

De Juiste
Zorg op de
Juiste Plek



Doen we samen!

Kennissyntheses

Juiste Zorg Op de Juiste Plek



Gezamenlijke oplegger

Kennissyntheses Juiste Zorg Op de Juiste Plek

Context

Ons gezondheidszorgsysteem staat onder druk. Doordat mensen steeds ouder worden en het aantal mensen met chronische ziekten toeneemt, neemt de zorgvraag niet alleen toe, maar wordt de zorgvraag ook anders (VTV, 2018). De zorgkosten stijgen, mede door deze veranderende zorgvraag, maar ook door technologische ontwikkelingen in de zorg (Lorenzoni, 2019; WHO, 2021). Bovendien is er een groeiend tekort aan zorgpersoneel (WHO, 2017). Het wordt dan ook steeds moeilijker om kwalitatief goede zorg te leveren die ook betaalbaar en toegankelijk is. Tegelijkertijd is er de vraag, of alles wat nu als ‘zorg’ geleverd wordt wel zorg is en dat moet zijn. Er is verandering nodig, een transformatie van het systeem naar een andere manier van werken waar gezondheid centraal staat. Het domeinoverstijgend samenwerken wordt gezien als een kans en ook een noodzaak om zorg te voorkomen, vervangen en verplaatsen waar nodig en toe te werken naar een meer toekomstbestendig gezondheidssysteem en een zorgzame maatschappij.

Een transformatie waar hierboven over geschreven wordt is een langdurig en complex proces, waarbij we nog niet goed weten wat de volgende juiste stappen zijn. Transformatieprocessen kunnen zo’n 10-15 jaar duren (Geels & Schot, 2007). In deze processen is het leren en ontwikkelen erg belangrijk, continu reflecterend op de vraag: doen we wel het goede en wat levert het op voor mens en maatschappij?

Het programma Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP), beschreven door de *Taskforce* JZOJP in 2018, heeft tot doel gehad om deze transformatie verder te faciliteren (*Taskforce* JZOJP, 2018). Dit programma staat niet op zichzelf. Zo is er voor deze tijd inzet geweest op substitutie van zorg, en zijn er destijds meerdere proeftuinen gevolgd in hun transformatieproces (RIVM, 2018). Naar aanleiding van ervaringen en lessen in deze tijd zijn aanbevelingen gedaan voor het programma JZOJP, namelijk: richt je meer op de behoeften van inwoners zelf, ga domeinoverstijgend samenwerken, en richt je op het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg. Inmiddels zijn er meer lessen geleerd vanuit het programma de Juiste Zorg op de Juiste Plek en andere, vergelijkbare, initiatieven in het land. De huidige akkoorden als het Integraal Zorgakkoord (IZA), Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ), kunnen op hun beurt gezien worden als een voortgang op deze lessen, als onderdeel van de grotere transformatie in zorg en ondersteuning.

Proces

Met het programma JZOJP (2018-2023) is een krachtige impuls gegeven aan het anders inrichten en organiseren van zorg en ondersteuning als een logisch vervolg van de (ook internationale) *integrated care* beweging. Domeinoverstijgende samenwerking,

samenwerken over de grenzen van zorg, welzijn, sociaal domein en andere levensgebieden heen, is daar een belangrijk bestanddeel van. Het heeft in het hele land veel (regionale) initiatieven opgeleverd waarin verschillende partijen de samenwerking opzochten. Tegelijkertijd constateert het JZOJP-Kennisplatform (waarin experts zitten die werkzaam zijn in praktijk, wetenschap en beleid) in de tweede editie van haar kennisagenda dat veel kennis over domeinoverstijgend samenwerken versnipperd is (Kennisplatform JZOJP, 2022). ZonMw heeft daarom vorig jaar namens het JZOJP-Kennisplatform opdracht gegeven om een drietal kennissyntheses te maken met als doel om de aanwezige kennis over domeinoverstijgend samenwerken samen te brengen. Het RIVM, Vilans en het Nivel zijn hiermee aan de slag gegaan. Het resultaat hiervan ligt nu voor u in de vorm van drie aanvullende kennissyntheses.

De drie kennissyntheses beogen om wetenschappelijke- en praktische kennis over drie onderwerpen *state-of-the-art* bij elkaar te brengen:

1. De doelen, inrichting en (methoden van) monitoring en evaluatie van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden: uitgevoerd door het RIVM;
2. Het organiseren van integrale gezondheidszorg op regionaal niveau (integrated care): uitgevoerd door Vilans;
3. De bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking: uitgevoerd door het Nivel.

Op elk terrein geven de kennissyntheses een globaal overzicht van de stand van zaken, welke kennis waar beschikbaar is, en hoe die van toepassing kan zijn in de praktijk. De drie kennissyntheses zijn door de drie partijen afzonderlijk, maar in nauw overleg ontwikkeld. We hebben regelmatig overleg gevoerd om tot een gezamenlijke werkwijze te komen en gebruik te maken van elkaars expertise en netwerk. Geheel in overeenstemming met het onderwerp van domeinoverstijgende samenwerking zijn de drie kennissyntheses daarmee in afstemming en samenwerking met elkaar tot stand gekomen. Deze werkwijze is goed bevallen en vormt volgens ons een mooie basis voor verdere samenwerking in de toekomst op deze kennisgebieden. De kennisontwikkeling is immers enorm in beweging, is nooit af en vraagt om goede vindbaarheid en toepassingsgerichtheid.

Deze kennissyntheses beschrijven de lessen die tot nu toe geleerd zijn rondom de Juiste Zorg op de Juiste Plek. De lessen bieden voor de praktijk voor zo ver mogelijk inzicht in wat wel en niet werkt, op een variatie aan thema's. Wij raden bijvoorbeeld coördinatoren van samenwerkingsverbanden aan om deze lessen te zien als basis voor verdere ontwikkelingen in de transformatie naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Zo kunnen deze lessen zowel door bestaande als nieuwe samenwerkingsverbanden in zorg en ondersteuning benut worden in de context van het IZA en de andere gezamenlijke akkoorden die raken aan de transformatiebeweging in zorg en ondersteuning.

Drie aanpalende onderwerpen

De kennissyntheses adresseren drie verschillende, maar aanpalende onderwerpen. In de kennissynthese van het RIVM wordt ingegaan op de doelen, inrichting en (methoden van) monitoring en evaluatie van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden, gedefinieerd als 1) een groep van drie of meer organisaties uit minimaal twee domeinen

(sociaal domein, langdurige zorg of overige zorg), met 2) de ambitie om zorg en ondersteuning te verbeteren/veranderen in een bepaald gebied in Nederland, die 3) de intentie heeft om langer dan een jaar concreet samen te werken aan de behoeften van inwoners of patiënten.

De kennissynthese van Vilans richt zich op het organiseren van integrale zorg op lokaal of regionaal niveau. We spreken van integrale zorg wanneer zorg en ondersteuning in samenhang worden georganiseerd rond een individueel persoon of groep personen (en hun sociale netwerk), waarbij grenzen tussen organisaties of domeinen geen beperking meer vormen.

Nivel adresseert in haar kennissynthese problemen die in de praktijk worden ervaren bij domeinoverstijgende samenwerking door knelpunten in het huidige bekostigingsstelsel en mogelijke oplossingen te beschrijven. Daarbij kijkt zij naar welke alternatieve bekostigingsmodellen beter aansluiten bij domeinoverstijgende zorg dan anderen.

De drie onderwerpen zijn dus nauw aan elkaar verwant en kunnen in de praktijk relevant zijn voor dezelfde beoogde doelgroepen, maar elke kennissynthese kent ook eigen accenten. Domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden zijn in essentie een organisatievorm waarmee de samenwerking tussen organisaties uit verschillende domeinen wordt gerealiseerd, terwijl integrale zorg meer gericht is op het integreren of afstemmen van verschillende soorten zorg en ondersteuning om een samenhangende benadering te bieden. Omdat samenwerking tussen verschillende domeinen vaak nodig is om integrale zorg te realiseren, bestaat er (in de praktijk) echter ook overlap. Tevens zijn voor zowel het inrichten van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden als voor het organiseren van integrale zorg, de achterliggende bekostigingsmodellen, beleidscontext en wetgeving van belang.


Leeswijzer

RIVM

In deze kennissynthese over domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) wordt eerst een algemene introductie gegeven over wat onder een DSV wordt verstaan. Na de introductie volgt een hoofdstuk over het kiezen van de juiste doelen en doelgroepen voor een DSV. Vervolgens wordt ingegaan op het proces van het inrichten van een DSV. Er worden drie fases uitgelicht overeenkomstig met waar een DSV zich bevindt in de samenwerking. Tot slot wordt informatie gegeven over het monitoren en evalueren van de samenwerking en de gestelde doelen binnen een DSV.

Vilans

Deze kennissynthese adresseert het organiseren van integrale gezondheidszorg op lokaal of regionaal niveau. Allereerst wordt integrale zorg als inhoudelijk concept behandeld. Er wordt ingegaan op integrale zorg als concept, haar kernwaarden en haar verschijningsvormen in de Nederlandse praktijk. Vervolgens wordt het organiseren van integrale zorg in de praktijk nader besproken, waaronder op welke gelaagdheden of schaalniveaus integrale zorg plaatsvindt, welke ontwikkelfases kunnen worden doorlopen en welke inhoudelijke thema's en werkwijzen kunnen worden toegepast. Er is ook aandacht voor de context waarbinnen integrale zorg wordt georganiseerd en



welke aandachtspunten daarbij van belang zijn, zoals de rol van maatschappelijke en digitale ontwikkelingen. Tot slot kunnen in het laatste hoofdstuk alle gebruikte bronnen en vindplaatsen uit de kennissynthese worden geraadpleegd, gecategoriseerd op type en vorm.

Nivel

Deze kennissynthese gaat dieper in op de bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking. Voor het ondersteunen van langdurige samenwerking tussen partijen uit verschillende domeinen binnen en buiten de zorg is het nodig om zicht te krijgen op de belemmeringen en mogelijkheden van de huidige bekostigingsmodellen en hoe deze eventueel moeten veranderen om domeinoverstijgende zorg mogelijk te maken. Nieuwe manieren van bekostiging zouden meer passend kunnen zijn om de doelen van de JZOJP te bereiken. Het gaat dan om vooral om integrale, domeinoverstijgende en populatie-bekostigingsmodellen. In deze kennissynthese brengen we in beeld wat we kunnen leren van de ervaringen van bestaande projecten en initiatieven, wat er op dit moment bekend is over de mogelijkheden en belemmeringen van de huidige bekostigingsmodellen, en welke mogelijke alternatieven er voor deze modellen zijn.

We hebben de kennissyntheses met veel genoegen ontwikkeld en hopen hiermee een bijdrage te hebben geleverd aan het beter vindbaar maken en beter benutten van de bestaande kennis in en door de praktijk. We wensen u veel leesplezier toe!

De auteurs

RIVM:

Brigitta Keij
Tessa Hulshof
Natascha van Vooren
Miel Vugts

Vilans:

Nick Zonneveld
Katie Vlaardingebroek
Maud Hoozevee
Mirella Minkman

Nivel:

Rob Timans
Anne Willems
Madelon Kroneman
Judith de Jong

Kennissyntheses

- ◆ Doelen, inrichting en (methoden van) monitoring en evaluatie van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden
- ◆ Integrale Zorg in Nederland: Hoe organiseer je dat?
- ◆ Bekostigingsmodellen voor domeinoverstijgende initiatieven in de zorg



Doelen, inrichting en (methoden van) monitoring en evaluatie van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden

11 maart 2024

Door:
Brigitta Keij
Tessa Hulshof
Natascha van Vooren
Miel Vugts



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

Inhoudsopgave

Leeswijzer	9
Algemeen	10
Theorie – Domeinoverstijgend samenwerken aan JZOJP	10
Domeinoverstijgend samenwerken in een transformatie van zorg naar gezondheid	12
Doelen en doelgroepen	14
Inrichting van het proces – fase 1	17
Start van de samenwerking	17
Inrichting van het proces – fase 2	20
Verdiepen van de samenwerking	20
Inrichting van het proces – fase 3-4	22
Verbreden van de samenwerking – reorganiseren en integreren	22
Monitoring en evaluatie	27



Leeswijzer

In deze kennissynthese over domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV) wordt eerst een algemene introductie gegeven over wat onder een DSV wordt verstaan. Na de introductie volgt een hoofdstuk over het kiezen van de juiste doelen en doelgroepen voor een DSV. Vervolgens wordt ingegaan op het proces bij het inrichten van een DSV. Er worden drie fases uitgelicht afhankelijk van waar een DSV zich bevindt in de samenwerking. Tot slot wordt informatie gegeven over het monitoren en evalueren van de samenwerking en de gestelde doelen binnen een DSV.

Algemeen

Domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden

In deze kennissynthese spreken we over ‘domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden’ (DSV). Volgens onze definitie zijn dit: drie of meer organisaties uit de zorg, langdurige zorg en/of het sociaal domein die samenwerken. Er kunnen ook andere soorten organisaties deelnemen zoals inwonerorganisaties, kennisinstellingen of bedrijven.

Een belangrijk onderdeel van de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek is domeinoverstijgend samenwerken in een gemeente of regio. De gezondheid van inwoners kan namelijk door vele verschillende factoren beïnvloed worden. Deze factoren kunnen vaak niet enkel binnen het zorgdomein opgelost worden. Samenwerking met organisaties uit andere domeinen is daarom van belang om mensen de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek te kunnen leveren. Domeinoverstijgende samenwerking gaat verder dan alleen de samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein. Ook het fysieke domein (waarin gemeenten zich richten op een leefbare, veilige en gezonde leefomgeving), private partijen, onderwijs en inwonerorganisaties kunnen een belangrijke rol spelen in de domeinoverstijgende samenwerking.

Domeinoverstijgende samenwerking is gericht op het delen en/of samenbrengen van kennis, ervaringen hulpmiddelen en werkzaamheden tussen organisaties uit twee of meer domeinen. De samenwerking wordt beïnvloed door verschillende factoren zoals taalgebruik, historie, financiën, *governance*, en wet- en regelgeving (Steenkamer et al., 2020). Domeinoverstijgende samenwerking voor zorg en gezondheid is niet nieuw; veel domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden bestaan al langer dan vijf jaar. Toch lopen deze samenwerkingsverbanden nog steeds tegen uitdagingen aan (kijk voor meer informatie over tegen welke uitdagingen samenwerkingsverbanden aanlopen naar de publicatie van [Pluut & Partners](#)). In deze kennissynthese wordt ingegaan op de volgende (kennis)hiaten over domeinoverstijgend samenwerken:

- Kennis over nieuwe organisatievormen, vormen van interprofessionele samenwerking, en dynamische netwerkzorg
- Kennis over verschillende samenwerkingsmodellen, -aanpakken en -concepten
- Verantwoording op een ander niveau inrichten (toezicht op kwaliteit en kosten van een netwerk)
- Ontwikkelen van een gezamenlijke taal tussen professionals van verschillende disciplines en achtergronden

Theorie – Domeinoverstijgend samenwerken aan JZOJP

Domeinoverstijgend werken is geen doel op zich, het is een middel om een doel te bereiken. Zo wordt domeinoverstijgend samenwerken in de context van JZOJP gezien als een belangrijke randvoorwaarde voor transformatie van zorg naar gezondheid. Domeinoverstijgende samenwerking wordt hierbij beïnvloed door vele factoren. Een

internationaal literatuur onderzoek heeft 8 factoren (en 38 sub-factoren) geïdentificeerd die een rol spelen bij domeinoverstijgende samenwerking (Steenkamer et al., 2020). Dit raamwerk heet ook wel het CAHN raamwerk (*Collaborative Adaptive Health Networks*). De factoren die van invloed zijn op de samenwerking zijn:

Tabel 1: Omschrijving van de 8 componenten van het Collaborative Adaptive Health Network raamwerk (Steenkamer et al., 2020).

Component	Begrip
Sociale krachten	Sociale krachten die op institutioneel niveau verankerd zijn bestaan uit drie soorten krachten die richtlijnen geven voor het gedrag van mensen: cultureel-cognitief (wat er in het algemeen gebeurt), normatief (wat er zou moeten gebeuren) en regulatief (wat er moet gebeuren).
Bronnen	De vraag- en aanbodzijde van hulpbronnen en de daarvoor beschikbare technologieën bij organisaties, die maken dat organisaties diensten kunnen verlenen.
Financiën	Het beheer van financiële regelingen omvat drie elementen: financiële strategieën, contractuele relaties en de contractuele reikwijdte en vereisten.
Relaties	Het proces van hoe (een nieuwe) cultuur tot stand komt op interpersoonlijk niveau bestaat uit zeven elementen: vertrouwen, bewustzijn, oplettendheid, respectvolle interactie, groepsdiversiteit, sociale- en taak-gerelateerde relaties, en de effectiviteit van communicatie.
Regelgeving	Regelgeving heeft betrekking op nationaal, provinciaal of gemeentelijk gezondheidsbeleid, bijbehorende wet- en regelgeving en politieke invloed, actuele problemen en de politieke agenda.
Markt	De lokale markt verwijst naar vier elementen die de werkrelaties beïnvloeden tussen organisaties binnen een lokale zorgmarkt (vertrouwen – wederkerigheid – respect; overeenstemming over doel en behoeften; betrokkenheid; geschiedenis van de lokale markt) en naar de structuren en dynamiek van deze lokale markt.
Leiderschap	Leiderschapsstructuren, -processen en -stijlen die ondersteuning en richting bieden aan leiderschapsontwikkeling van <i>Population Health Management</i> in organisaties en sectoren.
Verantwoordelijkheid	Processen waarbij de ene partij aan de andere partij rapporteert over haar acties of prestaties, dit kan met of zonder gevolgen, maar betreft altijd het wie, wat en hoe.

Domeinoverstijgend samenwerken in een transformatie van zorg naar gezondheid

Een transformatie van zorg naar gezondheid is een langdurig en complex proces, waarbij we nog niet goed weten welke stappen gezet dienen te worden. Een beweging als deze bestaat uit een wisselwerking tussen een afbouw van het huidige ‘regime’ (hoe nu gedacht en gewerkt wordt rondom zorg en gezondheid) en opschaling van ‘niches’ waar nieuwe manieren van werken ontwikkeld worden (Rotmans & Loorbach, 2009). Dit is geen rechtlijnig proces, maar bestaat uit continu leren.

In de context van de transformatie van zorg naar gezondheid zijn in een eerdere evaluatie 9 proeftuinen gevolgd in dit ontwikkelproces. Op basis van de ervaringen in deze proeftuinen en op basis van literatuur zijn er verschillende fasen van ontwikkeling in deze transformatie geïdentificeerd (Erickson et al., 2016, van Vooren et al., 2020), zoals 1. het creëren van gezamenlijk draagvlak voor samenwerking, 2. het verdiepen van de samenwerking (het leren over elkaars werkwijzen), en 3. het verbreden van de samenwerking met partners vanuit andere domeinen (denk aan sociaal domein, onderwijs en bedrijfsleven). Als er voldoende vertrouwen en begrip is opgebouwd, en randvoorwaarden voor domeinoverstijgend werken zijn geregeld, kan de stap worden gemaakt naar 4. het integreren en domeinoverstijgend organiseren van werkzaamheden. Aangezien een transformatie geen rechtlijnig proces is, maar een stapsgewijs en cyclisch proces, staan deze fasen niet geheel vast. Dit betekent dat je soms een fase verder kan gaan, maar soms ook een stap terug moet zetten.

Tijdens deze transformatie blijken verschillende principes belangrijk bij het domeinoverstijgend samenwerken (zie tekstbox 1). Voorbeelden hiervan zijn het creëren van een gezamenlijke visie voor de beweging van zorg naar gezondheid, inzetten op passend leiderschap, en inzet op ondersteunende financiële prikkels voor gezamenlijke doelen. In onderstaande hoofdstukken zullen we de fasen verder toelichten, met hierbij steeds enkele principes uitgelicht. Het is belangrijk om te vermelden dat alle principes in elke fase aandacht verdienen. Wil je hier meer over lezen? Ga dan naar [Leidende principes Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg](#).

Een voorbeeld: welke principes zijn belangrijk bij het domeinoverstijgend samenwerken aan een transformatie naar meer samenhangende gezondheidszorg en ondersteuning?

Uit onderzoek blijkt dat onderstaande principes van belang zijn in domeinoverstijgende samenwerking in zorg en gezondheid ([van Vooren et al., 2020; Proeftuin Toekomstbestendige zorg](#)).

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

Doelen en doelgroepen

Een gemeenschappelijke visie waar alle partijen zich in kunnen vinden is een cruciale basis voor een samenwerkingsverband. Hieronder wordt toegelicht welke doelen van belang kunnen zijn in een gemeenschappelijke visie, en hoe je een passende doelgroep kiest.



Praktijk

In een recent vragenlijst onderzoek zijn 101 DSV's bevestigd over de doelen en doelgroepen waar zij zich in hun DSV op richten. Uit het onderzoek blijkt dat bijna 9 op de 10 bevestigde DSV's zich richt op kwaliteit (één van de quintuple aims).

De meest gekozen doelen en doelgroepen zijn:

1. Kwaliteit (88%)
2. Voorkomen van zorg (85,9%)
3. Kwetsbare ouderen (81,7%)
4. Gezondheidsvaardigheden (77,4%)
5. Inwoners (76%)

De vijf doelen van de *quintuple aim* en het percentage DSV's dat zich richt op deze doelen:

1. Kwaliteit (88,1%)
2. Volksgezondheid (74,3%)
3. Welbevinden professionals (61,4%)
4. Kosten (55,4%)
5. Sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) (42,6%)

Doelgroepen genoemd in het IZA en het percentage DSV's dat zich richt op deze doelgroepen:

1. Kwetsbare ouderen (82,1%)
2. Mensen met verminderde gezondheidsvaardigheden (77,9%)
3. Mensen met psychische klachten (66,3%)
4. Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten (42,1%)
5. Mensen met (risico op) kanker (33,7%)

(Eindrapport Lerende evaluatie JZOJP, RIVM, 2024).



Kennis

Doelen: de Triple Aim

Wanneer we naar de (internationale) literatuur kijken zien we dat er bij het werken naar een toekomstbestendig zorgsysteem vaak wordt geschreven over de *Triple Aim*. De triple aim gaat over een balans tussen het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, het verbeteren van de gezondheid van de bevolking en het verlagen van de kosten van gezondheidszorg per hoofd van de bevolking (Berwick 2008). Inmiddels zijn er een

vierde (*Quadruple Aim*) en vijfde (*Quintuple Aim*) doel bijgekomen; het werkplezier van medewerkers en gezondheidsgelijkheid (Nundy et al. 2022). In de praktijk blijkt het echter moeilijk om deze doelen in balans te houden. Het nastreven van één van de doelen kan de andere doelen beïnvloeden, soms negatief en soms positief (Kokko et al., 2022). Wil je de doelen kunnen balanceren, dan kan de inzet van een *integrator* (bijvoorbeeld) belangrijk zijn; iemand die taken uitvoert om het zorg- en ondersteuningsaanbod te coördineren, integreren en reorganiseren, om zo de bevolking op alle dimensies tegelijk te helpen. Ook wordt in internationale literatuur aangegeven dat het helpend is wanneer het beleid in lijn is met deze doelen (Berwick 2008).

