrouwen in deelnemende partijen. Het ontwikkelen van samenwerking is volgens wetenschappelijke literatuur een belangrijke basis voor verdere transformatie in de zorg (Best et al., 2012; Steenkamer et al., 2020; Van Vooren et al., 2020).

Hierbij is het wel belangrijk dat samenwerking zelf niet tot doel wordt gezien, maar dat kritisch wordt gekeken hoe de samenwerking kan voorzien in het behalen van de gezamenlijke doelen (Peeters et al., 2023).

Respondenten uit de leerregio's waren echter minder positief over de snelheid van veranderingen in systeemknelpunten en structurele borging voor de transformatie. Deze belemmeringen zijn nog hetzelfde als in de tussenrapportage van 2021. Zo zijn structurele veranderingen in bekostiging, toezicht en data-infrastructuur niet ontwikkeld zoals verwacht bij de start van de beweging JZOJP. In wetenschappelijk onderzoek zien we immers ook dat betrokkenen en samenwerkingsverbanden bij het daadwerkelijk integreren en reorganiseren van zorg en ondersteuning tegen systeemgrenzen aanlopen (Van Vooren et al., 2020). Vanuit een transformatieperspectief is deze wrijving tussen de lokale en regionale ontwikkelingen, en het zorgsysteem, kenmerkend (Rotmans & Loorbach, 2009). Juist deze wrijving laat zien dat er vanuit nieuwe werkwijzen en perspectieven gewerkt wordt aan zorg en welzijn. Het vraagt een lerende houding van zowel de lokale en regionale praktijk als landelijke partijen om oplossingen te vinden bij deze wrijving.

De praktijk vraagt om ruimte voor maatwerk en vertrouwen voor transformatie van de zorg

Respondenten uit de leerregio's wensen meer vertrouwen en ruimte te krijgen vanuit landelijk beleid voor integrale ontwikkelingen in lijn met de beweging JZOJP. Door regio's werd opgemerkt dat het belangrijk is om ruimte te houden voor maatwerk binnen de verwachtingen en afspraken rondom de beweging JZOJP en het vervolg hierop. Zo proberen samenwerkingsverbanden aan te sluiten bij wat er vanuit de landelijke akkoorden wordt verwacht. Hierbij moet echter ook rekening gehouden blijven worden met de afspraken, belangen en afstemming die al eerder in het netwerk zijn gemaakt. Deze afstemming en het blijven aansluiten bij de belangen van de deelnemende organisaties is nodig, omdat er anders een risico is dat er netwerken ontstaan waarbij organisaties op papier deelnemen, maar blijven doen wat ze deden (Provan & Kenis, 2008).

Naast ruimte voor maatwerk, geven respondenten uit de leerregio's ook aan dat het gevraagde tempo en de termijn waarin vanuit landelijk beleid uitkomsten verwacht worden beter moet aansluiten bij de lange termijnopgave van de transformatie in zorg en ondersteuning. Bij uitstek in de zorg geldt dat er factoren zijn (bijvoorbeeld professionele normen, wetten en regels, zienswijzen) die sector-brede verandering bemoeilijken en tijd vragen (Scott, 2000; Best et al., 2012; Maniatopoulos et al., 2020; Waring

et al., 2022; Cattel et al., 2023). Zo zijn er bijvoorbeeld netwerken die op basis van de landelijke afspraken in de nieuwe akkoorden zoals het IZA een inhaalslag moeten maken in domeinoverstijgende samenwerking om samen te werken aan de doelen van deze akkoorden. Dit vraagt dat professionals en organisaties vanuit zorg en welzijn (en wellicht andere domeinen) elkaar leren kennen en onderling vertrouwen opbouwen (Van Vooren et al., 2020). Een proces wat veel tijd kost. Bij samenwerkingsverbanden die te snel met een talrijke en diverse samenstelling aan de slag gaan, kan de balans mogelijk doorslaan naar inefficiëntie. Dit omdat er nog geen basis is gevormd van kennis en kunde om goed met elkaar samen te werken, vertrouwen en wederzijds begrip tussen de partijen die centraal staan in de samenwerking, overeenstemming over gemeenschappelijke doelen en een passende aansturing en leiderschap (Van Vooren et al., 2020; Minotopoulos et al., 2020; Provan & Kenis, 2008). Bovendien komt uit de