Bredere gezondheidsdoelen

De beweging JZOJP is gericht op de gezondheid van de populatie. Het idee over wat gezondheid inhoudt is door de jaren heen veranderd en verbreed. Gezondheid is niet alleen de afwezigheid van ziekte maar gaat ook over het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen om te gaan. Deze brede benadering van gezondheid wordt vaak 'positieve gezondheid' genoemd (Huber et al. 2011; Institute for positive health 2023). Een ander voorbeeld van een brede benadering van gezondheid is de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) van de WHO. Iemand's gezondheid is met behulp van de ICF onder te verdelen in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen enerzijds, en activiteiten en participatie anderzijds. Hiermee kan gezondheid benaderd worden vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief (WHOFIC, 2023).

Population Health Management: Data-gedreven werken en duidelijk gedefinieerde doelgroepen

Population Health management (PHM) is internationaal een geïkt begrip als het gaat om een data-gedreven aanpak om zorg en ondersteuning zo vorm te geven dat een duidelijk gedefinieerde groep gebruikers (inwoner, patiënt, of cliënt) centraal wordt gesteld (WHO, 2023). PHM is gericht op transformaties waarbij (diverse) interventies gericht worden aangeboden om beter aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep. Het richt zich op het tegengaan van ongelijkheid in gezondheid binnen gemeenschappen. PHM heeft niet per definitie een domein-overstijgend karakter, maar het centraal stellen van de gebruiker en nadruk op sociale determinanten van gezondheid impliceren dat PHM een benadering passend is voor DSV's.

PHM ligt aan de basis van de aanpak die is vastgelegd in het Integraal Zorgakkoord om per regio eerst een regiobeeld en vervolgens regioplannen op te stellen. Recentelijk zijn er nieuwe versies van regiobeelden en regioplannen opgeleverd. Daarmee is het geen garantie, maar wel cruciaal, dat PHM in dergelijke beleidsontwikkelingen adequaat wordt toegepast. De benadering kent vijf stappen: 1) het beschrijven en identificeren van de populatie, 2) het vaststellen van de gezondheidstoestand en verschillen daarin binnen de populatie, 3) het stratificeren van risico's en inschatten van de impact van interventies, 4) de juiste interventies invoeren voor de juiste doelgroep en 5) evalueren en verbeteren. PHM kenmerkt zich dus door bezinning (alvorens men begint) - met behulp van data - op het definiëren van doelen en doelgroepen naar de evident belangrijkste problemen en bronnen van ongelijkheid met betrekking tot gezondheid in een gemeenschap of populatie. Gezondheidsopgaven voor regio's zijn veelal niet uniek, want elke regio kent buurten of wijken met vergelijkbare opstapelingen van gezondheid-gerelateerde problemen, waardoor deze verschillen op regio-niveau minder

zichtbaar zijn. Wél zien we binnen de regio's variatie in gezondheidsopgaven per buurt. Een regioplan op basis van PHM zal dus zeker geen *one-size-fits-all* voor een hele regio zijn (zie hiervoor de eindrapportage Lerende Evaluatie JZOJP RIVM die in de loop van Q2 van 2024 zal worden afgerond en gepubliceerd).

Bij het data-gedreven bepalen van doelen en doelgroepen liggen diverse uitdagingen (mogelijk belemmeringen) op de loer, zoals het organiseren ervan, het aanwenden van de benodigde kennis en het omgaan met rechten op gegevensbescherming (Update 2021 LE JZOJP; de Haan et al., 2022)

Tools:



Om gezondheidsverschillen terug te dringen is het belangrijk om je te richten op de achterliggende oorzaken van deze verschillen. Daarbij is het stellen van doelen belangrijk. Deze handreiking helpt je bij het stellen van doelen bij een lokale aanpak: [Handreiking doelen stellen - Gezondin](#)



Een voorbeeld van hoe gezondheidsdoelstellingen gespecificeerd kunnen worden door loket gezond leven (RIVM): [Doelenboom | Loketgezondleven.nl](#)



Deze visual van [HealthKic](#) geeft een toegankelijke uitleg over wat het betekent om een PHM-aanpak in DSV's toe te passen. Wat is er nodig in de transformatie van zorg naar gezondheid?



[Regiobeeld.nl](#) van het RIVM kan helpen bij het vinden van relevante data om doelen en doelgroepen te formuleren.

Inrichting van het proces – fase 1

Start van de samenwerking

Wanneer een gezamenlijke visie is gekozen en het doel en de doelgroepen helder zijn start de inrichting van het proces. Hoe richt je dit proces van samenwerken in? En waar moet je op letten?



Kennis

Het opbouwen van vertrouwensrelaties en het hebben van gemeenschappelijke doelen is van belang voor het uiteindelijke succes van samenwerkingsverbanden als geheel (Provan & Kenis, 2008). Het wordt aanbevolen om tijdens de eerste fasen van de samenwerking aandacht te besteden aan wederzijdse belangen, het aangaan van relaties en het verwerven van middelen voor procesmanagement (van Vooren et al., 2020). Daarbij kan het helpen om voort te bouwen op relaties en lessen uit voorlopende initiatieven (Minderhout et al. 2023). Hieronder wordt verder toegelicht hoe ingezet kan worden op draagvlak, onderling begrip en vertrouwen, de keuze wie te betrekken in de samenwerking en de *governance*-vormen. Het is echter ook belangrijk om je al bewust te zijn dat er nog andere thema's aandacht verdienen, zoals passende financiële prikkels voor de gezamenlijke doelen, politiek draagvlak, inwonerparticipatie en afspraken rondom gezamenlijke verantwoording. Op deze website rivm.nl/lmp staan de 8 leidende principes met thema's die belangrijk zijn vanaf de start van de samenwerking toegelicht.

Draagvlak voor het gezamenlijke initiatief

Organisaties binnen een samenwerkingsverband hebben elk hun eigen belangen en doelen. Werken aan gezamenlijke doelen binnen een samenwerkingsverband kan op gespannen voet staan met afzonderlijke organisatiebelangen. Het is dus nodig dat (mogelijke) partners het belang zien van een de gezamenlijke visie. Uit de literatuur blijkt dat de volgende factoren hierbij een rol spelen: het type leiderschap, financiële prikkels zoals tijdelijke gelden of bekostigingsregels (die stimuleren om te concurreren voor omzet/volume), en het kunnen communiceren van de problematiek in de regio (RIVM, 2018).

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

Citaat uit interview in de Landelijke monitor proeftuinen Populatiemanagement (2018).

Uit eerdere casuïstiek blijkt dat visionair leiderschap bij de start van een samenwerkingsverband belangrijk is. Vooral wanneer er geen financiële prikkels zijn om gezamenlijke verantwoording te nemen. In het geval van deze casus ging het om een visionair leider die een bepaald aanzien en expertise had en de andere partijen geïnteresseerd kon maken voor samenwerking. Het maakt wel uit vanuit welke organisatie deze persoon komt, omdat er ook een basis van vertrouwen nodig is (RIVM, 2018; van Vooren et al., 2020). Bovendien is openheid over ieders belang voor de samenwerking nodig.

Onderling begrip en vertrouwen

De organisaties binnen een samenwerkingsverband hebben hun eigen taal, normen, waarden en rolverdeling. Kennis over deze verschillen draagt bij aan onderling begrip tussen de verschillende organisaties en bevordert de samenwerking. In de beginfase is het daarbij van belang dat de organisaties zich bewust worden van de verwachte en gewenste rollen ten opzichte van elkaar en de gezamenlijke visie en of ze zich bij deze visie willen aansluiten. Het is in deze fase belangrijk om te werken aan een duurzame samenwerking. Dat betekent dat er voldoende tijd en ruimte genomen moet worden om elkaar beter te leren kennen (RIVM, 2018; van Vooren et al., 2020).

“...de allerbelangrijkste leerervaring van mij is geweest dat communicatie en overleg misschien wel alles bepalend is voor het slagen. [...] als je wilt samenwerken en je communiceert met elkaar en je overziet elkaars uitdagingen en kansen, dan is er heel veel mogelijk.”

Citaat uit interview in de Landelijke monitor proeftuinen Populatiemanagement (2018).

Het betrekken van de juiste groep mensen

Uit onderzoek blijkt een stapsgewijze aanpak voor domeinoverstijgend samenwerken het meest passend. Na het volgen van meerdere samenwerkingsverbanden door de jaren heen werd duidelijk dat samenwerkingsverbanden die te snel met een brede en grote groep partners gingen werken, het eerder beschreven draagvlak en vertrouwen niet voldoende hadden opgebouwd om de samenwerking goed te laten slagen (van Vooren et al., 2020). Hoe meer mensen en organisaties betrokken worden, hoe complexer de samenwerking wordt. Maar als je minder partijen betreft kan je vertraging oplopen doordat je een belanghebbende persoon of organisatie mist. Het is dus belangrijk om een bewuste afweging te maken in wie je wanneer betreft in je samenwerking.

Uit een recente inventarisatie onder domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden blijkt dat met name huisartsen en gemeenten vaak betrokken zijn in samenwerkingsverbanden. Inwoners en patiënten zijn daarentegen in mindere mate betrokken bij het samenwerkingsverband. Wanneer wordt samengewerkt voor de gezondheid van inwoners en patiënten is het echter belangrijk om ook vertegenwoordigers van de doelgroep mee te nemen (zie hiervoor de eindrapportage Lerende Evaluatie JZOJP RIVM die in de loop van Q2 van 2024 zal worden afgerond en gepubliceerd).

Kiezen voor de juiste schaal van samenwerken

Kiezen voor de passende schaal kan vanuit verschillende invalshoeken. Je kunt bijvoorbeeld kijken naar de vragen en behoeften van de doelgroep, of naar welke kennis er nodig is om antwoorden te geven op de vragen die er zijn. In deze video hoor je hier meer over: [Kiezen voor de juiste schaal - YouTube](#)

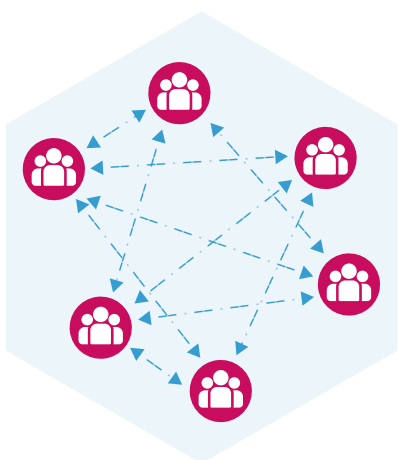


- [Lees meer in deze handreiking met 10 handvatten voor succesvolle inwonerp participatie.](#)
- [Lees meer over het beter bereiken en betrekken van mensen met verschillende achtergronden.](#)

Inrichten van het bestuur in jouw domeinoverstijgende samenwerkingsverband

Er zijn verschillende bestuursvormen die gebruikt kunnen worden in een samenwerkingsverband. Bijvoorbeeld een zelfsturend netwerk (self-governed network), een netwerk met een organisatie die de leiding neemt in de aansturing (Lead Organization), of een netwerk waarbij een nieuwe entiteit wordt opgericht om het netwerk aan te sturen (Network Administrative Organization).

Figuur 1: Zelfsturend netwerk



Een domeinoverstijgend samenwerkingsverband in een vroege fase zal vaak starten met een zogenaamd 'zelfsturend netwerk'. Hierbij zijn de netwerkdeelnemers zelf verantwoordelijk voor het beheer van de netwerkrelatie en wordt er met name gebouwd aan de samenwerking en bijbehorende vertrouwensrelaties. Deze vorm van besturen is vaak wenselijk voor netwerkdeelnemers omdat zij de volledige controle over de richting van het netwerk kunnen behouden. Een zelfsturend netwerk is het meest geschikt voor kleine netwerken van organisaties. Naarmate het aantal organisaties in het netwerk groter wordt, wordt deze vorm van besturen zeer inefficiënt. Kritieke netwerkproblemen worden genegeerd of er wordt een grote

hoeveelheid tijd besteed aan het coördineren van 10, 20 of meer organisaties. Ook ben je in deze netwerken erg afhankelijk van de betrokkenheid van een aanzienlijk deel van de organisaties binnen het netwerk (Raab & Kenis, 2009; Provan & Kenis, 2008). Voor grotere netwerken zijn andere bestuursvormen wellicht passender (bijvoorbeeld de lead organization of de network administrative organization). Deze worden verder toegelicht in 'Fase 3'.

Inrichting van het proces – fase 2

Verdiepen van de samenwerking

Wanneer er binnen een DSV is gewerkt aan de gezamenlijke visie zullen betrokken partners gezamenlijk interventies en strategieën ontwikkelen en implementeren. Uit onderzoek blijkt dat hierbij veelal eerst verdieping wordt gezocht in samenwerking binnen het eigen domein (bijvoorbeeld door samenwerking tussen de eerste en tweede lijn). Waar moet je op letten in deze fase van de samenwerking? En wat is er nodig om samen verder te komen? In deze fase lichten we enkele relevante thema's uit. Kijk op rivm.nl/lmp voor de andere thema's die aandacht verdienen in deze fase.



Kennis

Het leren kennen van verschillende werkwijzen

Na het overeenkomen van de gezamenlijke visie zullen partners op bepaalde interventies en/of thema's met elkaar samenwerken. Hierbij zien we dat zorg- en ondersteuningsprofessionals bij de uitvoering geconfronteerd kunnen worden met verschillende werkwijzen, waarden en taal. Het is daarom belangrijk dat er ingezet wordt op 1) Het leren begrijpen van de verschillen in normen, waarden en rollen tussen de partners en 2) Investeren in onderlinge interactie tussen de partners, zodat ze elkaar en elkaars werkwijzen beter leren kennen. Zo leerden we in het onderzoek van Van Vooren et al., 2020 dat wanneer huisartsen en specialisten samenwerkten ze verschillende werkstandaarden en werkwijzen opmerkten. Door meer met elkaar samen te werken en hierover te spreken kan meer begrip en onderling vertrouwen opgebouwd worden. In andere casuïstiek wordt benoemd dat het gunstig kan zijn als partners meer interactie hebben, door bijvoorbeeld op een zelfde locatie of in eenzelfde gezondheidscentrum te werken. Hierdoor leert men elkaar beter kennen.

→ *Lees meer in deze handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde waarin handvatten worden geboden voor lokale of regionale samenwerkingsafspraken.*

Het voorsorteren op de benodigde randvoorwaarden voor samenwerking

In fase twee van de samenwerking, wanneer men bewust is van de urgentie voor het samenwerken, zien we dat samenwerkingspartners zich inzetten voor de randvoorwaarden van hun samenwerkingsverband. Het is in deze fase bijvoorbeeld bovendien belangrijk dat er duidelijke afspraken gemaakt worden over de verwachtingen rondom rollen en werkwijzen op operationeel gebied. Het is ook belangrijk om met elkaar in gesprek te gaan over de randvoorwaarden voor andere bekostiging, data-infrastructuur en het betrekken van inwoners in het samenwerkingsverband. Zo blijkt uit een recente rapportage van BUNDLE dat er veel verschillende mechanismen een rol spelen bij het komen tot alternatieve bekostiging in de zorg (BUNDLE, 2023). Voorbeelden hiervan zijn het wederzijdse vertrouwen, psychologische veiligheid en beheer van samenwerkingsrelaties. Het loont om hier vast in fase 2 op in te zetten wanneer men in fase 3 tot doel heeft om alternatieve bekostigingsvormen te gebruiken.

Hetzelfde geldt voor de data-infrastructuur. Hierbij is het nodig om tijdig in te zetten op bewustwording dat een data-infrastructuur en de benutting daarvan nodig is. Dit

vereist het betrekken, nauw samenwerken met en leren van data-professionals, op het gebied van *data engineering*, *data science*, *business intelligence* of *business analyse*. Deze professionals kunnen helpen bij het omgaan met barrières en inspelen op kansen om data uit te wisselen en gebruiken. Zo kan er adequaat worden omgegaan met de bescherming van gegevensbescherming en ethische vraagstukken. Door externe factoren (bijv. ontbrekende standaarden voor gegevensuitwisseling of marktomstandigheden), vereist het realiseren van data-infrastructuur vaak dat er nieuwe of creatieve oplossingen ontwikkeld worden. In eerder onderzoek bleek het opzetten van een data infrastructuur onderschat te worden:

“En heel praktisch, als je ziet hoe ingewikkeld het is om data te verzamelen in de tweede lijn en te koppelen aan ons, dat wil je niet weten hoeveel werk en energie dat gekost heeft. [...] Ja, daar hebben wij te makkelijk over gedacht. We hebben gedacht: dat doen we wel ergens. Maar de tijd, geld en energie die daar mee gemoeid gaat hebben we dus onderschat.”

Citaat uit interview in de Landelijke monitor proeftuinen Populatiemanagement (2018).

Voor een goede inzet van data ten behoeve van de ontwikkeling van het samenwerkingsverband is het belangrijk dat de data-professional goed afstemt met de programma-manager en eventuele stuurgroep. Nog vaak krijgt een data-professional een vraag namens de programma manager of stuurgroep, die niet met de data beantwoord kan worden. Vanuit de overheid zijn wetgeving en randvoorwaarden in ontwikkeling om databeschikbaarheid te verbeteren.

Tools:



Netwerkgorg Dichtbij Wijzer: Is als handvat te gebruiken bij het ontwerp van netwerkgorg en vastleggen van de samenwerkingsafspraken die daarvoor nodig zijn. De Wijzer laat stapsgewijs zien welke beslissingen en afspraken zorgverleners, management en bestuur moeten maken om in samenwerking de juiste zorg op de juiste plek en op het juiste moment aan te bieden.



Samenwerking tussen huisarts en andere professionals: Op de website van de landelijke huisartsen vereniging staan meerdere handreikingen en leidraden voor samenwerking tussen de huisarts en andere professionals zoals bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorg of gemeente.

Inrichting van het proces – fase 3-4

Verbreden van de samenwerking – reorganiseren en integreren

Bij het verbreden van de samenwerking gaan de stakeholders aan de slag met het uitbreiden van hun netwerk over verschillende sectoren en gaan ze bezig met het reorganiseren en integreren van activiteiten. Er wordt toegewerkt naar een nieuw systeem dat gezondheid en ondersteuning in samenhang aanbiedt voor de inwoners.



Kennis

Ontwikkeling van perspectief – van zorgsysteem naar gezondheidssysteem

In deze fasen versterken stakeholders de gedeelde visie en heroverwegen de onderliggende doelen voor de regio. Zo wordt ook de publieke gezondheid meer meegenomen. Partners omarmen het systeemdenken (gezondheidssysteem) om samen doelen te bereiken. Vervolgens passen zij de onderliggende missie en doelen van de visie aan met een meer uitgebreid portfolio van domein overstijgende interventies en strategieën (RIVM, 2018).

De ontwikkeling naar een andere manier van denken, samenwerken en uiteindelijk een ander systeem (gericht op gezondheid) is een transformatiebeweging en kan lang duren. Hierbij weten we nog niet wat een passende volgende stap is. Het is dan ook belangrijk voor het netwerk om: 1) Verder te leren in het domeinoverstijgend samenwerken, en 2) Een leerstrategie in te richten om zo stap voor stap anders te leren werken (bijvoorbeeld om activiteiten over domeinen te leren integreren). Bij deze leerstrategie is het niet alleen belangrijk om de vraag te stellen ‘doen we het goed’ (gericht op het verbeteren van het bestaande systeem/idee) maar vooral ‘doen we het goede’. Uit recent onderzoek blijkt echter dat voor deze laatste vraag minder aandacht is in samenwerkingsverbanden die de ontwikkeling van zorg naar gezondheid maken.

Faciliterende randvoorwaarden – financiering, data-infrastructuur en verantwoording

In deze nieuwe fasen wordt ingezet op passende financiële regelingen om domeinoverstijgend te kunnen werken aan zorg en welzijn. Binnen een enkele actieve DSV's zien we momenteel financieringsoplossingen zoals periodieke bijdragen (bijv. contributies) of het aanstellen van personeel dat zich kan inzetten voor het DSV (bijv. een programma-manager) door de deelnemende organisaties. Met betrekking tot bekostiging zien we in sommige actieve DSV's het gebruik van nieuwe betaaltitels (nieuwe declarabele prestaties, bijvoorbeeld voor coordinatie van zorg tussen verschillende aanbieders, die men eerst ‘voor niets’ deed), meerjarencontracten (een betalingsafpraak met een langere looptijd zodat aanbieders tijd en budget kunnen aanwenden voor interne hervormingen) en alternatieve bekostigingsvormen zoals (betaling naar prestaties, shared savings, gebundelde betaling, of populatiebekostiging). Bij alternatieve bekostiging wordt zorg of ondersteuning niet betaald op basis van het aantal geleverde declarabele prestaties, maar dragen aanbieders, bijvoorbeeld met het oog op inhoudelijke (gezamenlijke) doelen, (samen) meer financiële verantwoordelijkheid. Dergelijke alternatieve vormen van bekostiging ontwikkelen en implementeren is sterk verbonden met andere facetten van domeinoverstijgend samenwerken, zoals inhoudelijke doelen formuleren, vertrouwen ontwikkelen, leiderschap, het adequaat besturen van

samenwerkingsrelaties en omgang met externe factoren ([BUNDLE, 2023](#)). Momenteel zijn er relevante ontwikkelingen met als doel om in de praktijk oplossingen te kunnen vinden voor wettelijke belemmeringen voor het financieren van domein-overstijgende activiteiten, zoals het instellen van de Specifieke Uitkering Domeinoverstijgend Samenwerken (SPUK DOS regeling) en een nieuw experiment met de invoering van een [betaaltitel voor sector- en domeinoverstijgende samenwerking](#).

Bekostiging: Voor het ondersteunen van langdurige samenwerking tussen partijen uit verschillende domeinen binnen en buiten de zorg is het nodig om zicht te krijgen op de belemmeringen en mogelijkheden van de huidige bekostigingsmodellen en hoe deze eventueel moeten veranderen om domeinoverstijgende zorg mogelijk te maken. Meer informatie over deze bekostigingsmodellen vindt u in het onderdeel van deze kennissynthesen JZOJP uitgevoerd door Nivel.

Een passende data-infrastructuur kan van grote waarde zijn om samenwerkingsactiviteiten vanuit een breder domein-overstijgend perspectief te ondersteunen. Denk hierbij aan data voor het faciliteren van primaire zorg- en ondersteuningsprocessen (bijv. het uitwisselen van patiënt- en clientgegevens), maar ook aan het (secundair) gebruik van data om stappen van PHM uit te voeren, bijvoorbeeld om doelen en doelgroepen te bepalen, uitkomsten en de invoering van interventies te monitoren, of evaluaties (incl. eventuele uitkomsten en procesevaluaties naar de impact van interventies) uit te voeren. In fase 3 is een samenwerkingsverband, mede door de inzet van data-professionals, in staat om: nieuwe data beschikbaar te stellen voor gecoördineerde zorg en ondersteuning, of data-analyses te doen naar cruciale onbeantwoorde vragen m.b.t. een passend zorg- en ondersteuningsaanbod voor de populatie.

Wanneer in een netwerk wordt samengewerkt, wordt de verantwoordelijkheid voor de eigen organisatie uitgebreid met verantwoordelijkheid over het gezamenlijke initiatief. De bestaande onzekerheden waar organisaties mee te maken krijgen worden op deze manier vergroot. Dit kan worden verminderd wanneer de stakeholders de gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen het netwerk vastleggen. Zo zien we dat vele samenwerkingsverbanden een convenant tekenen of een samenwerkingsagenda opmaken. Er mist echter nog een verantwoordingsstructuur die het hele netwerk omvat. Momenteel vindt verantwoording nog steeds plaats in de individuele organisaties, bij ieders raad van toezicht, of gemeente raad die gericht is op de verantwoordelijkheid van de individuele organisatie zelf ([Vilans, 2024](#)). Er wordt met de [governance code zorg 2022](#) al meer gericht op het niveau van samenwerkingsverbanden. Zo moeten er ook afspraken gemaakt worden over de verantwoordelijkheden in deze samenwerkingsverbanden en de gezamenlijke doelen ([Vilans, 2024](#)). Toch blijven er nog vragen hoe dit toezicht goed ingericht kan worden. Er is momenteel een onderzoek gestart naar innovatieve vormen van toezicht in organisatienetwerken om hier meer inzicht in te krijgen ([Vilans, 2024](#)).

Samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten rondom preventie voor risicogroepen

Verbreding van samenwerking gaat onder andere om het samenwerken tussen zorg en sociaal domein. Betrokkenheid en samenwerking van de financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren of gemeente) is hierbij belangrijk. Uit de evaluatie Preventie in het Zorgstelsel blijkt dat samenwerken rondom preventie voor risicogroepen tussen zorgverzekeraar en gemeente steeds normaler wordt. Gemeenten en zorgverzekeraars weten elkaar steeds beter te vinden en ze hebben meer inzicht in elkaars belangen en verwachtingen. Verder zijn gemeenten en zorgverzekeraars preventie in de afgelopen jaren meer als hun verantwoordelijkheid gaan zien. De samenwerking beslaat ook steeds grotere regio's. Het blijft daarbij wel zoeken naar een balans tussen deze regionale schaal en lokale behoeften aan maatwerk. Er zijn ook factoren die samenwerking belemmeren. Eerder benoemden we de behoefte van partijen aan blijvende financiering om samenwerking verder te faciliteren. Daarnaast blijft er behoefte aan een verdere verankering van verantwoordelijkheden in de wet, dat geeft meer duidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is (RIVM, 2022).

Het doorontwikkelen van de governance

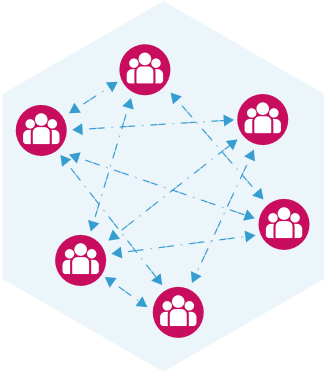

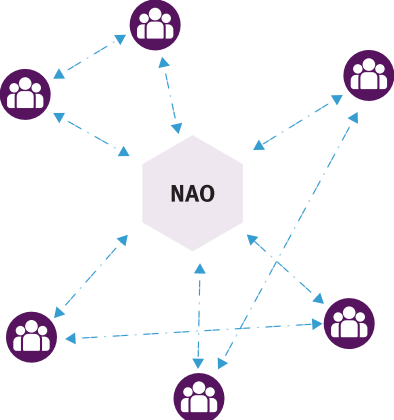
Er is inmiddels gewerkt aan een gezamenlijke visie, doelen en onderling vertrouwen. Ook worden er vanwege de verbrede visie mogelijk meer partners betrokken. Het kan in deze fasen dan ook interessant zijn om te denken aan een andere vorm van governance met een meer gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing. Op deze manier kunnen er formeel afspraken gemaakt worden over 'lastige keuzes' en verantwoordelijkheden voor organisaties worden geformuleerd. Voorbeelden van deze andere vormen van netwerkaansturing zijn een leidende organisatie (*lead organization*) of een aparte entiteit voor de sturing van het netwerk (*Network Administrative Organization - NAO*).

Bij *leidende organisatie netwerken* worden alle belangrijke activiteiten en belangrijke beslissingen op netwerkniveau gecoördineerd door één enkel deelnemend lid, dat optreedt als leidende organisatie. Het netwerkbeheer wordt dus sterk gecentraliseerd en bemiddeld, met een onevenredige verdeling van mandaat. Een leidende organisatie verzorgt het beheer van het netwerk en/of faciliteert de activiteiten van deelnemers in hun inspanningen om netwerkdoelen te bereiken. Die netwerkdoelen sluiten mogelijk nauw aan bij de doelstellingen van de leidende organisatie.

Bij een *network administrative organization* wordt een aparte administratieve entiteit opgericht om het netwerk en zijn activiteiten te besturen. Hoewel netwerkleiden nog steeds met elkaar communiceren is het NAO-model, net als het leidende organisatie-model, meer gecentraliseerd. De NAO speelt een sleutelrol bij het coördineren en onderhouden van het netwerk. In tegenstelling tot het leidende organisatie-model, is de NAO is geen deelnemende organisatie die, bijvoorbeeld, ook haar eigen diensten aanbiedt. In plaats daarvan, wordt het netwerk extern bestuurd, waarbij de NAO is opgericht, hetzij via mandaat of door de leden zelf, met het exclusieve doel van netwerkbeheer (Raab & Kenis, 2009; Provan & Kenis, 2008).

Als we kijken naar de grootte en bestuursvormen van onderzochte actieve DSV's in Nederland, dan is te zien dat hele grote netwerken (> 50 deelnemende organisaties) minder vaak (37%) zelfregulerend zijn dan netwerken met minder deelnemende organisaties (63%). We zien niet dat netwerken met een meer gecentraliseerde bestuursvorm gemiddeld al langer bestaan (zie hiervoor de eindrapportage Lerende Evaluatie JZOJP RIVM die in de loop van Q2 van 2024 zal worden afgerond en gepubliceerd).

Figuur 2: (visuele) beschrijving van de drie verschillende vormen van netwerkaansturing.

Netwerk governance	Visualisatie	Principe
Zelfsturend netwerk		Geen administratieve entiteit, participatie in netwerkmanagement door alle partijen
Leiderorganisatienetwerk		Administratieve entiteit (en netwerkmanager) is een belangrijke netwerkpartij die ook een rol heeft in het primaire proces
Netwerk administratieve organisatie (NAO)		Een toegewezen en aparte entiteit is gecreëerd om het netwerk te managen

Tools:



Dit is een verkenning naar een mogelijke data-infrastructuur ter ondersteuning van domein-overstijgende samenwerking waarbij nieuwe oplossingen zijn gevonden voor barrières, zoals het beschermen van persoonsgegevens. De ontwikkelde oplossingen worden toegepast in de regio '8RHK Gezond'.



Deze infographic van de Datawerkplaats Mentale Gezondheid Drenthe geeft meer informatie over het benodigde proces en de te zetten stappen voor het oprichten van een data-infrastructuur voor domeinoverstijgend data-gedreven samenwerken.

Monitoring en evaluatie

Als DSV's eenmaal gezamenlijke doelen hebben bepaald en activiteiten en interventies hebben lopen, dan wil men allicht graag weten: waarnaar men kijken moet om te kunnen bepalen in hoeverre en hoe samenwerkingsactiviteiten lopen zoals gewenst, de uitkomsten waar gestelde doelen betrekking op hebben veranderen en activiteiten en interventies wel of geen plausibele oorzaak zijn van die verandering.



Kennis

Idealiter komen DSV's te weten of, hoe en waarom of wat men als netwerk doet 'effect heeft op' (ofwel datgene waar betrokkenen (samen) naar streven ('uitkomsten')). Zelfs als men kan zien in hoeverre gestelde doelen bereikt worden (bijv. normwaarden die men stelt worden gehaald), dan weet men in wezen nog niet of (combinaties van) activiteiten van een DSV effectief zijn geweest. Het doel was wellicht ook behaald zonder de inspanningen vanuit het DSV, of het doel is niet behaald maar zonder de inspanningen van het DSV was de situatie nog een stuk slechter geweest. Er kan bijvoorbeeld een schijnverband bestaan tussen DSV activiteiten en het bereiken van doelen vanwege de kenmerken van de populatie (Hendriks et al. 2018).

De mogelijkheid om uitspraken over DSV-activiteiten als oorzaak van veranderende uitkomsten te onderbouwen wordt gehinderd door praktische belemmeringen om de vereiste onderzoeksmethoden uit te kunnen voeren: 1) uitkomsten te kiezen op die vanuit verschillende perspectieven van betrokkenen relevant zijn en 2) het vaak en lang genoeg observeren van uitkomsten om veranderingen te kunnen zien die werkelijk door DSV-activiteiten veroorzaakt zouden kunnen zijn (Michgelsen et al., 2023). Een mogelijk oplossing voor het eerste punt is om uitkomsten te bepalen op basis van consensus onder experts (RIVM, 2023).

Monitoren

Met 'monitoren' bedoelen we het (enkel) *observeren* van relevante indicatoren die een betekenisvol signaal zijn over de uitvoering van activiteiten en relevante uitkomsten. Observaties worden mogelijk geïnterpreteerd op basis van plausibele veronderstellingen over oorzaak-gevolg relaties. Monitoringsresultaten zijn daarvoor geen bewijs. Voorzichtigheid en diepgaande kennis van de lokale/regionale context is daarom zeer belangrijk om monitoringsresultaten goed te interpreteren en benutten.

Samenwerkingsverbanden voor gezondheid en welzijn hanteerden in het verleden veel verschillende indicatoren (m.b.t. de Triple Aim) met beperkte onderlinge overeenkomsten (Hendriks et al. 2016). De meeste indicatoren hadden betrekking op kwaliteit van de zorg. Dit staat een complete monitoring en de mogelijkheid in de weg om initiatieven voor domeinoverstijgende samenwerking te vergelijken. Bij monitoring moeten samenwerkingsverbanden dus (bewuster) naar verschillende dimensies (bijv. Triple, Quadruple, of Quintuple Aims) kijken. Ook moeten de gebruikte gegevens organisatorische grenzen overschrijden en moeten er ook indicatoren worden meegenomen die relevant zijn voor specifieke (kwetsbare) populaties. Een recent verschenen rapport op basis van een Delphi-studie beschrijft in eerdere consensusvorming onder experts over beschikbare prioriteitsindicatoren die aan deze eisen voldoen (Hendriks et al. 2016; RIVM 2023). Hieruit werd geconcludeerd dat er, in Nederland, maar beperkte openbare

databronnen beschikbaar zijn om over de grenzen van organisaties heen te kunnen kijken (RIVM 2023). Dit betekent dat samenwerkingsverbanden met een breder domein-overstijgend perspectief voor een compleet beeld (bijvoorbeeld om te leren over de wegen die gebruikers langs diverse aanbieders van zorg en ondersteuning doorlopen) zelf aan de slag moeten met het vinden en koppelen van relevante aanvullende databronnen, dat wil zeggen bronnen die landelijke organisaties zoals CBS, VNG, ZiNL, NZa en het RIVM (nog) niet (kunnen) publiceren.

Evaluëren

‘Evaluëren’ definiëren we hier als het analyseren van diverse data-bronnen (literatuur, cijfers, documenten, gesprekken, etc.) om onderbouwde uitspraken te kunnen doen over de werking (causale effecten) van interventies of combinaties daarvan. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen ‘uitkomstenevaluaties’, om te weten ‘of/in hoeverre’ interventies (kosten)effectief zijn, als ‘procesevaluaties’, om te weten ‘onder welke omstandigheden’, ‘hoe’ (via welke tussenstappen) en ‘waarom’ (door welke onderliggende mechanismen zoals typische reacties van mensen) interventies effect hebben op uitkomsten (of niet). Interventie(combinaties) en de omstandigheden waaronder deze op verschillende plekken worden ingevoerd zijn vaak in allerlei opzichten uniek. Toch zijn er meestal ook fundamentele overeenkomsten in de problemen die op verschillende plekken spelen en in de redenen waarom interventies daartegen kunnen werken (‘mechanismen’). Een voorbeeld hiervan is het doorverwijzen naar ondersteuning in het sociaal domein door professionals in de eerstelijnszorg: dit komt in allerlei vormen en *settings* voor en wordt internationaal bestudeerd onder de term *social prescribing*. Goede evaluaties benutten dergelijke generieke inzichten ook, verrijken ze, of beide. Vaak kunnen lessen worden getrokken uit eerder evaluatieonderzoek en hoeft men veel ontwikkelings- en onderzoekswerk niet opnieuw te doen. Afhankelijk van welke vragen er reesteren kunnen allerlei onderzoeken passend zijn, zoals (quasi-)experimenten of participatief actie-onderzoek.

Vanwege eerder genoemde hindernissen is er nog weinig met zekerheid te zeggen over welke (combinaties van) omstandigheden ervoor zorgen dat samenwerkingsverbanden ‘als geheel’ effectief zijn (Peeters et al. 2023). Wat signalen zijn of het met een DSV de goede kant op gaat, of wat voor factoren voorspellend zijn voor succes is onderwerp van nader wetenschappelijk onderzoek. De eerlijkheid gebiedt ook te zeggen dat het in netwerken, zoals DSV’s, onmogelijk kan zijn om de doelen van de belanghebbenden op alle ‘lagen’ (doelpopulaties en organisaties, individueel en collectief) éénduidig te realiseren (Provan & Milward, 2001).

Het is daarom verstandig om de evaluatievragen goed in te kaderen en begrenzen, bijvoorbeeld door deze te richten op afzonderlijke interventies waarover veel of cruciale vragen over effecten nog onbeantwoord zijn. De afdeling Gezond Leven van het RIVM heeft onder andere als taak het beoordelen/erkennen en benutten van erkende gezondheidsinterventies. Onafhankelijke experts uit wetenschap en praktijk beoordelen deze gezondheidsinterventies.

Tools:



De Inspiratiewijzer (2023) bevat concrete handvatten, tools en voorbeelden over hoe je integraal beleid of programma's kunt monitoren en/of evalueren. Het is een gezamenlijk product van RIVM, JOGG, Pharos, Alles is Gezondheid, Vereniging Sport en Gemeenten, ZonMw en GGD GHOR Nederland.



De Checklist 'Waar staat onze gemeente met de integrale aanpak' biedt items waarmee u kunt monitoren hoe het proces van domeinoverstijgend samenwerken bij uw integrale aanpak verloopt (Pharos, Gezond In).



Bepaal de focus met Het Vizier. Deze handreiking helpt je op weg om de focus van je monitoring en evaluatie in het vizier te krijgen. (Platform31, 2018).

Tot slot

Deze kennissynthese gaat over domeinoverstijgend samenwerken aan transformatie van zorg naar gezondheid. Er worden wetenschappelijke uitgangspunten en voorbeelden gegeven met betrekking tot het bepalen van doelen en doelgroepen, het inrichten van het proces, en monitoring en evaluatie bij domeinoverstijgende samenwerking. Deze kennisbronnen maken duidelijk dat er tijdens het samenwerken verschillende keuzes gemaakt kunnen worden, bijvoorbeeld bij het inrichten van de *governance* of een gezamenlijke data-infrastructuur. Hoe goed deze keuzes uitpakken en gestelde doelen dichterbij brengen is erg afhankelijk van de situatie van het samenwerkingsverband. Deze synthese is daarom geen rechtlijnige routekaart voor het samenwerken in een transformatie, maar laat zien welke thema's mogelijk een prominente rol spelen op verschillende momenten in het samenwerkingsproces. Belangrijk is dat er regelmatig gereflecteerd wordt op keuzes over doelen en inrichting, en dat deze ook aangepast worden naar de actuele omstandigheden.

Verantwoording kennissynthese

De kennissynthese over domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV) is gebaseerd op literatuuronderzoek, vragenlijstonderzoek en procesevaluaties. Naast de gebruikte literatuur genoemd in deze kennissynthese is er gebruik gemaakt van een in 2023 uitgevoerd vragenlijstonderzoek onder 101 DSV's. De DSV's zijn bevestigd naar de doelen en doelgroepen waar zij zich in hun DSV op richten en naar thema's als vertrouwen, financiële afspraken en *governance*. Daarnaast is onder andere gevraagd naar de ontwikkelingen in samenwerkingsprocessen en ervaren effectiviteit. Ook zijn voor deze synthese inzichten benut uit meerdere procesevaluaties van DSV's, gebaseerd op de onderzoeksprojecten: Landelijke Monitor Proeftuinen Populatiemanagement, Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel en de Lerende evaluatie Juiste Zorg Op de Juiste Plek van het RIVM.



Integrale Zorg in Nederland: Hoe organiseer je dat?

Een kennissynthese over het organiseren
van integrale zorg in Nederland

15 januari 2024

Door:

Nick Zonneveld
Katie Vlaardingbroek
Maud Hoogeveen
Mirella Minkman

In co-creatie met:

Sandra Dahmen
Annemarie Koopman
Femke de Wit
Marloes Berkelaar
Marcel Canoy



Kennissynthese integrale zorg

Het is bekend dat de Nederlandse zorg voor uitdagingen staat. Daarom is er een andere manier van denken, doen en organiseren nodig. Integrale zorg en de beweging Juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) staan voor het 1) voorkomen van zorg (preventie), 2) verplaatsen van zorg (dichtbij mensen thuis), en 3) vervangen van zorg (bijvoorbeeld door technologie). Hierbij is het van belang dat er meer naar gezondheid en leefomgeving wordt gekeken in plaats van louter naar ziekte of zorg. Het functioneren van mensen vormt hierbij het centrale vertrekpunt. Om dit te bereiken moeten we zorg en ondersteuning meer in samenhang gaan organiseren. Het organiseren van integrale zorg kan daar een belangrijke rol in spelen.

In Nederland kennen we al een lange geschiedenis in het organiseren van integrale zorg. Integrale zorg is niet nieuw. De terminologie eromheen verandert echter wel. Er bestaat een steeds breder wordende kennisbasis op gebied van integrale zorg, zowel nationaal als internationaal. Toch lopen we in de praktijk nog steeds tegen uitdagingen aan, want het realiseren van integrale zorg is complex. In deze kennissynthese gaan we in op de volgende vragen:

1. Wat is de huidige stand van kennis in het organiseren van integrale gezondheidszorg, gebaseerd op zowel praktijk als wetenschappelijk onderzoek?
2. Hoe kan deze kennis worden vertaald naar praktische handvatten voor de praktijk?
3. Waar is deze kennis beschikbaar?
4. Welke kennishiaten zijn er?

‘Voor sommige problemen, en zeker hier in deze regio waar mensen heel erg ongezond zijn, moet je gewoon samenwerken. Dat moet je wel op een slimme manier doen, dus maak gebruik van de kennis die er is... Iedereen is nu ook een beetje met hetzelfde bezig, dus stap één zou kunnen zijn: Probeer ook daar de kennis te synthetiseren.’

Citaat uit een interview met een zorginkoper, 2023

Leeswijzer

De kennissynthese is als volgt opgebouwd:



Integrale zorg als concept

Als eerste behandelen we integrale zorg als inhoudelijk concept. Wat verstaan we onder integrale zorg? Welke waarden spelen een rol en welke verschillende verschijningsvormen zijn er?



Integrale zorg als proces

Vervolgens gaan we in op hoe integrale zorg in de praktijk georganiseerd kan worden. Op welke lagen vindt het plaats? Welke fases kun je als samenwerking doorlopen? En ook: welke inhoudelijke thema's verdienen aandacht?



Integrale zorg in context

In dit blok gaan we in op de omgeving waarbinnen integrale zorg wordt georganiseerd en welke aandachtspunten daarbij van belang zijn. We gaan in op de rol van wetgeving, maar ook van maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de arbeidsmarkt en de opkomst van zorgzame gemeenschappen.



Kennis over integrale zorg

Als laatste bespreken we de kennishiaten die we tegen zijn gekomen, doen we aanbevelingen en beschrijven hoe deze kennissynthese tot stand is gekomen. In de 'Bibliotheek' staan alle gebruikte bronnen en vindplaatsen uit de kennissynthese die je kan raadplegen. Deze zijn gecategoriseerd op type en vorm: praktische tool, video, wetenschappelijk artikel, et cetera.

Praktische toepasbaarheid

Deze kennissynthese is primair bedoeld voor mensen die in de praktijk bezig zijn met het organiseren van integrale zorg: projectleiders, programmamanagers, kwartiermakers of beleidsmedewerkers. De kennissynthese besteedt per onderwerp aandacht aan:



Kennis

Een introductie en informatie op basis van kennis (wetenschappelijk en grijze literatuur).



Praktijk

Uitgewerkte praktijkvoorbeelden en praktijklessen.



Tools

Praktische kennisproducten die je direct kunt toepassen in de eigen praktijk.



Tips

Advies, vragen en aanbevelingen om mee te nemen.

Inhoudsopgave

Kennissynthese integrale zorg	31
Leeswijzer	32
Praktische toepasbaarheid	32
1 Het concept	35
Het concept integrale zorg	36
Wat is integrale zorg en waarom is het belangrijk?	36
Definitie van integrale zorg	36
Kernwaarden van integrale zorg	38
Integrale zorg in de praktijk	40
2 Het proces	43
Het proces	44
Hoe organiseer je integrale zorg?	44
Integrale zorg op verschillende lagen	44
Integrale zorg ontwikkeling in fases	48
Integrale zorgthema's	50
Thema 1. Persoonsgerichte zorg organiseren	52
Thema 2. Interprofessioneel samenwerken	54
Thema 3. Kwaliteit en governance	57
Integrale zorg vertalen naar de eigen context	60
3 De context	63
De context	64
Welke rol speelt de bredere context in het organiseren van integrale zorg?	64
Beleid en wetgeving	65
Arbeidsmarkt	67
Digitalisering	70
Zorgzame gemeenschappen/lokale initiatieven	72
Onderweg naar vernieuwing	75
Integrale zorg organiseren: Conclusie	76

4 De kennis over integrale zorg	78
Kennishiaten en aanbevelingen: Hoe nu verder	79
Kennishiaten	79
Aanbevelingen	80
De kennis over integrale zorg: Verantwoording	82
Bibliotheek	83
Praktijkvoorbeelden en best practices	83
Factsheets en wegwijzers	83
Reflectietools (voor gesprekken)	84
Artikelen en tips	84
Video's	85
Onderzoeksrapporten	85
Richtlijnen	85
Wetenschappelijke literatuur	86



Het concept

Wat is integrale zorg en waarom is het belangrijk?