resultaten van ons DSV-vragenlijstonderzoek naar voren dat huisartsen en gemeenten de twee organisatiesoorten zijn die het vaakst betrokken waren in domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden. Dit zijn echter ook sectoren die gerelateerd worden aan snel toegenomen werkdruk (huisartsen; zie hoofdstuk 2) en afnemende budgettaire ruimte (gemeenten) (BDO, 2023). We zien hierbij ook een duidelijk verband met de uitdagingen voor de huisartsenzorg en voorgestelde oplossingsrichtingen die het Nederlandse Huisartsengenootschap ziet (NHG, 2024). We vragen ons daarbij af in hoeverre mensen en organisaties binnen de huisartsenzorg en andere sectoren ruimte ervaren om te werken aan een transformatie van zorg naar gezondheid. Deze bevindingen laten zien dat het belangrijk is om rekening te houden met de lokale en regionale context en ruimte te houden voor maatwerk bij de verantwoording van de ontwikkelingen voor de transformatie van de zorg.

Aanbevelingen voor beleid en praktijk

Op basis van de resultaten die in dit rapport beschreven staan en de wetenschappelijke literatuur, komen we tot enkele aanbevelingen.

Zet in op leiderschap gericht op langdurige transformatie

Om te kunnen transformeren, is er leiderschap en een passende vorm van aansturing binnen domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden nodig, gericht op transformatie en met voldoende aandacht voor het leren en ontwikkelen. Dit vraagt van beleid om ruimte te geven aan de praktijk om hun veranderproces vorm te geven. Van de praktijk vraagt dit het lef en de welwillendheid om daadwerkelijk in te zetten op fundamentele veranderingen, zoals het reorganiseren en integreren van zorg en welzijn waar nodig. Dit vraagt van bestuurders en leiders binnen organisaties dat zij een balans weten te vinden tussen de doelen van de eigen organisatie en de collectieve doelen van integrale netwerken en systemen waarvan organisaties onderdeel zijn.

Sta open voor andere perspectieven, normen, waarden en werkwijzen in de zorg

De bevindingen in deze rapportage geven een indicatie dat de beweging JZOJP nog veelal vanuit uitgangspunten van het huidige zorgsysteem is opgepakt. Er wordt dan ook aanbevolen om meer verschillende perspectieven

een rol te geven in de transformatie van de zorg. Zo kan het organiseren van bijeenkomsten met bestuurders, professionals en inwoners bijdragen aan gezamenlijke kennis over de wensen en mogelijkheden over de vormgeving en ontwikkeling van lokale zorg en bijdragen aan onderling begrip. Ook geven inwoners en inwonerbelangenorganisaties aan graag meer betrokken te worden bij de vormgeving en ontwikkeling van lokale zorg. Hierbij is het gewenst om inwoners en inwonerorganisaties al aan het begin van het proces te betrekken. Eerder heeft het RIVM een handreiking opgeleverd over hoe inwonersparticipatie gefaciliteerd kan worden (RIVM, 2022). Ook op landelijk niveau kan het van meerwaarde zijn het perspectief van inwoners, patiënten en professionals gelijkwaardig mee te nemen wanneer gesproken wordt over transformatie van de zorg.

Realiseer een lerende houding van beleid, praktijk en onderzoek ten behoeve van de transformatie

Transformatie van de zorg gaat ook over de cultuur, normen en waarden van de gehele Nederlandse maatschappij ten opzichte van zorg en gezondheid. Vanuit een paradigma van medicaliseren wordt nu bewogen naar een paradigma van gezondheid. Dit vraagt om een lerende houding gebaseerd op lef, vertrouwen en het openstaan voor andere werkwijzen, vanuit alle lagen (lokaal, regionaal en nationaal) en domeinen die hierbij betrokken zijn.