Het concept integrale zorg

Wat is integrale zorg en waarom is het belangrijk?

Integrale zorg is een begrip dat vaak wordt gebruikt wanneer afstemming en coördinatie tussen verschillende soorten zorg en ondersteuning wordt bedoeld. Echter, als concept of term betekent het veel meer. Integrale zorg gaat uit van een fundamentele andere manier van kijken en organiseren dan hoe ons reguliere zorgstelsel is ingericht. Het start bij wat mensen (en hun naasten) nodig hebben en hoe dat met elkaar samenhangt. Vervolgens richt het zich op het in samenhang zorg en ondersteuning organiseren daaromheen, in de breedste zin van het woord. Dat gaat dan om meer dan alleen zorg, maar ook over hoe er vanuit ‘zorg’ verbinding naar andere levensdomeinen en de persoonlijke context wordt georganiseerd.

Goed georganiseerde integrale zorg kan leiden tot meer werkplezier bij professionals, snellere en efficiëntere zorg en zorgontvangers die zich meer gehoord en gezien voelen, bijvoorbeeld in de ouderenzorg. In dit blok van de kennissynthese bespreken we de **definitie en betekenis** van integrale zorg als concept, de **kernwaarden** van integrale zorg, de verschillende **verschijningsvormen in de praktijk** van integrale zorg.

Definitie van integrale zorg

Onze regels en systemen nemen van oudsher nog vaak organisaties en domeinen als uitgangspunt. Bij het organiseren van integrale zorg vormen **de mensen met een zorg- en ondersteuningsvraag** en hun sociale netwerk het uitgangspunt. We zien integrale zorg dus als benadering waarbij zorg en ondersteuning in samenhang worden georganiseerd rond een individueel persoon of groep personen (en hun sociale netwerk), waarbij grenzen tussen organisaties of domeinen geen beperking of uitgangspunt meer vormen (Kaehne & Nies, 2021; Minkman, 2017; Amelung, 2017; WHO, 2015; Spreeuwenberg, 2002). Het draait om een soepel samenspel tussen alle betrokkenen in iemands zorgproces, zowel professionals als mensen uit iemands sociale netwerk (Glimmerveen et al. 2020). Dat zorgproces is vervolgens onderdeel van iemands leven en persoonlijke context. Integrale zorg gaat dus ook over zorg en ondersteuning in deze context zien en organiseren.

Hiermee benaderen we het concept integrale zorg nadrukkelijk breder dan slechts het zorgdomein. Een mens is immers meer dan diens ziekte of aandoeningen (Minkman, 2017). De behoeften van mensen kunnen dus ook gaan over welzijn, sociaal domein, wonen of fysiek domein. Voor de leesbaarheid van deze synthese hanteren we de (ook internationaal gebruikte) term ‘integrale zorg’, maar deze dekt dus in letterlijke zin niet de bedoelde lading.

Integrale zorg verwijst dus naar een andere manier van kijken en werken. In zowel de praktijk als de wetenschap wordt echter regelmatig verschillende terminologie gehanteerd. Een literatuurstudie (Armitage et al., 2009) legde **175 overlappende definities** bloot, waaronder ‘geïntegreerde zorg’, ‘netwerkzorg’, ‘persoonsgerichte zorg’, ‘transmurale zorg’, ‘coordinated care’, et cetera. Waar sommige van deze definities generiek zijn, lichten andere juist weer specifieke aspecten uit (Goodwin et al., 2017).

Een zorgprofessional gaf terug in een interview: ‘De term “integrale zorg” gebruiken wij eigenlijk niet (...) Die is, denk ik, bij ons in de ziekenhuizen niet het meest top of mind.’ De spraakverwarring heeft mede te maken met de verschillende verwachtingen en perspectieven die de betrokkenen bij integrale zorg hebben. Ook zijn het tijdsbeeld, de beleidscontext en internationale trends van invloed op de gebruikte terminologie. Shaw en collega’s (2011) geven hier een overzicht van in onderstaand kader. De perspectieven weerspiegelen de veelzijdigheid van opgaven die integrale zorg met zich meebrengen. Deze punten demonstreren de complexiteit, omdat deze integrale werkwijzen vaak niet aansluiten bij hoe de zorg oorspronkelijk is ingericht, hoe professionals zijn opgeleid en hoe wet- en regelgeving functioneert.

Kortom, aan de hand van deze inzichten kunnen we stellen dat integrale zorg:

- een manier van denken en organiseren is;
- om verschillende stakeholders en betrokkenen vraagt;
- vanuit verschillende perspectieven bekeken moet worden, en;
- een samengesteld pallet aan interventies en activiteiten vergt

Verschillende perspectieven op integrale zorg

1. **Hulpvrager, mantelzorger, sociaal netwerk**
Soepele toegang tot verschillende soorten zorg en ondersteuning.
2. **Aanbieders van zorg en ondersteuning**
Het coördineren van zorg en ondersteuning over professionele organisatie- en domeingrenzen.
3. **Zorgprofessionals**
Samenwerken met andere professionals aan een soepel en gecoördineerd aanbod
4. **Bestuurders en managers**
Afstemmen met andere organisaties en toezicht houden op kwaliteit en de inzet van middelen.
5. **Beleidsmakers**
Ontwikkelen van beleid, wetgeving en financiering die samenwerken en integratie mogelijk maken.
6. **De (zorgzame) gemeenschap**
Het mede helpen vormgeven van zorg en ondersteuning op lokaal niveau.

(Bewerking van Shaw et al., 2011)

Definitie:

Wij spreken van integrale zorg wanneer zorg en ondersteuning **in samenhang** worden georganiseerd rond een individueel persoon of groep personen (en hun sociale netwerk), waarbij grenzen tussen organisaties of domeinen geen beperking meer vormen.



Praktijk

Het netwerk *Jonge mensen met dementie* Midden Brabant heeft ervaring opgedaan met het waardenspel voor integrale zorg van Vilans. De deelnemers hebben afgesproken dat het netwerk twee keer per jaar aandacht besteedt aan gezamenlijke waarden. Het regioteam van het netwerk ging dieper in op de waarden en wat deze betekenen voor de netwerkstructuur in 2022. Zo keken ze bijvoorbeeld hoe zij de gezamenlijke waarde ‘efficiënt’ concreet kunnen maken. Het management ziet namelijk graag dat het netwerk efficiënt is en resultaat heeft. Om dit inzichtelijk te maken houdt bijvoorbeeld de talentmakelaar een dagboekje bij waarin zij schrijft wat het programma VergetenTalent oplevert voor de cliënt en mantelzorger. Ook wil het netwerk de resultaten op de website van zorgnetwerk Midden Brabant zetten. Zo blijkt: netwerkontwikkeling heeft een structuur- en een cultuurkant. En beiden zul je in samenhang aandacht moeten geven voor de netwerkontwikkeling. Waarden kunnen helpen om sturing te geven aan dit proces. Wil je meer lezen? Klik [hier](#).

Kernwaarden van integrale zorg

Integrale zorg is een containerbegrip, toch wordt de basis van integrale zorg onderbouwd door een reeks kernwaarden. Een systematische literatuurstudie, gevolgd door een Delphi consensus studie (Zonneveld et al., 2018; 2020) identificeerde **18 waarden** die integrale zorg onderbouwen. Deze zijn te vinden op de volgende bladzijde. De waarden zijn ook internationaal herkend. Integrale zorg heeft als concept dus wel een gemeenschappelijke basis, maar geen eenduidige verschijningsvorm.

Bij het organiseren van integrale zorg spelen deze waarden vaak (impliciet) een rol. Ze kunnen helpen bij de bepaling van een **gemeenschappelijke koers**. Soms zijn ze echter ook tegenstrijdig of onverenigbaar in de praktijk. Bij het organiseren van integrale zorg is het daarom van belang om bewust te zijn van de waarden die verschillende mensen en organisaties kunnen hebben, en de mogelijke spanningen die tussen deze waarden bestaan. Door hierover in gesprek te gaan, begrijpen verschillende betrokkenen elkaar beter. Waarden kunnen op deze manier, mits ze worden geëxpliciteerd en verwoord, een **gezamenlijke taal** en houvast vormen. Ook kunnen ze duidelijk maken welke **diversiteit** er (nodig) is tussen (samenwerkings)partners of betrokkenen en of er tot besluitvorming gekomen kan worden om verder te komen. Dit wordt geïllustreerd door onderstaande tool en praktijkvoorbeeld (o.a. Kaehne & Nies, 2021).

Tool:



Wil je de samenwerking in jouw zorgnetwerk verbeteren? Ontdek dan welke waarden de partners hebben en welke gedeelde waarden voor het netwerk belangrijk zijn. Immers, gedeelde waarden zijn een goede basis voor samenwerking, botsende waarden kunnen tot knelpunten leiden. Gebruik hiervoor de **Waardenkaart: verbeter de samenwerking (vilans.nl)**

**Tips:**

- Breng in kaart welke waarden belangrijk zijn voor de betrokkenen en voor de organisaties die ze vertegenwoordigen. Hoe komen deze waarden terug in de gesprekken en beslissingen die genomen worden?
- De waarden waaruit mensen handelen spelen ook mee in het hebben van verschillende communicatiestijlen en samenwerkingsverwachtingen. Zit je in een samenwerking die niet lekker loopt? Kijk naar verschillen in waarden en bespreek deze om er een positieve draai aan te geven.

Tabel 1: Waarden van integrale zorg, gebaseerd op Zonneveld et al. (2018; 2020).

Waarde	Omschrijving
Samen	Opbouwen en onderhouden van goede (werk)relaties tussen gebruikers, hun families, professionals en organisaties – door samen te werken door sectoren heen, in netwerken, teams en gemeenschappen.
Gecoördineerd	Verbinding en afstemming tussen gebruikers, hun families, professionals en organisaties in het zorgnetwerk, om een gemeenschappelijke focus te bereiken die passend is bij de behoeften van unieke personen.
Transparant gedeeld	Transparant delen van informatie, beslissingen, gevolgen en resultaten, tussen gebruikers, hun families, professionals, aanbieders, commissarissen, financiers, beleidsmakers en de maatschappij.
Versterkend	Het ondersteunen van het vermogen en de verantwoordelijkheid van mensen om te bouwen op hun kracht, hun eigen beslissingen te nemen en hun eigen gezondheid te regelen, afhankelijk van hun behoeften en capaciteiten.
Compleet	Gebruikers en hun families worden voorzien van een compleet aanbod aan diensten en middelen die zijn ontworpen om te voldoen aan hun veranderende behoeften en voorkeuren.
Coproductie	Het betrekken van gebruikers, hun families en gemeenschappen bij het ontwerpen, implementeren en verbeteren van diensten, door middel van partnerschappen, in samenwerking met professionals en aanbieders.
Gedeelde verantwoordelijkheid	Het erkennen dat meerdere actoren verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en uitkomsten van zorg, gebaseerd op gezamenlijk eigenaarschap van acties, doelen en doelstellingen, tussen gebruikers, hun families, professionals en aanbieders.
Doorlopend	Diensten die consistent, coherent en verbonden zijn en gedurende hun hele levenscyclus tegemoetkomen aan de behoeften van gebruikers.
Holistisch	Gebruikers en hun families staan centraal, met aandacht voor de persoon, gericht op fysieke, sociale, socio-economische, biomedische, psychologische, spirituele en emotionele behoeften.
Persoonsgericht	Het waarderen van mensen door persoonlijke contact en relaties op te bouwen en te onderhouden, om ervoor te zorgen dat diensten en communicatie zijn gebaseerd op de unieke situaties van gebruikers en hun families.

Waarde	Omschrijving
Respectvol	Het behandelen van mensen met respect en waardigheid, met bewustzijn van hun ervaringen, gevoelens, percepties, cultuur en sociale omstandigheden.
Onderlinge verwevenheid	Rekening houdende met onderlinge verwevenheid en verbondenheid, realiserende dat veranderingen in een deel van het systeem andere delen kunnen beïnvloeden.
Flexibel	Zorg die snel en effectief kan veranderen, inspeland op de unieke, veranderende behoeften van gebruikers en hun families, zowel binnen teams als organisaties.
Preventief	Met nadruk op het bevorderen van gezondheid en welzijn en het vermijden van crises, met tijdige signalering en actie door en met gebruikers, hun families en gemeenschappen.
Wederkerig	Zorg is gebaseerd op wederzijds afhankelijke relaties tussen gebruikers, hun families, professionals en aanbieders, en faciliteert coöperatieve, wederzijdse uitwisseling van kennis, informatie en andere bronnen.
Vertrouwen	Het mogelijk maken van wederzijds vertrouwen tussen gebruikers, hun families, gemeenschappen, professionals en aanbieders, in en tussen teams.
Effectief	Ervoor zorgen dat zorg zo ontworpen is dat de uitkomsten gezondheidsresultaten, kosten, gebruikerservaring en medewerkers ervaring dienen.
Efficiënt	Zo verstandig mogelijk omgaan met middelen en dubbel werk voorkomen.

Integrale zorg in de praktijk

In de Nederlandse praktijk bestaat er een brede diversiteit aan initiatieven op gebied van integrale zorg. Integrale zorg initiatieven zijn op **verschillende schaal** georganiseerd: groot of klein, informeel of formeel, op buurtniveau of juist op landelijk niveau (Minkman, 2020; Kaehne & Nies, 2021). Ook kunnen we ten aanzien van doelgroep en schaal verschillende ordeningskaders onderscheiden:

- 1. Geografie: Integrale zorg gericht op gebied of populatie**
 Zorg en ondersteuning in de (bijna) volledige breedte voor alle personen die binnen een geografisch gebied wonen. Bijvoorbeeld: sociale wijk- en buurtteams en ambities binnen een regioplan voor het Integraal Zorgakkoord (IZA). Wil je meer weten over specifiek populatiemanagement in domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden? Dan kun je dat lezen in de kennissynthese van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- 2. Diagnose: Integrale zorg gericht op mensen met een bepaalde ziekte of aandoening**
 Zorg en ondersteuning voor mensen met specifieke diagnoses. Bijvoorbeeld: CVAnetwerken, diabetes netwerken, COPD-ketens, netwerken dementie, hoog-specialistische zorg.
- 3. Demografie: Integrale zorg gericht op leeftijd of levensfase**
 Zorg en ondersteuning voor groepen gebaseerd op leeftijds categorie. Bijvoorbeeld: Jeugdzorg, Netwerken ouderenzorg of integrale geboortezorg.

4. Persoons- en groepskenmerken: Integrale zorg gericht op specifieke groepen mensen

Zorg en ondersteuning voor alle mensen die zich identificeren binnen een bepaalde groep of waar specifiek beleid op gericht is. Bijvoorbeeld: integrale zorg en ondersteuning voor daklozen of herstelgerichte zorg bij psychische vraagstukken.

Het is belangrijk om je van deze verschillende ordeningskaders bewust te zijn, omdat dit implicaties heeft voor het organiseren van integrale zorg. Een integraal buurtteam krijgt met andere contextuele factoren, spelers en soorten professionals te maken en daarmee andere opgaven en schaalniveaus, dan bijvoorbeeld een keten voor de longziekte COPD. Omdat integrale zorg voornamelijk plaatsvindt bij mensen thuis en minder intramuraal binnen de muren van een instelling, valt in de praktijk op dat er minder bekend is over hoe integrale zorg wordt georganiseerd in de Gehandicaptensector (GHZ) of Verpleeg- en Verzorgingshuizen (VVT).



Voorbeeld 1: Netwerken dementie

Dementie Netwerk Nederland richt zich op het organiseren van integrale zorg rondom de specifieke ziekte, dementie. In Nederland zijn tientallen regionale dementienetwerken actief. In deze samenwerkingsverbanden werken professionals met elkaar aan goede zorg en ondersteuning voor mensen met dementie. Daarbij wordt door een regionale aanpak van zorg en ondersteuning verbonden met de landelijke ontwikkelingen en beleid. Meer weten? Lees [hier](#) verder.



Voorbeeld 2: Sociale wijkteams

Gemeenten zetten sociale wijkteams in om de zorg en ondersteuning dichtbij huis te organiseren. Het bieden van passende zorg en ondersteuning (maatwerk) is de belangrijkste doelstelling die gemeenten aan (wijk)teams meegeven. Daarbij is het de opgave voor sociale wijkteams om meer preventief en outreachend te werken, waarbij professionals van sociale wijkteam, sociaal werk en gemeenten goed aansluiten op activiteiten van bewoners. Meer weten? Lees [hier](#) verder.



Voorbeeld 3: Integrale zorg en ziekenhuizen

‘Waar wij vanuit Ziekenhuis X veel inspanningen voor hebben verricht, is voor het verplaatsen van de zorg naar dichtbij huis, vanuit het ziekenhuis (...) Dan moet je denken aan oncolytica en antibiotica. Dat doen wij samen met de thuiszorg. We hebben ook wijklocaties. Dus dat zijn niet onze locaties, maar van de thuiszorgorganisaties waar wij mee werken. Eigenlijk kunnen zij daardoor net zo efficiënt werken als wij normaliter in het ziekenhuis kunnen. Omdat je natuurlijk toch van huis naar huis moet reizen als thuiszorgverpleegkundige, clusteren wij, of eigenlijk zij, die patiënten zodat ze dat toch goed kunnen organiseren en bemensen.

We hebben getwijfeld over de meerwaarde voor de patiënt ten opzichte van naar het ziekenhuis komen. Maar dat blijkt er wel te zijn, want de wijklocaties hebben een huiskamerachtige setting en dat maakt dat patiënten minder het gevoel hebben dat ze nog steeds in een ziekenhuissfeer verkeren. En ook bijvoorbeeld qua parkeren vinden ze het prettig dat ze dat niet bij het ziekenhuis hoeven te doen, maar op een rustigere en gratis plek. En dat ze, bijvoorbeeld, ook niet hun huis hoeven op te ruimen voor de komst van een thuiszorgverpleegkundige. Dat is winst die je, ja, dan niet direct bedenkt. Daarnaast komen mensen toch even in beweging om naar die buurtlocatie te gaan. Dat is een vorm van integrale zorg die start in het ziekenhuis, waarbij er vervolgens altijd wel laagdrempelig contact kan zijn tussen de thuiszorgverpleegkundigen die het middel toedienen en ons ziekenhuis. Ook zijn er scholingen die over en weer worden georganiseerd.

Er is een programma voor ingericht. We zijn gestart in samenwerking met twee thuiszorgorganisaties. Dat zijn partijen waar wij al goede relaties mee hadden. Dus waar vertrouwen over bestond en waarvan ons beeld was dat de kwaliteit van zorg op goed niveau was. Natuurlijk heel belangrijk om ook dokters vertrouwen erin te laten krijgen dat dit kan. Dus we zijn gestart met die twee aanbieders. Ook een apotheker en een oncoloog zitten in de stuurgroep van het programma. En daaronder hangen projectgroepen. Deze worden geleid door projectleiders vanuit de verschillende organisaties en zijn gericht op het implementeren van specifieke middelen.

De projectgroep heeft, ja, wij noemen dat steeds ‘onze snelweg’ ontwikkeld. Zij hebben een checklist gemaakt met alles waar je aan moet denken om dit type zorg goed te verplaatsen: Wie moeten er allemaal betrokken zijn? Wat moet allemaal vastgelegd en afgesproken zijn? Is transport geregeld? Allemaal van dat soort aandachtspunten. Daardoor merken we nu dat die middelen ook steeds sneller verplaatst kunnen worden. Dus als er weer een nieuw middel is dat veilig verplaatst kan worden, kan de projectgroep dat steeds efficiënter doen.’

(Interview met een bedrijfskundig manager binnen een ziekenhuis, 2023)

Tool:



De vraag over op welke laag of **schaal** integrale zorg georganiseerd wordt, hangt samen met grotere vraagstukken en bewegingen, zoals regionalisering. De publicatie **‘Verkenning: de schaal van netwerkzorg’** en **‘Overwegingen en dilemma’s over schaal en meerschalgheid’** geven handvatten voor hoe om te gaan met **schaalverwarring** en hier keuzes in te maken.



Het proces

Hoe organiseer je integrale zorg?

Het proces



Praktijk

Het ONUe (Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerste lijn) is een netwerk van specialisten ouderengeneeskunde (SO's) en gezondheidszorgpsychologen (GZ-psychologen) die werken bij verschillende (verpleeghuis)-zorgorganisaties in Utrecht. Zij behandelen cliënten in de eerste lijn in aanvulling op huisartsgeneeskundige zorg. Doordat huisartsen bij patiënten met complexe problematiek via ONUe gemakkelijk een (SO of) GZ-psycholoog kunnen raadplegen, wordt inmiddels 69% van de onnodige verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen. Door de goede communicatie tussen de verschillende specialismen wordt er interprofessioneel samengewerkt en ligt de focus op het totaalbeeld van de patiënt, in plaats van de verschillende ziektebeelden. Meer weten? Lees [hier](#) verder.

Hoe organiseer je integrale zorg?

Het vorige blok besteedde aandacht aan de betekenis van integrale zorg als concept. Het krijgt echter pas vorm in de praktijk. In dit blok zullen we aan de hand van **verschillende modellen** uitleggen hoe je integrale zorg kan organiseren. Aan de hand van het Regenboogmodel gaan we in op de **verschillende lagen** waarbinnen integrale zorg zich afspeelt. Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK) biedt inzicht in de **verschillende ontwikkelfases** van integrale zorg. Vervolgens lichten we op basis van het OMK en de Nine Pillars of Integrated Care drie inhoudelijke thema's toe die van belang zijn: **persoonsgerichtheid organiseren, interprofessioneel samenwerken en kwaliteit en governance**. Ten slotte besteden we aandacht aan het Limburgse Zesknoppenmodel, als een voorbeeld van hoe modellen van waarde kunnen zijn in de praktijk.

Integrale zorg op verschillende lagen

Het organiseren van integrale zorg is een complex proces, dat zich op verschillende lagen afspeelt. Het Regenboogmodel (Valentijn, 2015) is een taxonomie die inzicht geeft in de verschillende gelaagdheden en dimensies van integrale zorg.



Praktijk

In regio Den Haag is er tijdens de coronacrisis meer integrale zorg ontwikkeld tussen acute zorg-organisaties. Een van de ziekenhuizen richtte een COVID-huisartsenpost (COVID-HAP) op waarin alle corona-huisartsenzorg uit de regio 24 uur per dag werd opgevangen om de druk op de spoedeisende hulp (SEH) te verminderen. Een andere nuttige interventie was de plaatsing van een specialist ouderengeneeskunde op de SEH en verbetering van het systeem dat inzicht geeft in de beschikbare capaciteit bij verpleeghuisorganisaties. Beide ingrepen vergemakkelijkten de uitstroom van patiënten. In het artikel 'Covid-19 versnelt samenwerking in de spoedzorg' analyseren

onderzoekers deze samenwerking en de versnellende en belemmerende factoren. Dit doen ze aan de hand van het Regenboogmodel. Wat opvalt is dat meer gebeurt binnen de normatieve integratie, dan de functionele integratie. Het artikel maakt inzichtelijk hoe je het Regenboogmodel kan gebruiken binnen de praktijk. Meer weten? Lees [hier](#) verder.



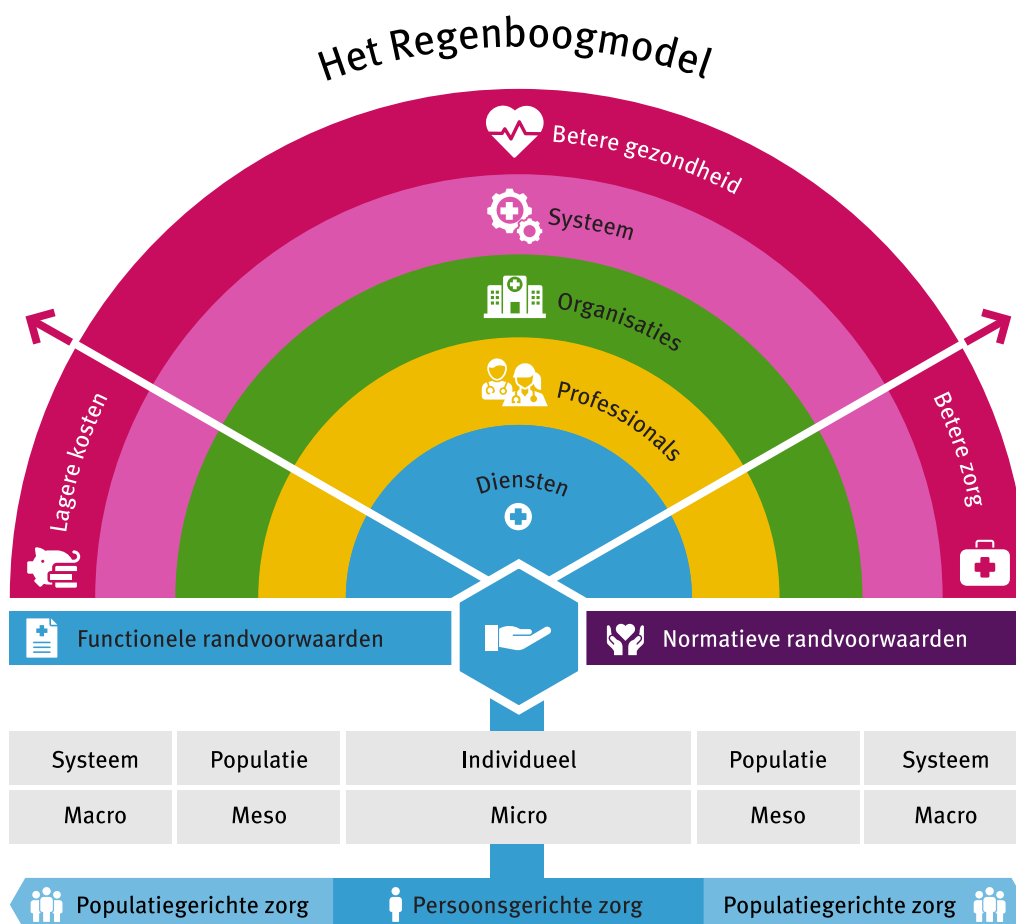
Kennis

Het **Regenboogmodel** (Valentijn, 2015) vertrekt vanuit de persoon die zorg ontvangt en maakt onderscheid tussen vijf lagen: 1) De hulpvrager en diens sociale netwerk die diensten ontvangt, 2) de professionals die onderling afstemmen, 3) organisaties die afspraken maken, 4) het systeem van beleid, wet- en regelgeving en financiering, met 5) als uiteindelijk doelen lagere kosten, betere gezondheid en betere zorg. Het Regenboogmodel maakt tevens onderscheid tussen de functionele ('harde') en normatieve ('zachte') randvoorwaarden.

Deze manier van kijken geeft inzicht in het feit dat integrale zorg samenwerking op verschillende lagen vraagt. Op macroniveau gaat het om wet- en regelgeving, op mesoniveau om samenwerking tussen organisaties en professionals, en op microniveau om samenwerking tussen professionals en de hulpvrager en diens sociale netwerk. Er moet synergie zijn tussen deze verschillende lagen. Om goed samen te kunnen werken als professionals, is goede samenwerking tussen organisaties nodig. En deze samenwerking tussen organisaties, vraagt bijvoorbeeld weer faciliterende wetgeving op systeemniveau (Valentijn, 2015).

Daarnaast geeft het Regenboogmodel aan dat er voor succesvolle samenwerking een balans moet bestaan tussen **functionele ('harde') en normatieve ('zachte') randvoorwaarden**. Er moet bijvoorbeeld data gedeeld kunnen worden via informatiesystemen (functioneel), maar er moet ook onderling vertrouwen zijn (normatief) (Valentijn, 2015).

Figuur 1: Het Regenboogmodel (Valentijn, 2015)



Tools:



In de **Analysetool Wijkgericht Integraal Werken** is het Regenboogmodel toegespitst op integraal werken binnen de wijk. De laag 'hulpvrager' en 'buurt' zijn toegevoegd. Daarnaast is de taal gericht op zorgprofessionals. Ook voor organisaties die niet wijkgericht zijn, biedt deze versie daarom praktijkgerichtere handvatten.



Binnen integrale samenwerking heb je met verschillende perspectieven te maken. Binnen de kennistool **'Handreiking integrale werkwijzen zorg & welzijn en werk & inkomen'** worden dit vensters genoemd: 'inwoner', 'professional', 'werkgever', 'organisatie' en 'beleid en bestuur'. Vanuit deze vensters zijn er praatplaten, praktijkvoorbeelden en tools te vinden.

Figuur 2: Handreiking integrale werkwijzen



Tips:

- De inzet van technologie kan samenwerking en coördinatie bevorderen. Daar zijn vele opties voor, en dit gebied is volop in ontwikkeling. Leefstijlmonitoring en zorg op afstand kunnen bijvoorbeeld werkprocessen of het inzetten van expertises enorm veranderen. Of de rol van naasten en informele zorg. We gaan [hier](#) verder in op digitale oplossingen.
- In de publicatie 'Covid-19 versnelt samenwerking in de spoedzorg' zit een afbeelding, [figuur 2](#), waarin het Regenboogmodel wordt gebruikt om te laten zien welke versnelende en belemmerende factoren een rol speelde in het integraal samenwerken. Dit is een mooi voorbeeld van hoe je het regenboogmodel kunt gebruiken om projecten en samenwerkingen te evalueren.

Integrale zorg ontwikkeling in fases

De ontwikkeling van integrale zorg kunnen we duiden met ontwikkelfases. Deze manier van kijken naar integrale zorg en ondersteuning helpt om scherper te krijgen waar je staat en wat mogelijke vervolgstappen zijn voor verdere ontwikkeling. Het ‘Ontwikkelingsmodel Ketenzorg’ (OMK) biedt hier handvatten voor.



Praktijk

De regionale zorgnetwerken CVA/NAH richten zich op mensen die kampen met de gevolgen van een cerebraal vasculair accident (CVA) of niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Het kennisnetwerk CVA Nederland heeft als missie om de afstemming, samenwerking én inhoud van de multidisciplinaire transmurale zorg in deze netwerken te verbeteren. Zij zijn begonnen met een ‘Zelfevaluatie’ die met tussenpozen wordt gemaakt om veranderingen over tijd inzichtelijk te krijgen. Deze zelfevaluatie is gebaseerd op het Development Model for Integrated Care (DMIC), dat in het Nederlands ook wel het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) wordt genoemd: ‘De Zelfevaluatie wordt door regionale coördinatoren gebruikt om de samenwerking tussen het CVA- en NAH- werkveld te bevorderen. Dit doen zij door de evaluatie voor beide werkvelden af te nemen waardoor voor beide een rapportage ontstaat. De input wordt gebruikt om de samenwerking in de regio’s verder te verbeteren om optimale zorg te organiseren voor mensen met hersenletsel.’ Meer lezen? Klik [hier](#).



Kennis

Het *OntwikkelingsModel voor Ketenzorg (OMK)* (Minkman, 2012) beschrijft **een viertal fases** die je binnen het gezamenlijk organiseren van integrale zorg en ondersteuning kunt doorlopen. Integrale zorginitiatieven doorlopen deze fases niet altijd volgorde-lijk. Soms zetten ze bijvoorbeeld een stapje terug, om er vervolgens weer twee vooruit te zetten (Voogdt-Pruis et al., 2021). De fases zijn daarom ook niet lineair voorschrijvend, maar een beschrijving van veel voorkomende activiteiten bij ontwikkeling door de tijd. Ze karakteriseren dat opgaven door de tijd heen verschillen en ze laten zien dat initiatieven in integrale zorg zich in verschillende fases van ontwikkeling kunnen bevinden:

Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase

In de initiatief- en ontwerpfase is integrale samenwerking gestart of wordt deze geïntensiveerd. Het kan gaan om initiatieven die zijn begonnen vanuit een urgentie of ambitie (bottom-up), of om initiatieven die gestimuleerd worden vanuit externe prikkels (een financier wil faciliteren of stimuleren). Wat zijn veel voorkomende opgaven in deze eerste fase?

In deze fase spreken de betrokkenen over een gezamenlijk erkend probleem of een kans, en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het proces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of initiatief en legt men de samenwerking eventueel vast in een convenant of intentieverklaring (Minkman, 2012).

Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase

In een volgende fase voeren de betrokkenen gezamenlijke experimenten of initiatieven uit. De samenwerking krijgt concreet vorm op kleine schaal, bijvoorbeeld door een pilot te beginnen op een aantal locaties. De doelen en inhoud van de integrale samenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden of werkwijzen. Er is afstemming tussen samenwerkingspartners door een netwerkoverleg en er is een persoon met een coördinerende rol benoemd. De betrokkenen wisselen gegevens uit over werkwijzen, doelgroepen en delen kennis en kunde. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt (Minkman, 2012).

Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase

Na deze initiële experiment- en uitvoeringsfase is de samenwerking ingebed en volgroeid. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholingsprogramma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie (Minkman, 2012).

Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase

In deze laatste fase vormt integrale zorg de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op netwerkniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de integrale zorg. Financiering is integraal geregeld tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoefte. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen. Een monitorings- en benchmarksysteem laat periodiek zien waar resultaten geborgd zijn en waar verbetering mogelijk is (Minkman, 2012).

Tools:



In de publicatie '**Gericht verbeteren met het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg**' staat meer informatie over het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK) en de negen clusters. Het '**Basismodel netwerkzorg: kinderpalliatieve zorg in tien stappen**' en de '**Handreiking voor initiatiefnemers, projectleiders en netwerkregisseurs: Realisatie lokale aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas**' zijn praktische uitwerkingen van het OMK. Ze bieden een praktisch stappenplan dat ook op andere doelgroepen is toe te passen.



Wil je meer lezen over hoe het Development Model for Integrated Care toegepast wordt in de praktijk met praktijkvoorbeelden en tools? Dat kan in het boek **Tools voor ketens en netwerken: Praktijkvoorbeelden en instrumenten voor de zorg en ondersteuning** van Mirella Minkman, Lidewij Vat en Stannie Driessen.

Integrale zorgthema's

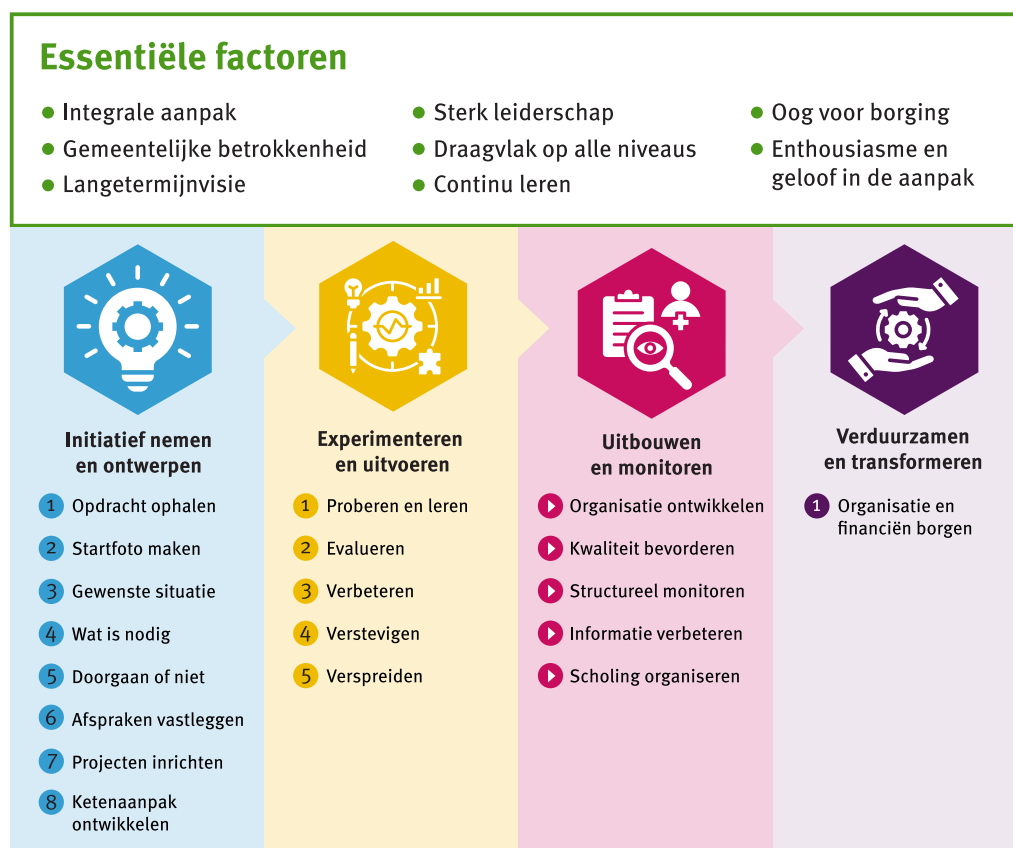


Kennis

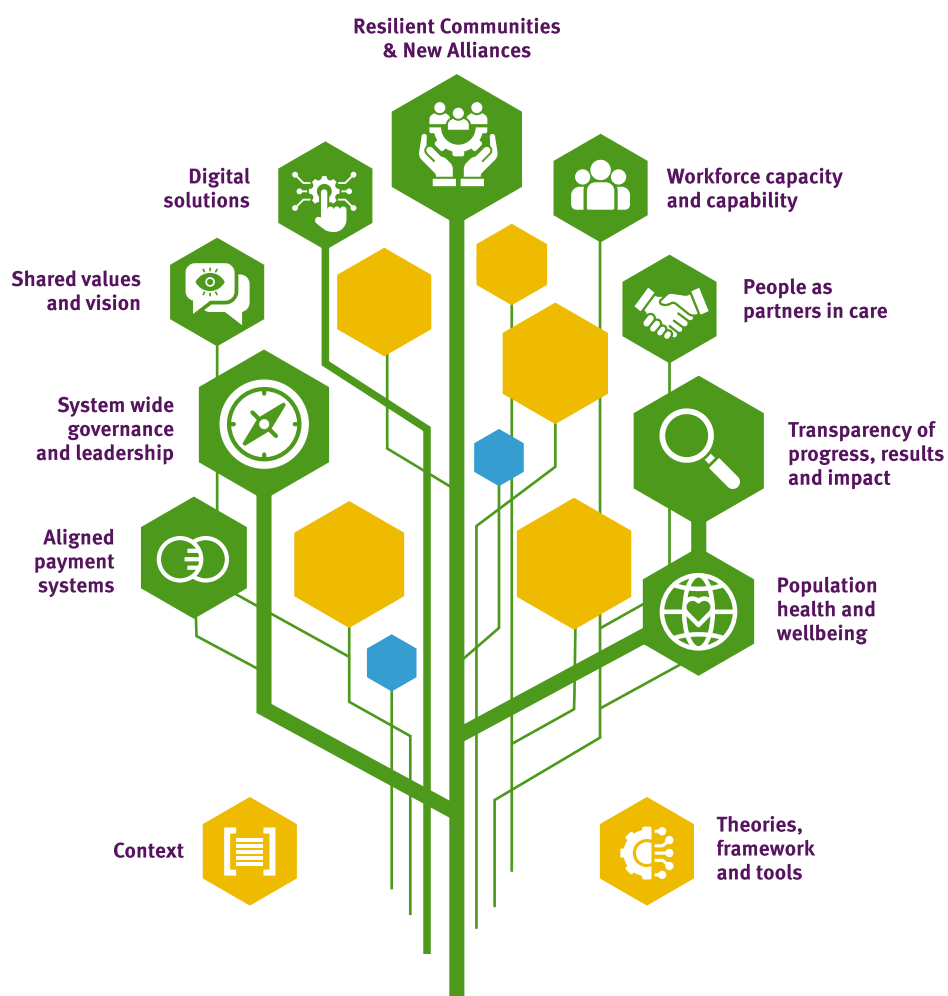
Waar het Regenboogmodel en het OMK in de voorgaande hoofdstukken inzicht bieden in verschillende lagen, randvoorwaarden en ontwikkelfases, behandelen we in dit hoofdstuk inhoudelijke thema's over het organiseren van integrale zorg. We doen dit aan de hand van drie categorieën: **persoonsgerichte zorg organiseren, interprofessioneel samenwerken** en **kwaliteit en governance**. De thema's en categorieën hebben we samengesteld aan de hand van het OMK en de Negen Pilaren van Integrale Zorg, die beide relevante inhoudelijke thema's over integrale zorg presenteren.

Naast de 4 ontwikkelfases, onderscheidt het OMK (Minkman, 2012) 89 activiteiten, ofwel ingrediënten, die je kunt uitvoeren voor het organiseren van integrale zorg. Deze 89 elementen zijn onverdeeld in 9 clusters: cliëntgerichtheid, ketenregie en logistiek, resultaatmanagement, optimale zorg, resultaatgericht leren, interprofessionele samenwerking, rol- en taakverdeling, ketencommitment en transparant ondernemerschap. De International Foundation for Integrated Care (IFIC) formuleerde negen thema's, ook wel 'pilaren' genoemd, die de basis van integrale zorg vormen. Een aantal van de thema's van deze **'Nine Pillars of Integrated Care'** gaan over het organiseren van integrale zorg en behandelen we in dit hoofdstuk. Andere thema's zeggen iets over de bredere context waarin integrale zorg zich bevindt. Deze thema's komen terug in blok 3: Context.

Figuur 3: Toepassing OMK 'Realisatie lokale aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas'



Figuur 4: Tree of Knowledge



De Negen Pilaren van Integrale Zorg (m.b.t. organiseren)

Gedeelde waarden en visie: shared values and vision

Persoonsgericht werken en organiseren: people as partners in care

Transparantie: transparency in progress, results and impact

Overstijgende governance en leiderschap: system wide governance and leadership

De Negen Pilaren van Integrale Zorg (m.b.t. context)

Populatie gezondheid en welzijn: population health and wellbeing

Arbeidsmogelijkheden: Workforce capacity and capability

Zorgzame gemeenschappen: Resilient communities & new alliances

Gedeelde financieringssystemen: aligned payment systems

Digitale oplossingen: digital solutions

Meer weten over The Nine Pillars? In [deze Engelstalige video](#) vind je meer informatie en toelichting. De negen pilaren worden versimpeld en visueel weergegeven in 'The Knowledge Tree'.

Thema 1. Persoonsgerichte zorg organiseren

In het OMK en de Negen Pilaren van Integrale Zorg komen overeenkomstige thema's terug die van belang zijn bij het organiseren van integrale zorg: persoonsgerichte zorg organiseren, interprofessioneel samenwerken en kwaliteit en governance. In de komende hoofdstukken zetten we deze thema's verder uiteen.



Praktijk

Met de Samen Beslis Hulp, kunnen ouderen via een vragenlijst zich beter voorbereiden voorafgaand aan een afspraak met een zorgverlener. De vragenlijst ondersteunt de ouderen om aan te geven wat zij belangrijk vinden en vergroot zo de zelfredzaamheid. De vragenlijst werkt op basis van persoonsgerichte uitkomst-informatie (PROM TOPICS-SF). Op deze manier wordt persoonsgerichte zorg georganiseerd. De Samen Beslis Hulp wordt onder andere gebruikt op 25 poliklinieken geriatrie en 3 regionale huisartsenorganisaties. Patiënten geven aan het fijn te vinden om na te denken en om alles voor de afspraak op een rijtje te kunnen zetten. Omdat de zorgverlener van tevoren weet wat de behoeften zijn, kan die meer persoonsgerichte zorg leveren. Op deze manier combineert de Samen Beslis Hulp de inzet van digitale middelen met het informele netwerk om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Meer weten? Klik [hier](#).



Kennis

Persoonsgerichtheid is een van de kernwaarden van integrale zorg. Persoonsgerichte zorg stelt de individuele behoeften, voorkeuren en waarden van mensen met een zorgen ondersteuningsvraag en hun sociale netwerk centraal (Kuluski et al., 2019; Stoop et al., 2020). Deze behoeften kunnen over meerdere levensdomeinen gaan. Hierbij wordt steeds meer geredeneerd vanuit bredere benaderingen, zoals **Positieve Gezondheid** (Huber et al., 2014, 2016). Meer weten? Bekijk dan de kennisbank en bijbehorende tools over Positieve Gezondheid. Die vind je [hier](#) op de Nederlandse website van het Institute for Positive Health.

Bij het persoonsgericht organiseren van integrale zorg is het van belang dat mensen met een zorg- en of ondersteuningsvraag eenduidig en begrijpelijk kunnen communiceren met zorgverleners. Een **integraal frontoffice of informatiepunt** kan hierbij helpend zijn. Of een persoon die fungeert als centraal aanspreekpunt, zoals we die kennen vanuit methodieken als **casemanagement** (Hudon et al., 2020; Minkman, 2012).