5.3 Reflectie op de methoden

Passende indicatoren voor het monitoren van de beweging ontbreken

Onze bevindingen sluiten aan bij de internationale literatuur waaruit blijkt dat het nog niet goed lukt om alle thema's die voor integraal beleid, zoals JZOJP, belangrijk zijn te meten. Zo worden niet alle relevante thema's en gezondheid van (regionale) populaties meegenomen en zijn er te weinig metingen over langere perioden (Hendriks, 2016; Michgelsen et al., 2023). Dit laatste, een meer frequente meting van indicatoren over een langere periode, kan bijvoorbeeld bijdragen aan nauwkeurigere voorspellingen of inschattingen van beleidseffecten binnen de beweging JZOJP.

Om een beweging als JZOJP goed in kaart te kunnen brengen, is het bovendien nodig om indicatoren te ontwikkelen met een meer sector- of domeinoverstijgend karakter en meer zeggingskracht voor beleid voor JZOJP in de praktijk. Indicatoren ontbreken die inzicht bieden in structuren van relaties die organisaties en professionals vormen bij het integraal werken over de grenzen van organisaties, sectoren of domeinen heen. Voorbeelden zijn: vertrouwen (overtuigingen over hoe welwillend en capabel de ander is), doorverwijzingen of stromen van cliënten en patiënten, communicatie tussen professionals, uitwisseling van data, of kennisuitwisseling voor innovatie. Mechanismen van integraal samenwerken in netwerkverbanden die fundamenteel zijn voor beweging JZOJP, verschillen wezenlijk van mechanismen die fundamenteel zijn vanuit de gevestigde uitgangspunten van marktwerking of overheidsregulering (Powell, 1990). Een gebrek aan breder bewustzijn en kennis over netwerken als een hele andere manier om zorg en ondersteuning te coördineren kan (mede) een belangrijke oorzaak zijn dat er nog niet eerder indicatoren over samenwerking beschikbaar zijn gemaakt. Uit diverse onderzoeken blijkt het van belang om bij het monitoren en verklaren van succesvolle inzet voor JZOJP (of passende zorg) thema's over inter-organisatorische samenwerking mee te nemen (Willem & Gemmel, 2013; Blanken et al., 2023; Varkevisser, et al., 2023).

Verder blijkt uit deze rapportage dat de meest bruikbare inzichten voor de ontwikkeling van de beweging JZOJP gerelateerd zijn aan indicatoren op wijk- of buurtniveau. De verschillen in cijfers over volksgezondheid op buurt of wijkniveau (zie de tekstboxen in hoofdstuk 2) waren bijvoorbeeld veel substantiëler en daarmee relevanter voor het richten van beleid dan verschillen op gemeente- of regioniveau. Landelijk is er voor de beweging JZOJP en het vervolg IZA, mede op basis van de datagedreven Population Health Management (PHM)-benadering (WHO, 2023), aangestuurd op het maken van regiobeelden

op zorgkantoorregio-niveau. Recente analyse van de ingediende regioplannen laat echter zien dat de specificiteit van de beschreven doelen en doelgroepen in veel regioplannen nog te wensen overlaat (NZa, 2023). Om regioplannen te specificeren, kan onder andere meer worden ingegaan op wat er schuilgaat achter regiogemiddeldes en te zien waar en welke inwoners of professionals de meeste problemen ervaren. Het beschikbaar maken van representatieve gegevens of betrouwbare schattingen over kleinere gebieden vereist het opzetten van – of inbedding in bestaande – grootschalige dataverzamelingen. Bestaande grote en routinematige dataverzamelingen komen echter nog niet tegemoet aan de organisatiegrens-overstijgende aard van JZOJP.