Daarbij is het van belang dat de persoon die zorg ontvangt een gelijkwaardige rol heeft in de zorgverlening. Persoonsgerichte zorg richt zich daarom op het daadwerkelijk

betrekken van mensen bij hun eigen zorg- en ondersteuningstraject, zoals de methodiek **Samen Beslissen** (Pel et al., 2021, 2023). Daarnaast richt persoonsgerichte zorg zich op om mensen zoveel mogelijk te leren om zichzelf te kunnen helpen, zoals bij **Reablement**. Familie, naasten, vrienden, vrijwilligers en andere mensen uit het sociale netwerk worden eveneens zoveel mogelijk betrokken (Buma et al., 2022; Metzelthin et al., 2022; Rostgaard et al., 2023; Parsons et al., 2023). Het rapport **‘Werkzame elementen bij integraal werken’** heeft drie werkzame elementen gevonden die van belang zijn binnen het proces van integraal werken tussen professional en de persoon die zorg ontvangt: vraagverheldering, opstellen van doelen en planvorming.

Figuur 5: Werkzame elementen bij integraal werken



Een grootschalig Europees onderzoek naar integrale ouderenzorg, genaamd SUSTAIN, heeft drie onderdelen benoemd die de coördinatie van integrale zorg en ondersteuning verbeteren: **‘casemanagement’**, **‘gezamenlijke intake’** en **‘management bij overgang van zorg.’** (De Bruin et al., 2018).

Tools:



Het organiseren van integrale zorg gaat onder andere over het inspireren en meenemen van de zorgprofessionals die dit op dienstniveau uitdragen. Het **‘wrap-around-care-model’** biedt handvatten voor de integrale hulpverlener. Binnen dit model, vervult de professional drie rollen: aannemer, regisseur en coach.



Onderzoek van Duco Bannink en Hans Basselaar laat zien dat er **een bepaald type professional** is die bovengemiddeld goed is in het integraal werken: ‘Ze zijn uitstekende netwerkers, creatief, doelgericht en krijgen zaken voor elkaar die voor anderen onmogelijk lijken.’ Als geuzennaam noemen ze dit type professional ‘de Dinges’. Je kan [hier een hoofdstuk](#) downloaden over **de Dinges**, hoe je die herkent en wat de Dinges ons leert over wat nodig is om integraal te werken.



Het **Participatiekompas** is dé wegwijzer naar patiëntenparticipatie en ervaringsdeskundigheid voor onderzoekers, zorgverleners, beleidsmakers, financiers en patiëntenorganisaties. Je vindt er praktische handvatten en inspirerende voorbeelden.



Voor het organiseren van integrale zorg en ondersteuning in de praktijk is het belangrijk om te zorgen dat je medewerkers over de juiste kennis beschikken. De **'Kennisbouwstenen voor professionals die integraal werken in de wijk'** kunnen hierbij ingezet worden.



Tips:

- Houd rekening met verschillende termen en begrippen die binnen organisaties en domeinen gebruikt worden en probeer tot 'eenheid van taal' te komen.
- Hoe zorg je ervoor dat de zorgontvangers in beeld blijven en hun stem gehoord wordt? Overweeg om bij interne evaluaties ook andere perspectieven te horen. Denk na wie je daarvoor uitnodigt aan tafel.
- Meer weten over Reablement? Het onderzoeksrapport 'Een goede dag op eigen kracht' uit 2022 biedt meer kennis, praktijkvoorbeelden en aanbevelingen rondom het implementeren van reablement in Nederland.

'Ik vind bedrijfsmatig denken één van de grootste bedreigingen van deze tijd (...) Integrale zorg moet aansluiten bij de context van de situatie die je tegenkomt.'

Citaat uit interview met een bestuurder van een thuiszorgorganisatie, 2023.

Thema 2. Interprofessioneel samenwerken

Het organiseren van integrale zorg gebeurt vaak in multidisciplinaire teams, opgesteld uit professionals van verschillende organisaties. Dit interprofessioneel samenwerken heeft zowel gevolgen voor de 'zachte' als de 'harde' kant van samenwerking: 'Een vertrouwensband helpt wel heel erg omdat je de hobbels die je onderweg tegenkomt gewoon open naar elkaar kunt benoemen. (...) Dan ben je in elk geval heel concreet over wat er speelt.' Citaat uit een interview met een bedrijfskundig manager binnen een ziekenhuis, 2023.



Praktijk

Binnen een integrale samenwerking rondom jeugdzorg is er een domeinoverstijgende evaluatiemiddag georganiseerd rondom dilemma's. Een wethouder vertelt hoe lastig hij het vindt om zich te verantwoorden aan de Raad. Die Raad is sterk gericht op cijfers die laten zien dat de jeugdzorg er goed voor staat. Voor de wethouder is het niet altijd gemakkelijk om die cijfers ook inzichtelijk te leveren en om het verhaal achter die cijfers te vertellen. Hoe leg je bijvoorbeeld uit waarom een bepaald beleid nog niet optimaal effect lijkt te hebben? De Raad overtuigen van een goede besteding van geld in de zorg, veroorzaakt de grote aandacht voor de waarde 'efficiëntie'. Als een van de zorgbestuurders dat verhaal hoort, krijgt zij een idee hoe zij de wethouder kan helpen in de omgang met de Raad. 'Als jij daarmee zit, dan wil ik best eens aan

de Raad uitleggen welke issues er spelen. Of ik lever cijfers vanuit onze organisatie aan die jou kunnen helpen om een overtuigend verhaal aan de Raad te vertellen.’
Transparantie over dilemma’s leidt dus tot begrip en onverwachte oplossingen.’
Meer weten? Klik [hier](#).



Kennis

De kern van integrale zorg is **samenwerking** tussen professionals met verschillende disciplines en achtergronden, zodat tegemoet gekomen kan worden aan de behoeften van mensen. Deze behoeften gaan namelijk vaak over meerdere levensdomeinen. Er is tevens in toenemende mate sprake van **samenwerking met mantelzorgers**, burgers en bijvoorbeeld buurtinitiatieven (Glimmerveen, 2020). Voor effectieve samenwerking tussen al deze verschillende betrokkenen, is het van belang om duidelijke afspraken te maken over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden (Minkman, 2012; D’Amour et al., 2005, 2008). **Coördinatie en duidelijke inrichting** kunnen helpend zijn, bijvoorbeeld door het aanstellen van een coördinator of het inrichten van een paraplu- of netwerk administratieve organisatie (Van der Weert et al., 2022; Provan & Kenis, 2008). Meer informatie over de inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden vind je in de kennissynthese van het RIVM.

Onderzoek naar de praktijk van interprofessionele integrale samenwerking heeft verschillende werkzame elementen opgeleverd. Het rapport **‘Netwerken integrale ouderenzorg’** (RIVM, 2021) geeft antwoord op de vraag: Door welke elementen pakt de samenwerking goed uit en wat leveren ze op voor ouderen en professionals? Het rapport benoemt een aantal belangrijke werkzame elementen in de interpersoonlijke samenwerking: korte lijnen hebben, kennis en expertise delen, gezamenlijk verantwoordelijkheid, elkaar kennen en begrijpen en het centraal stellen van behoeften van ouderen en mantelzorgers.

Persoonlijke en relationele aspecten

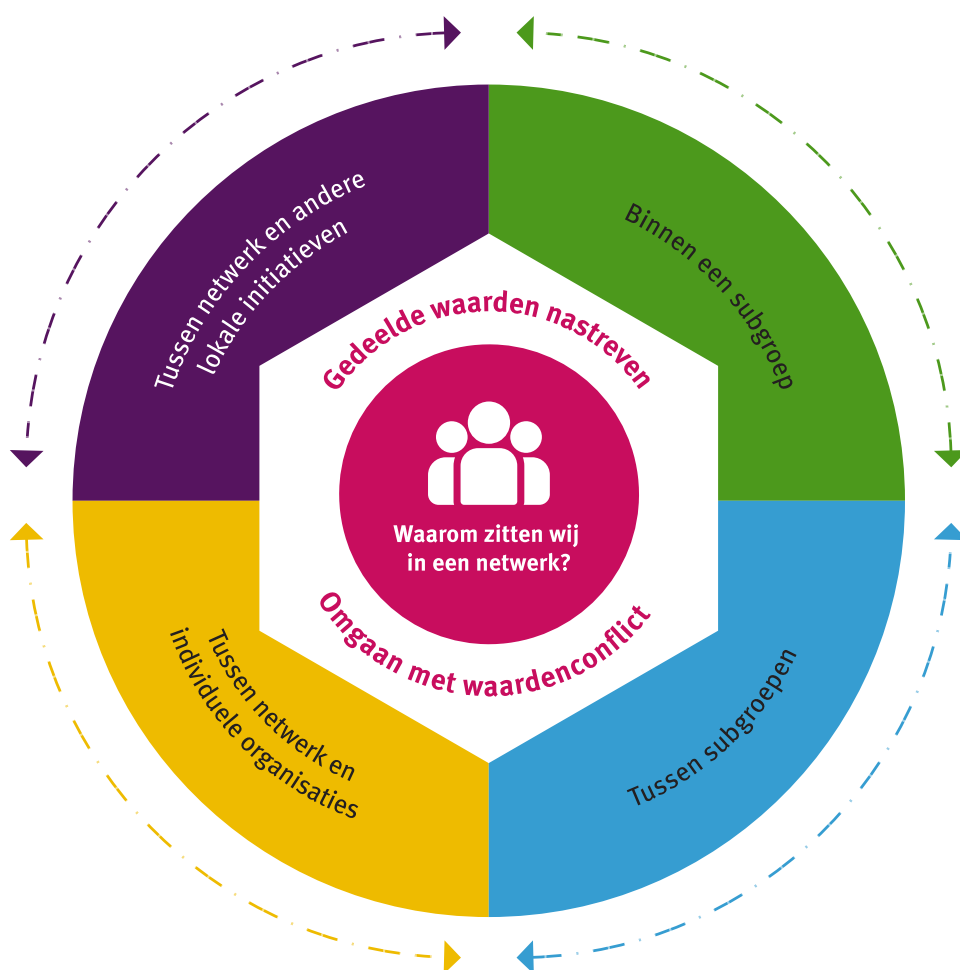
Interprofessionele samenwerking is mensenwerk. Daarom spelen persoonlijke en relationele aspecten een belangrijke rol (Van der Weert et al., 2023). Hierbij kan gedacht worden aan de rol van **belangen** (Schruijer, 2020), **vertrouwen** (Curşeu & Schruijer, 2010), **waarden** (Zonneveld et al., 2022), hoe mensen **beslissingen maken** (Im et al., 2022) of hoe zij **grenzen definiëren** (Van Duijn, 2022). Maar hoe kun je hier mee aan de slag in de praktijk? Het ‘Prisoner’s Dilemma’ is een bekend voorbeeld van de manieren waarop eigen belang, collectief belang en transparantie hierover tot uitkomsten leiden. Dit principe is vertaald naar een **Serious Game over belangen** binnen organisaties.

Tools:



De **reflectiesessie ‘Aan de slag met dilemma’s binnen integrale zorgnetwerken’** biedt een uitgewerkt programma om als bestuurders onderling te reflecteren op de integrale samenwerking vanuit vier verschillende niveaus. De meerwaarde van zo’n reflectiesessie bleek toen de reflectiesessie werd georganiseerd in het Twentse Transformatie-netwerk: ‘De bestuurders konden elkaars positie en rol in het netwerk door de dialoog steeds beter plaatsen.’

Figuur 6: Aan de slag met dilemma's



Tips:

- Met interprofessioneel samenwerken heb je te maken met verschillende (organisatie) culturen. Dit bespreekbaar maken kan helpen om miscommunicaties te voorkomen of te verklaren. In verschillende (werk)culturen kan anders gekeken worden naar wat het betekent om respectvol met elkaar om te gaan en wat de rol is van hiërarchieën. Wat zijn de onuitgesproken verwachtingen van elkaar?
- Probeer cultureel-sensitief bezig te zijn met het geven van feedback en het gezamenlijk evalueren. Ga het gesprek hierover aan: Hoe verhoudt (kritische) feedback geven of ontvangen tot je beleving van respect en veiligheid? Culturele verschillen en impliciete machtsverhoudingen spelen hierin een belangrijke rol. Wees hier nieuwsgierig naar, zowel richting jezelf als naar anderen.

‘Vertrouwen komt te voet en gaat te paard, zoals je weet. Dat geldt ook hier. Het opbouwen van vertrouwen zit hem heel erg in het delen van goede voorbeelden. Het met elkaar ook doorleven van dingen. (...) Het doorleven is ook dat je met elkaar ziet waar de problemen zijn. En ook goede voorbeelden met elkaar deelt over, ja, hoe simpel een oplossing soms kan zijn als je even iets verder kijkt dan jouw eigen vakje.’

Citaat uit een interview met Zorgverzekeraars Nederland, 2023

Thema 3. Kwaliteit en governance

Samenwerken doe je nooit voor het samenwerken zelf, maar om een gezamenlijk maatschappelijk doel te bereiken, zoals betere zorg voor kwetsbare personen. Om integrale zorg te kunnen verbeteren, is het belangrijk om tussentijds te evalueren. Daarnaast spelen leiderschap en governance een belangrijke rol.



Praktijk

Het dorp Hollandscheveld in de gemeente Hogeveen heeft sinds 2012 een dorpscoöperatie om zorg dichtbij en integraal te organiseren. Van de 4500 inwoners in het dorp zijn zo'n 800 mensen lid. **Hollandscheveld Verbindt** - zoals de zorgcoöperatie heet - werkt nauw samen met de gemeente, zorgverzekeraar en zorgaanbieders. Dit doen ze door een aangestelde dorpsregisseur en vrijwilligers. Ze hebben zich hierbij onder andere laten inspireren door het dorp Elsendorp in Brabant: ‘We willen een totaalpakket met één aanspreekpunt voor alle zorg’, vertelt Jan de Vries, voorzitter van de coöperatie. Vanzelfsprekend zag hij daarvoor de dorpsregisseur als de meest aangewezen persoon. ‘Zij is bekend in het dorp, heeft korte lijntjes met de zorgorganisaties en vrijwilligers en kan zorg en ondersteuning kleinschalig organiseren.’

In 2018 startte Hollandscheveld als 1 van de 3 experimenten Domeinoverstijgende Samenwerking (DOS) vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In 2022 zijn de experimenten geëvalueerd. Volgens een inschatting is er 38.400 euro per cliënt aan zorgkosten bespaard doordat ouderen op een prettige manier langer thuis zijn blijven wonen. Het onafhankelijke onderzoek benoemde vier werkzame elementen binnen Hollandscheveld: het doorzettingsvermogen van de bestuurder van de Noord Nederlandse Coöperaties van Zorgorganisaties (NNCZ), commitment van de dorpscoöperatie, een onafhankelijke projectleider (trekkracht) en een visie gedragen door gemeenschap. Je kan meer lezen in de publicatie: **‘Zorgzame buurten: Inspirerende initiatieven die het systeem trotseren’**.



Kennis

Governance

Het vraagt om passende governance om persoonsgerichte zorg en interprofessionele samenwerkingen te organiseren en om daarin de kwaliteit te bewaken (Minkman, 2017). Het is hierbij van belang om afspraken te maken over de taken en verantwoordelijkheden

van sturende partijen (Minkman, 2012). Hoe maak je als samenwerkende organisaties bijvoorbeeld besluiten met elkaar (Michgelsen et al., 2022)? En hoe houden we toezicht op een samenwerking van meerdere organisaties uit verschillende domeinen. In de kennissynthese van het RIVM vind je meer informatie over het onderwerp **governance binnen Domeinoverstijgende samenwerkingen**.

Kwaliteit

Om de kwaliteit te borgen is het belangrijk dat er regelmatig gereflecteerd en geëvalueerd wordt. Dit is echter niet altijd gemakkelijk, omdat er verschillende beoogde resultaten kunnen zijn (Armitage et al., 2009; Wankah et al. 2020; Michgelsen et al., 2023). Daarnaast kun je op meerdere aspecten van integrale zorg evalueren: zoals de maatschappelijke impact van de projecten binnen de samenwerking. De **Quintuple Aim (2021)** omschrijft vijf punten waarop je kan evalueren. Deze en andere vormen van evaluatie vind je [hier](#) in de kennissynthese van het RIVM.

In het rapport ‘[Netwerken integrale ouderenzorg](#)’ uit 2021 signaleren (op bladzijde 11) professionals een aantal knel- en verbeterpunten die over governance en commitment gaan: een gebrek aan heldere communicatie, informatie-uitwisseling vanuit verschillende informatiesystemen en financiering. Deze knelpunten op dienstniveau vragen om oplossingen op governance-niveau. Daarnaast dragen de professionals vier verbeterpunten aan die over een verbreding van samenwerking en commitment gaan:

- Het blijven investeren in lopende samenwerkingen, zodat deze niet als vanzelfsprekend worden gezien.
- Het versterken van de rol van en samenwerking met professionals uit het sociaal domein.
- Het meer samenwerken en afstemmen met de oudere zelf of diens mantelzorger tijdens het proces.
- Het meer samenwerken met belangenorganisaties, zoals ouderenbonden.

Meer informatie over domeinoverstijgende financiering vind je [hier](#). Digitale systemen en oplossingen worden besproken op bladzijde 70. Een verdere uitwerking van governance binnen domeinoverstijgende samenwerkingen is [hier](#) te vinden.

Tools:



Mocht je nog verder gezamenlijk willen reflecteren en evalueren op de verschillende aspecten van de samenwerking, dan vind je in [Stilstaan bij de samenwerking één meeruurse of meerdere reflectiesessies](#) gebaseerd op **Common Eye**. Met filmpjes, praatplaten en interactieve oefeningen kan je zo gezamenlijk de ambitie, belangen, relaties, organisatie en het proces evalueren.



De governance van netwerkzorg komt met eigen uitdagingen. De publicatie ‘[De governance van netwerkzorg ontrafeld](#)’ biedt een leidraad voor partijen die in netwerkverband aan de slag willen en daarover in gesprek gaan. De publicatie gaat specifiek in op vier thema’s: **leiderschap, financiering, verantwoording en toezicht**.



Integrale zorg en ondersteuning bieden gebeurt steeds vaker op **regionaal niveau**. Omgekeerd kun je binnen de regionale samenwerking ervoor kiezen om projecten integraal op te pakken. Er zijn tools die helpen bij het opstellen van regio-beelden, -plannen en gezamenlijke regiovisies.



Meer lezen over toezicht binnen samenwerken? Dat kan met de boeken: **'Toezien op samenwerken: naar een verantwoord samenspel'**, **'Zorg in transitie'** en **'Samenwerking in een complex zorgveld'**. Of in het artikel 'Toezien op wankelende netwerken' van Mirella Minkman & Sander Merkus (2024).



Tips:

- Investeer in het opstellen van duidelijke doelen, rondom de kwaliteit en impact van zowel de gezamenlijke zorg als het samenwerkingsproces, om gericht te kunnen bijsturen. Maak hierbij onderscheid tussen procesdoelen (stappen binnen het proces) en resultaatdoelen (zichtbare veranderingen voor de persoon die zorg ontvangt, diens netwerk en de zorgprofessional).
- Figuur 3. Van de publicatie 'Rol toezicht netwerkzorg', op bladzijde 9, gaat dieper in op de afstemming van de organisatiestrategie, samenwerkingsstrategie en strategie van de samenwerking.

'We hebben eigenlijk lokale leiders nodig. In de wijken waar we aan de slag gaan, zoeken we lokale leiders en dat kunnen hele verschillende mensen zijn. Dat kunnen politici zijn, maar dat kan ook de imam van een moskee zijn. Iemand die op informeel niveau een soort leiderschapsrol heeft en van daaruit ook netwerken kan bouwen om de mensen te bereiken die je wil bereiken.'

Citaat uit interview met Zorgverzekeraars Nederland, 2023

Integrale zorg vertalen naar de eigen context

*Hoe vertaal je wetenschappelijke inzichten en modellen naar praktijkvormen en beleidskeuzes binnen de lokale context? **Het Limburgse Zesknoppenmodel van Integrated Care** is een Nederlandse vertaling van het onderzoek naar Integrated Care vanuit het Engelse *King's Fund*. Het model is opgezet en uitgeprobeerd binnen Limburg, onder andere binnen het integrale project *PlusPraktijken*, met succesvolle resultaten. Daarnaast wordt er samengewerkt met de Universiteit van Maastricht, om onderzoek te doen naar de meerwaarde van het model en om kennisproducten te ontwikkelen die gebaseerd zijn op het model.*



Kennis

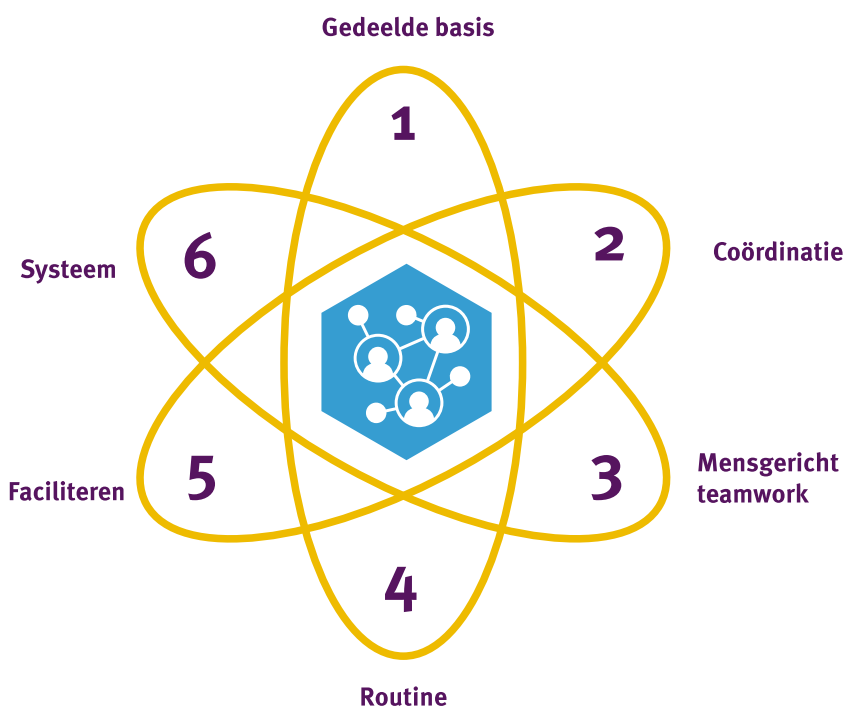
Integrale zorg organiseren is een continu proces dat doorlopend op verschillende lagen om acties vraagt. Je zou het kunnen zien als een dashboard met knoppen die de hele tijd om subtiele afstemming vragen. Als één knop niet goed staat, werkt de rest ook niet. De vraag wordt dan: 'Aan welke knop moet je draaien en wanneer?' Deze manier van kijken staat centraal in het Zesknoppenmodel dat sinds 2012 in Zuid-Limburg wordt toegepast. Het model richt zich specifiek dan andere modellen op de rol van de zorginkoper. Het model vertoont overeenkomsten met het Regenboogmodel.



Praktijk

Vanuit de principes van het zesknoppenmodel zijn in regio Zuid-Limburg sinds 2016 als proeftuinen '**Pluspraktijken**' opgericht. 'De PlusPraktijk wordt beschouwd als de huisartsenpraktijk van de toekomst.' Patiënten kunnen via een app de huisartsenzorg zelf regelen en de huisarts houdt meer tijd over voor complexere vragen. Ook werken de huisartsen van Pluspraktijken samen en met andere zorg- en hulpverleners vanuit het principe van positieve gezondheid. Wiro Gruisen van zorgverzekeraar CZ vertelt in een interview in 2020: 'Uit een tussentijds rapport van Maastricht University blijkt dat onze 15 moderne PlusPraktijken 7% minder patiënten naar het ziekenhuis verwijzen dan andere praktijken in de regio. Als je deze werkwijze doortrekt naar andere praktijken en zelfs regio's, is de potentie enorm: We kunnen miljoenen besparen. En nóg belangrijker: de zorg voor patiënten verbeteren.' Meer informatie over de PlusPraktijken is te vinden in [dit artikel](#), [dit interview](#) en [de website](#) van de PlusPraktijken.

Figuur 7: Limburgse Zesknoppenmodel



Knop 1: gedeelde basis

De eerste knop is vergelijkbaar met de ‘normatieve randvoorwaarden’ van het Regenboogmodel. Het richt zich op het vaststellen van gedeelde kernwaarden, een (meerjaren-)visie, doelstellingen en commitment. Belangrijk hierbij is, volgens het Zesknoppenmodel, dat deze samen (moeten) kunnen gaan met die van de eigen organisatie. Dit vergt continue afstemming, binnen de samenwerking en de eigen organisatie.

Knop 2: coördinatie

De tweede knop gaat om het bepalen, coördineren en afstemmen (op verschillende niveaus) van gezamenlijke integrale programma’s. Een stuurgroep of kerncoalitie kan hierin helpen. De brochure ‘Het Limburgse Zesknoppenmodel van integrated Care’ verwijst naar de Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA-cyclus) als een model voor deze coördinatie.

Knop 3: mensgericht teamwork

Waar de tweede knop zich meer op organisatorische integratie richt, gaat deze derde knop over afstemming op zorgverleningsniveau. Hierbij staat de hulpvrager centraal. Dit gaat om de zachte kant van gedragsverandering en interprofessioneel werken. Duidelijke afspraken over rolverdeling zijn hierbij van belang: ‘Eén entiteit (zorgorganisatie, samenwerkingsverband, hoofdaannemer, et cetera) neemt de integrale verantwoordelijkheid voor de inhoud, organisatie en kosten van de zorgverlening op zich, ziet toe op de nakoming van afspraken met derden en is aanspreekpunt voor bijvoorbeeld de zorgverzekeraar.’

Meer uitleg over de eerste drie knoppen vind je in [deze video](#).

Knop 4: Routine

Vanuit veranderkunde weten we dat blijvende verandering ontstaat wanneer het onderdeel wordt van de automatische piloot. Deze 'habits' of routines leiden tot verduurzaming van verandering, ook nadat de externe prikkel (in financiering of urgentie) is afgenomen. Het creëren van deze routine is, volgens het Zesknoppenmodel, te stimuleren door de veranderingen te borgen in gedeelde richtlijnen en protocollen en door betrokken zorgverleners op te leiden binnen de nieuwe manier van werken. Wat hierbij ook van belang is, is de rol van leiderschap en governance in het voorleven van de nieuwe werkwijze. Dit komt in andere modellen rondom integrale zorg uitgebreider aan bod.

Knop 5: Faciliteren

Knop vijf richt zich op de organisatie van (harde) randvoorwaarden die een effectieve samenwerking ondersteunen. Voorbeelden zijn: financiën, projectleiding, capaciteit, ICT-infrastructuur, scholing, data en communicatie: 'Faciliteer elkaar dusdanig met de praktische (niet-klinische) randvoorwaarden dat iedereen kan doen waar hij goed in is en effectieve samenwerking (op alle niveaus) daarmee wordt ondersteund'.

Knop 6: Systeem

De laatste knop gaat over de grotere context van het zorgstelsel en de maatschappelijke opvattingen en ontwikkelingen. Dit systeem is van invloed op de integrale samenwerking, maar het is ook mogelijk om het systeem bij te sturen of in elk geval te voeden met opgedane informatie en geleerde lessen. Je kan hierbij een bottom-up- of top-down benadering toepassen.

Meer uitleg over de laatste drie knoppen vind je in [deze video](#).



Tips:

- Het Limburgse Zesknoppenmodel is een goed voorbeeld van hoe wetenschappelijke informatie vertaald kan worden tot praktisch toepasbare kennis, waarbij de lokale of regionale context wordt meegenomen in zowel het proces als de inhoud. Ga eens na hoe het eruit zou kunnen zien wanneer één van de besproken modellen toegepast zou worden in jullie eigen context.
- Denk met elkaar tijdig na over hoe de projecten rondom integraal samenwerken onderdeel kunnen worden van de 'automatische piloot' binnen de individuele organisaties. Wie is verantwoordelijk voor welke knop?



De context

Welke rol speelt de bredere context in het organiseren van integrale zorg?

De context



Praktijk

Met het programma Krachtige basiszorg wordt er binnen verschillende regio's integraal samengewerkt in de basiszorg: 'Hulpverleners delen kennis en procesinformatie en gaan samen met de klant op zoek naar een integrale oplossing van het probleem... Van belang is om de randvoorwaarden, zoals de gemeenschappelijke visie, cultuur en leeromgeving met partners in alle domeinen in de wijk goed te organiseren. Borging en uitvoering vindt op drie niveaus plaats: strategisch, tactisch en op de werkvloer.' Een recente businesscase van Zilveren Kruis toont aan dat het zorggebruik bij de groep mensen mét Krachtige basiszorg afneemt terwijl het zorggebruik in de controlegroep in 2015 stijgt en daarmee de landelijke trend volgt. Krachtige basiszorg gebruikt 6 elementen die de verschillende onderdelen van de grotere context meenemen: (1) het 4-Domeinenmodel, (2) nieuwe samenwerkingsvormen binnen het wijkteam, (3) de inzet van wijkspecialisten, (4) het in kaart brengen van het aanbod op welzijn en preventie, onder andere via Welzijn op recept, (5) een intern ontwikkeld informatiesysteem dat op basis van het gezondheidsrisico kwetsbaarheid zichtbaar maakt én (6) het samenwerken in de wijk met bestaande netwerken. Meer weten? [Lees hier verder](#).

Welke rol speelt de bredere context in het organiseren van integrale zorg?

De context waarin de organisatie van integrale zorg tot ontwikkeling komt, wordt beïnvloed door een combinatie van demografische, technologische en maatschappelijke veranderingen. Demografisch gezien staat de vergrijzing van de bevolking centraal. Er is sprake van een dubbele vergrijzing en daarnaast neemt de prevalentie van chronische ziektes toe. Dit zorgt voor een stijgende behoefte aan een integrale aanpak die niet alleen gericht is op het behandelen van ziekten, maar ook op het continueren van de zelf- en samenredzaamheid, het bevorderen van gezondheid en het verbeteren van kwaliteit van leven.

De technologische vooruitgang heeft impact op de context van het organiseren van integrale zorg. Innovaties op het gebied van zorg op afstand, gegevensuitwisseling en e-consulten, digitaal contact en geavanceerde diagnostische tools vergemakkelijken de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners en zorgvragers of diens naasten.

Daarnaast spelen maatschappelijke veranderingen een rol. De verwachtingen van patiënten zijn geëvolueerd, waarbij zij niet langer een passieve ontvanger zijn, maar actieve deelnemers aan hun eigen gezondheid. Om te kunnen blijven inspelen op de veranderende behoeften, hebben mensen zorg en ondersteuning nodig die verder rijkt dan individuele professionals en organisaties kunnen bieden. Ook andere factoren beïnvloeden een gezond leven, zoals de woonomgeving, sociale relaties en voeding.

Beleid en wetgeving

In het eerder beschreven Regenboogmodel wordt ‘het systeem’ als de buitenste schil beschreven. Beleid en wetgeving hebben invloed op het organiseren van integrale zorg. Dit betreft onder andere beleid dat zowel landelijk, regionaal en gemeentelijk als binnen én tussen organisaties is vastgesteld. Beleid en wetgeving worden vaak als belemmerende factor gezien binnen het organiseren van integrale zorg. Waarom werkt dit belemmerend? En kan beleid en wetgeving ook faciliterend werken?



Praktijkvoorbeeld

In de thuisplusflats in Rotterdam wordt de zorg geboden vanuit de drie zorgwetten. De **Thuisplusflat** in Rotterdam is bedoeld voor senioren vanaf 55 jaar. De term ‘plus’ in de naam verwijst naar de georganiseerde dagelijkse activiteiten en het vast zorg-ondersteuningsteam dat aan de flats is verbonden. In deze flats is er een nauwe samenwerking tussen welzijn, zorg en wonen, met als doel het vroegtijdig herkennen van signalen met tot gezondheid, eenzaamheid en onveiligheid. Meer weten over de thuisplusflat? [Klik dan hier](#)



Kennis

Landelijk beleid en wetgeving zijn afhankelijk van de veranderingen in de samenleving. Het gaat om een continu proces dat zich ontwikkelt in de tijd. De bekostiging in de Nederlandse zorg is gefragmenteerd, waarbij verschillende financiële regelingen tegelijkertijd de samenwerking én concurrentie tussen zorgaanbieders stimuleren. Daarnaast is het voor de burgers vaak onduidelijk onder welke wet welke zorg en ondersteuning valt. De zorgwetten, zoals de **Wmo**, **Zvw**, **Wlz** en **Jeugdwet** (zie afbeelding 10) bevatten voorschriften voor de zorg en ondersteuning, maar duidelijkheid voor zorgvragers ontbreekt. Meer weten over de zorgwetten? [Klik hier](#).

Voor de meeste Nederlanders die zorg en ondersteuning ervaren zijn de grenzen tussen de zorgdomeinen geen probleem. De uitdaging ontstaat wanneer de zorg overlapt met de domeinen van de zorgwetten of sectoren. Deze grensoverschrijdende vraagstukken, vragen om samenwerkingen over de grenzen heen. [De RVS \(Raad van Volksgezondheid en Samenleving\)](#) adviseert de volgende transities in het zorgstelsel om het stelsel duurzaam en adaptief te maken: (1) van concurrentie naar samenwerking, (2) van individuele naar gedeelde verantwoordelijkheid en (3) van gesloten naar open en lerend.

Naast de wetten en voorgestelde transities worden ook akkoorden, waaronder het **Integraal Zorg Akkoord (IZA)** en het **Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)**, ingezet voor de ambitie om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Ook programma's, zoals de **Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ)** en het **programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)**, worden ingezet voor een toekomstbestendige zorg. De akkoorden en programma's richten zich elk op een deel van de zorg in Nederland en zetten onder andere in op preventie en gezondheid, demedicalisering, een optimale inzet van capaciteit en een verlaging van administratieve lasten. Met financiële middelen, kennis, expertise en contactpersonen wordt gepoogd om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Het ondersteuningsaanbod voor samenwerkingen op regionaal niveau staat beschreven in [deze menukaart](#).

Een belangrijke pijler bij de uitgangspunten van bovenstaande akkoorden en programma's is het laten aansluiten van de financiële prikkels voor zorgaanbieders. In de huidige bekostigingsmethoden worden zorgaanbieders niet gestimuleerd tot goede afstemming in samenwerking tussen zorgaanbieders. Alternatieve bekostiging zou dit mogelijk wel stimuleren. Het onderzoeksproject BUNDLE heeft geleid tot veertien configuraties die inzicht geven in hoe en waarom verschillende contextfactoren de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging bemoeilijken of vergemakkelijken. De configuraties kunnen door partijen mee worden genomen om de ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging te vergroten. Daarnaast wordt bij het huidige bekostigingsstelsel verschillende knelpunten ervaren. De kennissynthese van het Nivel, 'Bekostigingsmodellen voor domeinoverstijgende initiatieven in de zorg', gaat hier verder op in.

Tools:



Partijen zijn in iedere regio bezig met regionale samenwerking. Mede door IZA, GALA en WOZO is dit actueel. In de whitepaper van Common Eye wordt aangegeven wat **minimaal noodzakelijk** is om regionale samenwerking vorm te geven.



Er zijn veel initiatieven die experimenteren met **domein-overstijgend werken en domein-overstijgend financieren**. Vilans heeft een overzicht gemaakt met de geleerde lessen en voorbeelden rond de financiering en bekostiging van domeinoverstijgend samenwerken.



De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft **vijf procedurele voorwaarden** opgesteld voor samenwerkingen voor 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek'. Handig om erbij te houden, wanneer je een samenwerking opstart.



Tips:

- Wees op de hoogte van de huidige landelijke wet- en regelgeving en de eisen van de inspectie. Houd deze in gedachte bij het aangaan van een nieuwe samenwerking. Lees [hier](#) verder.
- Stem af wat het huidige beleid van de betrokken partijen is en kijk hoe dit op elkaar afgestemd dient te worden voor het aangaan van een samenwerking. Stel vervolgens een langetermijnstrategie op, waar de betrokken partijen zich bij aangesloten voelen.
- Kijk verder dan de landelijke kaders en richtlijnen. Wat is daarbuiten nog mogelijk?

'Het is handig om op de hoogte te zijn van de bedrijfsvoering, zoals financiering, gegevensdeling en mededingingswet. Anders zorgt dit mogelijk voor blokkades rondom het organiseren van de integrale zorg.'

Citaat uit interview met een bestuurder van een zorgorganisatie (2023)

Arbeidsmarkt

De toenemende krapte op de arbeidsmarkt in brede zin - en daarmee ook in de zorgsector - stijgt en vormt daarmee een bedreiging voor de toegankelijkheid van de zorg. Onder andere dubbele vergrijzing zorgt voor een grotere vraag naar zorg, terwijl het aanbod blijft krimpen. De dringende behoefte voor het waarborgen van de zorgkwaliteit heeft de noodzaak tot samenwerking versterkt. De vraag is hoe integrale samenwerking kan bijdragen aan het anders omgaan met capaciteit van personeel. En welke invloed de arbeidsmarkt heeft op het opzetten en organiseren van integrale zorg.



Praktijk

Een van de oplossingen om de krapte in de arbeidsmarkt tegen te gaan is het gezamenlijk opleiden. Steeds meer zorgaanbieders werven samen zij-instromers en leiden deze mensen ook samen op tot zorgverlener. Zo ook binnen de Zorg Innovatie Academie. De aanleiding voor deze mbo-opleiding is een samenwerking tussen verschillende zorgorganisaties om deze mensen op te leiden, om hen vervolgens in het werkveld van de organisaties in te zetten. Meer weten? [Lees hier verder](#).



Kennis

De dringende noodzaak om personeelstekorten aan te pakken neemt toe. Volgens de **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ, 2023)** zal de krapte op de arbeidsmarkt in de komende jaren aanzienlijke gevolgen hebben voor de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van de ouderenzorg. Als mogelijke oplossing wordt het gezamenlijk organiseren van zorg gezien.

Door het integreren en bevorderen van samenwerking tussen verschillende organisaties kan de zorg efficiënter worden geleverd, en de druk op individuele organisaties verminderen. Dit bevordert niet alleen een gezondere samenleving, maar heeft ook het potentieel om de krapte op de arbeidsmarkt te verlichten. Door de focus te leggen op preventie en het verplaatsen naar lichtere, kosten-effectievere hulpverlening kan het personeelstekort worden teruggedrongen (AZW). Daarnaast is het belangrijk om in deze samenwerkingen meer uit te gaan van wat de burger zelf met diens sociale netwerk kan, in plaats van alleen afhankelijk te zijn van de zorg. Hierdoor wordt de zorg meer cliëntgericht en wordt de eigen kracht van de burger meer benut.

Voor de organisatie van integrale zorg rondom het arbeidsvraagstuk zal aan verschillende richtlijnen van het ACM moeten worden voldaan. Zo mag een samenwerking van werkgevers in de zorg niet ten koste gaan van de positie van zorgmedewerkers. Werkgevers mogen wel afspraken maken over: onderzoek naar de lokale arbeidsmarkt, opleiding en scholing, werken in de zorg in de regio stimuleren, regionaal werkgeverschap en kwalificaties personeel vaststellen. **Meer weten over de regels over samenwerking van werkgevers gericht op de arbeidsmarkt? [Klik hier](#).**

Ook heeft de krapte op de arbeidsmarkt invloed op de organisatie van integrale zorg. Het beschikken over voldoende personeel is cruciaal voor een zorgorganisatie om effectief samen te werken met andere instellingen. Een tekort aan personeel kan namelijk de

samenwerkingscapaciteit van zorgorganisaties belemmeren. Om effectief samen te kunnen werken met andere zorgpartijen is het van belang om binnen jullie organisatie je op de juiste manier te organiseren.

Tools:



Om de integrale arbeidsmarkt van zorg en welzijn te stimuleren hebben veertien regionale werkgeversorganisaties het Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT) opgezet. De zorg- en welzijnsprofessionals spelen daarbij zelf een belangrijk rol. Sociaal Werk Nederland, beschrijft [vijf voorbeelden](#) om die rol in te vullen.



Het programma Medisch-generalistische zorg in de regio van Vilans heeft als doel om de toegankelijkheid van de medisch-generalistische zorg (hieronder vallen huisartsen, arts verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde) te verbeteren. Onder andere door het capaciteitsprobleem anders aan te pakken. Meer weten? [Lees hier verder](#)



Samenwerken in netwerken heeft ook effect op de interne organisaties. Want vernieuwingen leiden soms tot dilemma's in de eigen organisatie. Om bestuurders, managers en stafmedewerkers te helpen hun eigen organisatie aan te laten sluiten op de afspraken in netwerken, biedt de tool '[goed samenwerken in zorgnetwerken](#)'. [Hoe regel je dat in eigen organisatie](#)' verschillende handvatten.



Bij het organiseren van een integrale samenwerking wordt vaak gevreesd dat de Mededingingswet en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) in de weg zullen staan. In [dit artikel](#) wordt aangeven hoe zorgorganisaties gemakkelijk aan de eisen kunnen voldoen om samenwerkingen op te richten.



Tips:

- Omdat de belasting en inzetbaarheid van zorgverleners extra urgent is bij de toenemende druk op de zorg, heeft Regioplus het dashboard **'Arbeidsmarkt in beeld'** ontwikkeld. In het dashboard is naast arbeidsmarktdata ook gebruik gemaakt van data over de inzetbaarheid van zorgverleners. De dashboards zijn per regio te raadplegen.
- Integrale zorg en ondersteuning bieden, gebeurt steeds vaker op regionaal niveau. Omgekeerd kan je binnen de regionale samenwerking ervoor kiezen om projecten integraal op te pakken. Wil je een analyse maken over wat de personeelstekorten voor jouw (sub)regio betekenen? Dan kunnen de regiobeelden hierbij helpen (zie afbeelding 11 voor de regio's).
- Zoek met andere zorgpartijen naar oplossingen om de personeelstekorten tegen te gaan, denk bijvoorbeeld aan het samen opleiden van personeel. Meer weten over de flexibele personeelsschillen tussen organisaties? Lees hier verder
- Vergeet niet om informele zorgverleners te betrekken bij de organisatie van integrale zorg rondom burgers heen. In het **kennisdossier Informele zorg** van Vilans worden verschillende praktijkvoorbeelden en tools geboden om deze groep te betrekken bij de organisatie van zorg.

Figuur 8: vastgestelde regio's met betrekking tot de regiobeelden



'De zorgcapaciteit is beperkt, dus we zullen elkaar steeds meer moeten helpen.'

Citaat uit interview met Nederlandse Zorgautoriteit, 2023

Digitalisering

Digitalisering in de gezondheidszorg wordt steeds essentiëler. Burgers met een zorgbehoefte ontvangen zorg in hun eigen woonomgeving door zoveel mogelijk gebruik te maken van het zorgaanbod in hun omgeving. Hier vallen ook digitale (hulp)middelen onder. Het belang van het gebruik van digitale hulpmiddelen wordt ook in het IZA genoemd, waarin initiatieven zoals **gestandaardiseerde gegevensuitwisseling en digitale (hulp)middelen** uitgebreid worden beschreven. Een integrale samenwerking is cruciaal om de systemen op elkaar af te stemmen en het gebruik van digitale systemen te optimaliseren en zorg op de patiënt af te stemmen.



Praktijkvoorbeeld

Marieke vertelt hoe zij als **huisarts** leert van de gegevens over diabetes en COPD die ze vastlegt in het keteninformatiesysteem, waarbinnen een zorggroep van zo'n honderd huisartsenpraktijken samenwerkt. 'Elk jaar bespreken we de gegevens op praktijk- en zorggroepsniveau met elkaar: Waarom lopen jouw registraties voor of achter? Als huisarts kun je bovendien ook zelf data ophalen, bijvoorbeeld op patiëntgroepsniveau, leeftijd of diagnose.' Meer weten? Lees [hier](#) verder.

Ook binnen het initiatief 'krachtige basiszorg' is een dashboard ontwikkeld in het informatiesysteem van de huisarts, waarin professionals in één oogopslag zien wat de bijzonderheden van de patiënt betrokken zijn. Daardoor is de professional meer alert op de risico's. Meer over Krachtige Basiszorg kan je [hier](#) lezen.



Kennis

Zorgpartijen hebben vaak hun eigen digitale systemen, denken vanuit hun eigen belangen en verschillen in hun opvatting welke technologie als standaard moet worden gebruikt. Toch wordt digitalisering als een van de mogelijkheden gezien om over de muren van zorgpartijen integrale zorg te organiseren. Door systemen van zorgorganisaties met elkaar te verbinden, kunnen zij de zorg sneller leveren, omdat zij de gegevens van de patiënten in kunnen zien. Maar hoe kies je de juiste combinatie van systemen, technieken en afspraken? **De menukaart voor digitaal samenwerken in de zorg** kan hierbij helpen. De menukaart is een categorisering van concepten, systemen, technologieën en afspraken die aan de hand van verschillende stappen doorlopen kan worden om het juiste proces voor de samenwerking rondom digitale zorg te kiezen.

Ook specifieke samenwerking tussen ketenpartners kan digitaal worden gerealiseerd. De vliegwielfcoalitie beschrijft aan de hand van een **procesplaat de telebegeleiding** (plaat 2) met ketenpartners. Binnen de vliegwielfcoalitie vindt een bundeling van expertise plaats en er financiële voordelen ontstaan door de zorg dichtbij huis te leveren en er alleen een beroep wordt gedaan op hoog-specialistische zorg wanneer dat nodig is.