Lerend evalueren in ontwikkeling

De lerende evaluatie JZOJP had tot doel om leervragen en inzichten kort-cyclisch te delen tussen praktijk, beleid en onderzoek. Gedurende de lerende evaluatie is dit op verschillende manieren vormgegeven. Zo zijn er leervragen opgehaald in 2020, zijn er thematafels geweest over specifieke onderwerpen en doelgroepen en is er een landelijk bestuurlijke tafel gefaciliteerd.

De wens vanuit de leerregio's voor meer interactieve uitwisseling van ervaringen, zorgde in 2021 voor een aanpassing van thematafels naar 'intervisie'-sessies waarbij programmamanagers van de betrokken leerregio's aangaven op welke thema's zij wilden uitwisselen en leren. Betrokken programmamanagers is gevraagd te reflecteren op de lerende evaluatie. De meerwaarde van deze evaluatie zat in de onderlinge uitwisseling, inspiratie en kennisoverdracht. Wel ervaren men in de eigen regio weinig ruimte om hiermee, naast de prioriteiten van alledag, zelf verder aan de slag te kunnen gaan. Programmamanagers gaven verder aan dat de verbinding tussen beleid, praktijk en onderzoek nog beter kon. Zo zouden zij graag gezamenlijk aan tafel zitten om knelpunten te bespreken en een vervolg vorm te geven.

Het kort-cyclisch leren en verbinden tussen praktijk, beleid en onderzoek kan vanuit verschillende benaderingen worden vormgegeven, namelijk ter verantwoording, instrumenteel, netwerkopbouwend/samen leren, en met een transformatie doel (Brouwers et al., 2022). Op basis van de ervaringen van de programmamanagers lijkt de lerende evaluatie JZOJP met name een instrumentele (het bieden van inzichten voor beleid en praktijk) en netwerkopbouwende rol te hebben gehad. Een transformerende rol, waarbij partijen met verschillende perspectieven gezamenlijk over knelpunten in gesprek gaan, acties formuleren en reflecteren op deze acties werd door programmamanagers nog gemist.

Het is waardevol om de mogelijkheid te onderzoeken voor een lerende evaluatie met een meer transformerend karakter, namelijk waarbij aanjaagmechanismen worden geïdentificeerd en de ondernomen acties op verschillende

niveaus worden geëvalueerd in relatie tot de transformatie-ambities. Dit wordt aanbevolen om een transformatie passend te evalueren (zie ook Huitzing et al., 2021 voor een voorbeeld van een dergelijke lerende evaluatie).

Aanbevelingen voor monitoring en evaluatie van de beweging

Zorg voor meer relevante cijfers en wees kritisch over de mogelijke vertaling van beschikbare cijfers over relevante uitkomsten in het kader van JZOJP naar beleid

Uit landelijke openbare bronnen beschikbare cijfers dragen tot op heden nauwelijks bij aan zekerheid over wat bewegingen als JZOJP als geheel (inclusief programma's ervoor en erna) betekenen voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning. Wel kunnen sommige belangrijke vragen over wat werkt, onder welke omstandigheden en hoe voor meer JZOJP/passende zorg met een kwantitatieve aanpak beantwoord worden. Zo'n vraag is bijvoorbeeld: welke combinaties van inzet en omstandigheden hangen samen met de ervaring dat DSV's hun gezamenlijk gestelde doelen bereiken? Of: welk effect heeft een integrale gezondheidsinterventie op een belangrijke uitkomst, zoals langdurige zorguitgaven of werkdruk van huisartsen? Andere vraagstukken zijn zeer moeilijk of wellicht onmogelijk met cijfers te beantwoorden, zoals naar de effectiviteit van een bepaald samenwerkingsverband of naar de causale effecten van de beweging als geheel. Het is van belang dat landelijke en regionale beleidsmakers werken aan kennis om goed te kunnen inschatten hoe en in hoeverre monitorings- en evaluatie-activiteiten relevante inzichten voor de transformatie kunnen opleveren. Dergelijke kennis voorkomt voorbarige oordelen en beleidskeuzes op basis van beperkt bruikbare beschikbare cijfers en stimuleert gerichte keuzes voor het beschikbaar maken van cijfers die wel meer inzicht en zekerheid geven over wat beleid voor JOZJP of passende zorg via (sector- of domeinoverstijgende) samenwerking oplevert.

Investeer in de beschikbaarheid van data over cruciale thema's voor JZOJP

Zowel landelijk als regionaal kan geïnvesteerd worden in het structureel verzamelen van nieuwe data of het ontsluiten van bestaande data over belangrijke thema's op het gebied van integrale zorg en ondersteuning waarvoor nog geen bruikbare indicatoren beschikbaar zijn (op basis van openbare bronnen). Mogelijkheden voor het (door)ontwikkelen van routinematige dataverzameling voor bruikbare indicatoren zijn: 1) meer aansluiten bij lokale of regionale beleids- en samenwerkingspraktijken (Peeters et al., 2024),

2) een sector- of domeinoverstijgende perspectief of reikwijdte, 3) gerichtheid op relaties en netwerken tussen betrokken actoren, of: 4) specificering voor kleinere geografische gebieden.

Vergroot bij het opstellen van (regionale) beleidsplannen de mate van nauwkeurigheid in het bepalen van doelen en doelgroepen met gedetailleerde data over (determinanten van) gezondheid en geografische verschillen

Kijk, ervan uitgaande dat voldoende gedetailleerde cijfers beschikbaar zijn (zie vorige punt), eerst op welk gebiedsniveau populatiekenmerken en uitkomsten substantieel afwijken en hoe ze met elkaar samenhangen. Komen bepaalde (combinaties van) indicatoruitkomsten die duiden op een hogere of lagere gezondheid bijvoorbeeld voor in alle wijken binnen een gemeente of regio? Of zijn er bepaalde wijken die opvallen (het gemiddelde van de gemeente of regio sterk beïnvloeden)? Het is om die reden van groot belang om sturing op cijfers altijd aan te vullen – of soms te vervangen door – sturing op basis van andere soorten gegevensbronnen, zoals verhalen van inwoners (of professionals). Dat is vooral het geval als er alleen geaggregeerde cijfers voor een gemeente, regio, of het hele land beschikbaar zijn.

Een goede leidraad voor datagedreven werken is de Population health Management (PHM)-benadering (WHO, 2023). Landelijk is er voor de beweging JZOJP en het vervolg IZA, mede op basis van de PHM-benadering, aangestuurd op het maken van regiobeelden op zorgkantoor-regioniveau. Vanuit een PHM-benadering zijn buurt en wijkdata, als alternatief voor individuele data die vaak niet beschikbaar zijn, bruikbaar om brandhaarden te identificeren en doelgroepen te onderscheiden. De recente rode draden-analyse van de NZa laat zien dat de specificiteit, bijvoorbeeld in het beschrijven van doelen en doelgroepen, in veel regioplannen nog te wensen overlaat (NZa, 2023). Ter verbetering kan meer worden ingezoomd op wat er schuilgaat achter regiogemiddeldes om te zien waar en op wie problemen het meeste van toepassing zijn. Om lokale en regionale beleidsmakers hierbij te ondersteunen, is databeschikbaarheid en inzicht in 'best practices' bij het verwerken van data over kleine gebieden (binnen een PHM-benadering) van belang.

Tot slot

Na vier jaar beweging JZOJP en met de komst van de nieuwe akkoorden en programma's, zoals IZA, volgt er ook onderzoeksmatig een ander perspectief waarin 'regionale samenwerking' centraal staat. Onze vervolgopdracht, de Lerende evaluatie Regionale samenwerking (LeRs, 2024-2027), zal zich richten op regionale samenwerking als vehikel voor de transformatie die de verschillende akkoorden en programma's beogen voor de toekomst. Het gaat daarbij om het écht reorganiseren en integreren van het aanbod van zorg en ondersteuning voor gezondheid en welzijn. De vraag die centraal zal staan is: hoe kunnen we samen leren dit daadwerkelijk anders te (gaan) doen?

Referenties

- Beers, P. J., & Mierlo, B. v. (2017). Reflexivity and learning in system innovation processes. *Sociologia Ruralis*, 57, 415-436. <https://doi.org/10.1111/soru.12179>
- BDO (2023). BDO-Benchmark Nederlandse gemeenten 2022: Tekorten nemen af, uitdagingen worden groter.
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J. E., Carroll, S., & Bitz, J. (2012). Large system transformation in health care: a realist review. *The Milbank Quarterly*, 90 (3), 421-456.
- Blanken, M., Mathijssen, J., Van Nieuwenhuizen, C., Raab, J., & van Oers, H. (2023). Examining preconditions for integrated care: a comparative social network analysis of the structure and dynamics of strong relations in child service networks. *BMC Health Services Research*, 23 (1), 1146.
- Brouwers, H., Verwoerd, L., Loeber, A., Regeer, B., Klaassen, P. (2022). Accommodating coexisting impact rationales in knowledge co-production: The case of the Natuurpact reflexive evaluation. *Environmental Science and Policy*, 137, 32-39.
- Cattel et al. (2023). Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren. *Rotterdam/Den Haag: ESHPM, Health Campus Den Haag en Expertisecentrum BUNDLE*.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity. *Health Institute of Future Studies*, Stockholm.
- De Weger, E., Drewes, H. W., Van Vooren, N. J., Luijckx, K. G., & Baan, C. A. (2022). Engaging citizens in local health policymaking. A realist explorative case-study. *PLoS One*, 17 (3), e0265404.
- Geels, F. W., & Schot, J. (2007). Typology of sociotechnical transition pathways. *Research policy*, 36(3), 399-417.
- Hendriks, R. J., Drewes, H. W., Spreeuwenberg, M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2016). Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. *Health Policy*, 120 (5), 471-485.
- Huitzing, H., Van den Broek, L., Brouwers, H., Van Dam, F., Van Eerd, M., De Hoop, E., ... & De Vries, R. (2021). Lerende evaluatie Interbestuurlijk Programma Vitaal Platteland. Samenwerken aan een vitaal landelijk gebied. Planbureau voor de Leefomgeving en VU Athena Instituut, Den Haag.
- Maniatopoulos, G., Hunter, D. J., Erskine, J., & Hudson, B. (2020). Large-scale health system transformation in the United Kingdom: Implementing the new care models in the NHS. *Journal of Health Organization and Management*, 34(3), 325-344.
- Michgelsen, J., Zonneveld, N., Tesfay, E., & Minkman, M. (2023). Measuring the Impact of Integrated Care: from Principles to Real-World Impact. *International Journal of Integrated Care*, 23 (4).
- Ministry of Health (2022). Ontario Health Teams: The path forward. Report No.: 9781-4868-6484-3.
- NHG (2024). Naar Toekomstbestendige Organisatie Huisartsenzorg: Zes kansrijke oplossingsrichtingen.
- Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. *Jama*, 327 (6), 521-522.
- NZa & ZN (2020). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg. [Rapport++Samenwerken+aan+passende+zorg \(4\).pdf](#)
- NZa (2023). Van regiobeeld naar regioplan. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_748690_22/1/
- Indicators, O. E. C. D. (2023). Health at a Glance 2023.
- Peeters, R., Westra, D., Van Raak, A. J., & Ruwaard, D. (2023). Getting our hopes up: How actors perceive network effectiveness and why it matters. *Social science & medicine*, 325, 115911.
- Peeters, R., Westra, D., Gifford, R. et al. Wie, wat, waar? De invloed van het Integraal ZorgAkkoord op bestaande regionale netwerken in de zorg. TSG Tijdschr Gezondheidswet (2024). <https://doi.org/10.1007/s12508-024-00432-2>

- Pett, W., Bliss, A. (2022). The state of integrated care systems 2021/2022. London: Integrated Care Systems Network. NHS Confederation.
- Powell, W. (1990). Neither market nor hierarchy: network forms of organization. *Research in Organizational Behavior*, 12, 295-336.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.
- RIVM (2018). Volksgezondheid toekomstverkenning: Een gezond vooruitzicht. RIVM-rapportnummer: 2018-0030. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2020). Lerende Evaluatie Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Plan van aanpak op hoofdlijnen. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2021a). Factsheet Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek: voortgang en agenda 2021. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2021b). Lerende evaluatie Juiste Zorg op Juiste Plek (update 2021). Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2022). Randvoorwaarden voor succesvolle inwonerparticipatie. Handvatten op basis van onderzoek naar de ervaringen van professionals en inwoners. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2023a). Indicatoren om de verandering naar de Juiste Zorg Op de Juiste Plek te volgen: een Delphi-studie. Bilthoven: RIVM.
- RIVM (2023b). Kennisbeeld 'Health in All Policies': verkenning vanuit internationaal, nationaal en lokaal perspectief. Bilthoven: RIVM.
- Rotmans J. & Loorbach, D. (2009). Complexity and transition management. *Journal of Industrial Ecology*, 13, 2.
- RVS (2021). Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving. Vier prioriteiten voor de nieuwe kabinetsperiode. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- Scott, W. R. (2000). Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care. University of Chicago press.
- SER (2020). Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg. Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- Sligo, J., Roberts, V., Gauld, R., Villa, L., & Thirlwall, S. (2019). A checklist for healthcare organisations undergoing transformational change associated with large-scale health information systems implementation. *Health Policy and Technology*, 8(3), 237-247.
- Steenkamer, B., Drewes, H., Putters, K., van Oers, H., & Baan, C. (2020). Reorganizing and integrating public health, health care, social care and wider public services: a theory-based framework for collaborative adaptive health networks to achieve the triple aim. *Journal of health services research & policy*, 25 (3), 187-201.
- Taskforce JZOJP (2018). Rapport 'De juiste zorg op de juiste plek'.
- Van Vooren, N. J. E., Steenkamer, B. M., Baan, C. A., & Drewes, H. W. (2020). Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management initiatives. *Health Policy*, 124 (1), 37-43.
- Van Vooren, N. J. E. (2024). The process of cross-sector collaboration for the health of local and regional populations: What works, why and in which context? [Proefschrift, Tilburg University]. The process of cross-sector collaboration for the health of local and regional populations. What works, why and in which context? – Tilburg University Research Portal.
- Varkevisser, M., Franken, F., Van der Geest, S., & Schut, E. (2023). Competition and collaboration in health care: reconciling the irreconcilable? Lessons from The Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 24 (7), 1019-1021.
- VWS (2018). Kabinetsreactie op Rapport van de Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek. Kamerstuk 29 689. Nr. 896.
- VWS (2019). Voortgangsbrief 'De juiste zorg op de juiste plek'. Kamerstuk 29 689, nr. 995.
- VWS (2021). Discussienota Zorg voor de Toekomst. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Waring, J., Bishop, S., Black, G., Clarke, J. M., Exworthy, M., Fulop, N. J., ... & Roe, B. (2022). Navigating the micro-politics of major system change: the implementation of sustainability transformation partnerships in the English health and care system. *Journal of Health Services Research & Policy*, 28 (4), 233-243.

World Health Organization. (2023). Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being: primary health care policy paper series (No. WHO/EURO: 2023-7497-47264-69316). World Health Organization. Regional Office for Europe.

Willem, A., & Gemmel, P. (2013). Do governance choices matter in health care networks?: an exploratory configuration study of health care networks. *BMC Health Services Research*, 13, 1-10.

WRR (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

september 2024

De zorg voor morgen
begint vandaag