Digitaal samenwerken tussen professies wordt steeds meer gestimuleerd vanuit de overheid, onder meer in het IZA, het programma WOZO en de Toekomstagenda gehandicaptenzorg, wordt het belang van digitalisering benoemd. Door toenemende tekorten

in de zorg wordt de vraag naar samenwerking op professioneel niveau vergroot. Voornamelijk binnen de eerste lijn verandert het zorglandschap van aanbodgericht naar vraaggericht waarbij de persoonsgerichte visie van belang is. Verschillende platformen zijn ontstaan, waarop zorgverleners met elkaar en de patiënt kunnen communiceren, waaronder VIP, Digicontact en ZorgDomein.

Tools:



Binnen het project Krachtige basiszorg is binnen het informatiesysteem van de huisarts (HIS) een dashboard ontwikkeld, waarin mensen op basis van hun gezondheidsrisico of kwetsbaarheid zichtbaar zijn. De professionals kunnen in één oogopslag zien wat bijzonderheden van de patiënt zijn en wie er bij de zorg zijn betrokken. Meer weten of **krachtige basiszorg**? [Klik hier](#).



Innovatieve organisaties in de ouderenzorg bundelen de krachten om nieuwe technologieën te onderzoeken, implementeren en op te schalen. Op de site van Anders Werken In de Zorg vind je verschillende voorbeelden en tools om gezamenlijk anders te organiseren.



Tips:

- Naast de samenwerking tussen zorgpartijen en zorgverleners is het van belang om de patiënt mee te nemen in het proces van digitale zorg. Het participatiekompas beschrijft zeven aanbevelingen voor succesvol samenwerken met patiënten aan digitale zorg.
- Digitale zorg kan het welzijn en de gezondheid van burgers ondersteunen, en de werkdruk van zorgprofessionals verlichten. Op de site van Vilans staan verschillende kopjes over de nieuwe innovaties in de zorg. Ook staan verschillende tools en voorbeelden beschreven om meer gebruik te maken van de digitale mogelijkheden.
- Bij een transformatie naar digitale en hybride zorg en ondersteuning kunnen eerdere bevindingen nuttig zijn. Vindplaats.nu geeft een overzicht van verschillende publicaties en geleerde lessen over implementaties van digitale en hybride processen in zorg en ondersteuning.

‘We hebben een keer een meeting georganiseerd met een aantal thuiszorgorganisaties en de huisartsen... Dat is wel weer even on hold gezet, Omdat bij ons de afdeling IT niet zo ver is om hier ook verdere stappen in te zetten.’

Citaat uit een interview met een bedrijfskundig manager binnen een ziekenhuis, 2023)

Zorgzame gemeenschappen/lokale initiatieven

Naast formele zorg en ondersteuning is ook informele zorg en ondersteuning van groot belang bij het organiseren van een kwalitatieve en toekomstbestendige zorg. Zorgzame gemeenschappen en lokale initiatieven spelen hierin een steeds belangrijker rol. Mensen met een zorgvraag blijven namelijk bovenal mensen, die leven in netwerken en gemeenschappen die verbinding bieden. Op welke manier kunnen burgers en gemeenschappen een rol bij de organisatie van integrale zorg spelen? En hoe kan dit worden aangepakt?



Praktijkvoorbeeld

De ‘Zorgzame Buurt’ in de gemeente Stede Broec heeft als opdracht om voor voldoende passende woningen voor ouderen te zorgen, met de juiste zorg binnen handbereik. Samen met gemeenten, zorgorganisaties, corporaties, welzijns-organisaties en vooral bewoners in de regio worden verschillende afspraken gemaakt rondom dit vraagstuk. Daarbij ligt de focus op het gebruiken van de krachten in de wijk. In de presentatie ‘De Zorgzame Buurt’ wordt het idee van Stede Broec verder toegelicht. Deze is [hier](#) te bekijken.



Kennis

In het manifest, ‘Gezond ouder worden doe je samen in de buurt’ uit februari 2023 schrijft hoogleraar gezondheidseconomie Marcel Canoy: ‘We zien enorm veel energie in de samenleving om de langdurige zorg vlot trekken. (...) Zorgzame samenlevingen zijn niet alleen goed voor ouderen die zorg en ondersteuning nodig hebben, iedereen wint: de kwaliteit van leven is voor iedereen beter, het leidt tot zingeving, het is goedkoper en beter voor de arbeidsmarkt’. Volgens [Waardigheid en trots voor de toekomst](#) zijn er schattingen die aangeven dat in 2030 80% van de Nederlandse wijken een vorm van duurzame gemeenschap zal hebben.

De grotere aandacht voor zorgzame gemeenschappen en buurten sluit aan bij de bewegingen van **persoonsgerichte zorg en positieve gezondheid**, waarbij er weer steeds meer oog is voor het belang van de sociale context en sociale verbinding voor gezondheid, welbevinden en preventie. Er zijn echter ook factoren die burgerinitiatieven of zorgzame gemeenschappen bemoeilijken, zoals de schotten tussen de Wlz, Zvw, Wmo, ruimtelijke ordening en volkshuisvesting. Niet elk burgerinitiatief groeit uit tot een zorgzame buurt of zorgzame gemeenschap. Wat in de ene buurt werkt, werkt nog niet voor de andere buurt. De samenstelling van de populatie is anders, de problemen verschillen en de voorkeuren kunnen uiteenlopen. Een initiatief dat wil slagen, houdt rekening met deze verschillen en gaat uit van de vraag, niet van het aanbod. De **kennisbundel ‘Zorgzame buurten’** laat aan de hand van vijftien goede voorbeelden zien welke werkzame elementen meespelen in het creëren van een zorgzame buurt:

1. Betrek burgers.
2. Denk in kansen, niet in problemen.
3. Denk integraal en in maatschappelijke meerwaarde.
4. Laat ruimte in de verantwoording.
5. Laat financiering niet in de weg staan.

De **Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ)** heeft de randvoorwaarden omschreven voor de groei van zorgzame gemeenschappen. Eén van deze randvoorwaarden is dat de institutionele partners, zoals welzijnsorganisaties, zorginstellingen, woningbouwcorporaties en gemeenten meewerken. Voor zorgaanbieders en zorginkopers is het van belang om te weten welke burgerinitiatieven of zorgzame gemeenschappen actief zijn binnen de gemeente of regio. Het is nog niet altijd gebruikelijk om deze initiatieven en dorps- of wijkondersteuners als volwaardige partijen in de zorg te betrekken. Dit uit zich ook in de financiering van burgerinitiatieven. Canoy schrijft in het manifest: 'Zelfs initiatieven die zich al jaren hebben bewezen in zowel financiële als materiële zin, worden niet structureel gefinancierd of kunnen niet uitbreiden'. Dit is volgens hem een gemiste kans, omdat juist deze zorgzame gemeenschappen veel ervaringskennis hebben en inzicht in de lokale context. Wanneer nieuwe burgerinitiatieven ontstaan of zorgaanbieders en zorginkopers deze willen helpen opzetten, biedt **Asset Based Community Development (ABCD)** een bruikbaar model. Asset Based Community Development gaat over de gemeenschapsvorming in buurten. Het doel ervan is om zoveel mogelijk zelfsturing aan lokale gemeenschappen te geven. ABCD gaat ervan uit dat gemeenschappen en buurten in staat zijn om de meeste problemen en vragen zelf op te lossen waarmee ze geconfronteerd worden.

Tools:



Wil je meer kennis en handvatten voor het opzetten van burger- of bewonersinitiatieven? De **kennisbank van 'Nederland Zorgt Voor Elkaar'** biedt informatie over de startfase van een initiatief, de organisatie, de rol van de dorps- of wijkondersteuner, het lokale netwerk, de juridische zaken en geldzaken, vastgoed en de grotere landelijke beweging. Meer lezen? [Klik hier](#).



Het kan lastig zijn om aan financiers of de gemeenschap de positieve meerwaarde van burgerinitiatieven te laten zien. Hoe maak je dit aantoonbaar of meetbaar? Hiervoor is het **'Veranderverhaal'** ontwikkeld. Doel is om te onderzoeken of de activiteiten van jouw initiatief meehelpen aan de gewenste resultaten. Alles over de Verandertool is [hier](#) te vinden.



Hoe ziet het **functie- en competentieprofiel van een dorps- of wijkondersteuner** eruit? De werkgroep Dorpsondersteuner van Vereniging Kleine Kernen Limburg (VKKL) en NLZVE is bezig met dit vraagstuk. Je kan er [hier](#) meer over lezen.

**Tips:**

- Heb je vragen over het opzetten of organiseren van een zorgzaam buurtinitiatief? Antwoorden en meer informatie over zorgzame gemeenschappen kan je vinden bij het loket voor zorgzame buurten. Het loket kan helpen om financierings- en andere hobbels op weg naar zorgzame buurten weg te nemen. Meer weten over het loket? [Klik hier](#).
- Investeer als zorgorganisatie in het in kaart krijgen van de lokale initiatieven en nodig ze uit om mee te denken binnen integrale samenwerkingsverbanden.

Onderweg naar vernieuwing

Waarom is het anders inrichten van de zorg in Nederland zo ingewikkeld? Welke rol speelt de grotere (ambtelijke) context hierin? We vroegen het hoogleraar gezondheids-economie Marcel Canoy:

‘Stel je in een ambtelijke omgeving een vernieuwing voor? Dan wordt dit vaak ervaren als een motie van wantrouwen. Doe ik mijn werk niet goed dan? Dit geldt zelfs voor situaties waarin het werk van de ambtenaren juist verlicht wordt en de tevredenheid van burgers stijgt. De wereld van morgen krijgen zorgmedewerkers onvoldoende mee in hun opleiding. Als ze geen vaste plek hebben in het organogram van een gemeente of zorgverzekeraar, zijn zij niet altijd bevoegd of bereid de initiatieven op hun verdiensten te beoordelen. Dat komt soms omdat de leiding van bovenaf wel dingen roept, maar dit niet altijd landt in de eigen organisatie. Ook als het middenmanagement naar behoren in staat is om te doen wat het goede is, kunnen prikkels in de weg zitten. Als opleiding, politiek, bedrijfscultuur en prikkels niet meewerken, is het moeilijk om gedrag aan te passen, vooral omdat veranderen vaak pijn doet en investeringen vergt in tijd en moed.

Een en ander is te verklaren vanuit het feit dat Nederland de langdurige zorg enorm heeft geïnstitutionaliseerd. Veel meer dan andere landen beleggen we dingen bij de zorg, professionals in het sociale domein of de overheid. Dit heeft als gevolg dat burgers vaker naar diezelfde professionals (of overheid) kijken voor oplossingen in plaats van zelf te handelen, en tevens dat het systeem de neiging heeft om zich ‘te verdedigen’ tegen die burgers die de moed wel hebben zelf in actie te komen. Het veranderen en wennen aan nieuwe realiteiten kost tijd en moeite.

Wat vaak gezegd wordt, ook in nieuwe politiek constellaties, dat we toe moeten werken naar een nieuw systeem van wet- en regelgeving. Er valt niet uit te sluiten dat er dingen aangepast kunnen of moeten worden. Maar uit de succesvolle voorbeelden blijkt dat niets in het huidige wet- en regelgeving verhindert dat we het goede doen. Waar een wil is, is een weg. Alleen moeten we het gemakkelijker maken. Dat is meer een kwestie van cultuur dan een kwestie van wetten.’

(Marcel Canoy, 2024)

Integrale zorg organiseren: Conclusie

Deze kennissynthese biedt een momentopname van de beschikbare kennis over het organiseren van integrale zorg anno 2023. Er zijn veel definities van integrale zorg. Binnen deze kennissynthese hebben we ‘integrale zorg’ gedefinieerd als ‘zorg en ondersteuning in samenhang organiseren rond een individueel persoon of groep personen en hun sociale netwerk, waarbij grenzen tussen organisaties of domeinen geen beperking meer vormen’. In het eerste blok ‘Concept’ zijn we ingegaan op integrale zorg als een manier van denken met specifieke onderliggende waarden en verschijningsvormen in de praktijk. Het tweede blok ‘Proces’ bood kennis en handvatten voor het organiseren van integrale zorg in de Nederlandse praktijk. In ‘Context’ hebben we vervolgens gekeken naar de relevante maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Tot slot eindigen we nu met overstijgende conclusies, kennishiaten en aanbevelingen.

Het integrale zorg werkveld is volop in ontwikkeling. In de zoektocht naar passende organisatievormen, zien we bijvoorbeeld een enorme toename van samenwerkingsverbanden en netwerken tussen organisaties en domeinen. Hierin zien we een grote verscheidenheid aan hoe die samenwerkingsverbanden zijn ingericht, hoe ze zich ontwikkelen en waar ze zich op richten. We zien in toenemende mate samenwerking in de regio of regio-overstijgende samenwerkingen. Deze ontwikkelingen worden mede ingegeven door toenemende schaarste op onder andere de arbeidsmarkt en het bewustzijn dat veel behoeften van burgers niet met een enkel (zorg)antwoord op te lossen zijn. Hierdoor groeit het besef dat organisaties het niet meer alleen kunnen en zij samenwerking moeten organiseren.

Deze kennissynthese maakt duidelijk dat het organiseren van integrale zorg complex is. Het vraagt om een andere manier van denken in hoe ons stelsel nu is ingericht en onze professionals zijn opgeleid. De verzamelde en samengevoegde kennis laat tevens zien dat het organiseren van integrale zorg vele verschillende samenhangende activiteiten omhelst, waarbij verschillende stakeholders betrokken zijn. Ten slotte vindt integrale zorg ook plaats in een veld en bredere context van politiek en beleid die ook volop in beweging is. Met al deze ontwikkelingen is deze kennissynthese een momentopname van de beschikbare kennis, waarmee we willen aanzetten tot verdere kennisdeling en kennisverspreiding. Er zit ook enorm veel kennis in het veld zelf, die nog niet of onvoldoende wordt verbonden en opgehaald. In verscheidene regio’s worden innovatieve vormen, structuren, samenwerkingsprocessen opgezet. Er komt meer interne reflectie op gang, zowel op organisatie- als toezichtniveau, op wat het betekent om als organisatie samenwerkingsgericht te zijn en het belang van de eigen organisatie te overstijgen. Integraal kunnen samenwerken wordt met toenemende mate daarmee een professionele en bestuurlijke vaardigheid, die verwacht wordt van zowel zorgmedewerkers als leidinggevendenden. Daarbij zal veel ondersteuning en zorg niet alleen vanuit een professionele as worden vormgegeven, maar veel meer en eerder ook gekeken (moeten) worden wat burgers en hun naasten zelf kunnen doen en wat zorg is. Deze context vraagt om een verbinding van integrale zorg initiatieven met de community, regio of gemeenschap.

Hoewel er al veel kennis beschikbaar is in het veld, zien we tegelijkertijd ook dat de verdere ontwikkeling van kennis en praktijk niet snel gaat. Ondanks dat vele nieuwe studies worden geïnitieerd, wordt er maar beperkt aanvullende kennis ontwikkeld. Dit is terug te zien in de kennishiaten, die we in het volgende hoofdstuk uiteenzetten.

Verder zien we dat de daadwerkelijke toepassing van beschikbare kennis in de praktijk vaak complex is en veel tijd kost. Deze complexiteit heeft verschillende redenen:

1. Er moet vaak **veel tegelijk** georganiseerd worden met veel verschillende betrokkenen.
2. Er is vaak sprake van **wisselingen** ten aanzien van personen en betrokkenen, wat ten koste gaat van continuïteit en kan zorgen voor vertraging of juist versnelling.
3. Er moet op **verschillende lagen** gekeken en georganiseerd worden, bijvoorbeeld zowel op bestuurs- als uitvoeringsniveau.
4. De omgeving is **niet altijd faciliterend**, zoals landelijk en lokaal beleid, prikkels voor innovatie en passende bekostiging.
5. Vaak zijn governance arrangementen (nog) **niet ingericht** op samenwerking tussen organisaties en ecosysteem denken. Er is ander leiderschap met nieuwe ondersteunende governance nodig.

Overstijgend zien we de volgende bewegingen in kennisontwikkeling en de praktijk:

1. Waar de kennis over integrale zorg zich oorspronkelijk specifiek richtte op doelgroepen met een bepaalde ziekte en/of aandoening, zien we nu een **verbreding** naar kennis over samenwerkingsprocessen, -vormen en manieren van organiseren in het algemeen, wel toegepast op bepaalde doelgroepen of gebieden/regio's.
2. Er is toenemende aandacht voor de rol van **digitale zorg** bij het faciliteren, aanjagen en transformeren van integrale zorg.
3. In aanvulling op de technische, functionele aspecten van organiseren, ontstaat er meer bewustzijn over het belang van de **relationele, normatieve aspecten** die een rol spelen bij het organiseren van integrale zorg, zoals belangen, macht, gedragsverandering en het 'loslaten van het oude'.
4. Het belang van **governance** in bredere zin wordt in toenemende mate herkend, bijvoorbeeld zichtbaar in andere benaderingen van kwaliteit, leren en verantwoordingen, maar ook bij de inrichting van bestuur, toezicht en beleid.

In het volgende blok 'Kennis over integrale zorg' bouwen we voort op bovenstaande punten, middels het identificeren van kennishiaten. Hier vind je ook de bibliotheek met alle gebruikte bronnen, gesorteerd op het type kennisproduct.



4

De kennis over integrale zorg

Welke kennisvelden zijn er en welke soorten kennis en praktijkproducten over het organiseren van integrale zorg zijn beschikbaar?

Kennishiaten en aanbevelingen: Hoe nu verder

‘Als je elkaar gewoon niet begrijpt en je hebt ook geen idee waar iemand mee bezig is, dan moet je ook niet verwachten dat daar als vanzelf allemaal spannende integrale dingen gaan gebeuren, hè? Dat is wel gebleken. Dus een van de eerste dingen die wij gedaan hebben in die setting is dat we gekeken hebben naar: Hoe kunnen we elkaar nou beter vinden?’

Citaat uit een interview met Zorgverzekeraars Nederland, 2023.

Kennishiaten

Wanneer we resultaten van deze kennissynthese naast de ontwikkelingen in de praktijk leggen, kunnen we, onder meer door onze praktijkraadpleging en praktijkexpertise, een aantal thema's identificeren waarop behoefte aan meer kennis bestaat:

1. Samenspel formele en informele zorg of zorgzame buurten

Momenteel wordt de rol van informele zorg en het sociale netwerk van mensen met zorg- en ondersteuningsvragen steeds belangrijker. Hierbij kan gedacht worden aan naasten, zoals familie of vrienden. Steeds vaker gaat het ook over vrijwilligers en buurtbewoners. De opkomst van zorgzame buurten en gemeenschappen levert naast een nieuwe actor, ook nieuwe kennisvragen op. Op welke wijze kan er worden samengewerkt met informele zorgverleners of zorgzame buurten? Welke uitdagingen en kansen brengt dit met zich mee? Hoe nemen we belemmeringen effectief weg? Aanvullende kennisvragen gaan over wat we onder ‘zorg’ scharen, hoe de zorg kan vermaatschappelijken en hoe de maatschappij of burger zelf meer kan zorgen.

2. Impactmeting van integrale zorg

Om integrale zorg op grotere schaal te kunnen inzetten en bekostigen, is er vraag naar kennis over effectmeting. Zowel in de wetenschap als de praktijk blijkt dat een uitdagend vraagstuk, omdat we met tal van complexiteiten te maken hebben (Michgelsen, 2023). Zo heeft integrale zorg bijvoorbeeld verschillende doelstellingen: het verminderen of gelijk houden van de kosten, het verbeteren van gezondheid of voorkomen van zorggebruik, het verbeteren van de zorgervaring, et cetera. Kennis over het meten van daadwerkelijke effecten van integrale zorg en kennis over hoe (aanpakken, werkwijzen, voorbeelden) deze effecten gebalanceerd in kaart kunnen worden gebracht, is dan ook van meerwaarde.

3. Cultuur, waarden, inclusie en diversiteit

Integrale zorg gaat in essentie over samenwerken tussen mensen. Daarom spelen relationele, menselijke aspecten zoals (verschillende) culturen en waarden een belangrijke rol. Van oudsher zijn ‘hardere’ organisatorische aspecten, zoals hoe processen af te stemmen, dominant in de literatuur over het organiseren van integrale

zorg. Zowel in de praktijk als de wetenschap is er echter ook groeiende aandacht voor de ‘zachtere’, intermenselijke kanten van het organiseren van integrale zorg. Meer en concretere kennis over hoe deze aspecten een rol (kunnen) spelen zou meerwaarde hebben. Hierbij verdient ook het thema inclusie en diversiteit extra aandacht. Nederland is een divers land, waardoor kennis over cultuur-sensitieve zorg meerwaarde kan hebben. Bij integrale zorg wordt er samengewerkt, omdat men aanvullend is of iets anders ‘te bieden’ heeft. Het opzoeken van diversiteit heeft echter ook het gevolg dat verschillen overbrugd moeten worden, zichtbaar zijn en invloed hebben op samenwerking. Hoe diversiteit in integrale zorg een constructieve rol kan hebben, vraagt om meer kennis.

4. Ondersteunende technologie

Integrale zorg wordt vaak naast technologie als digitale zorg gezet en naast informatie-communicatie in technische zin, omdat dit mogelijke oplossingsrichtingen voor de toekomst kunnen zijn. Tegelijkertijd is er meer bewustwording in de praktijk dat technologie een sterk ondersteunende rol in de realisatie van integrale zorg kan hebben. Denk bijvoorbeeld aan informatie-uitwisseling tussen organisaties en professionals, maar ook aan bijvoorbeeld zorg op afstand of leefstijlmonitoring bij mensen thuis. Het zou van meerwaarde zijn om meer kennis te ontwikkelen over welke typen technologie als katalysator kunnen werken bij de realisatie van integrale zorg.


5. Verduurzaming en opschaling

Ook bij het samenstellen van deze kennissynthese viel het op dat zowel in de literatuur als de praktijk veel aandacht is voor het opstarten van initiatieven in integrale zorg. Echter, nu veel pilots en experimenten zich verder ontwikkelen en in verdere fasen van ontwikkeling komen, is er behoefte aan meer kennis over het duurzaam borgen en opschalen van integrale zorg. Dit kan ervoor zorgen dat initiatieven in integrale zorg een blijvende en stabiele rol in het stelsel hebben. Daarbij werken organisaties steeds meer in netwerken, en daarmee in meerdere netwerken of samenwerkingsverbanden, waardoor multi-netwerken relevant wordt. Hoe dit soort samenwerking efficiënt en passend te organiseren, en welke governance daarbij hoort (toezicht, verantwoording, leiderschap), zijn kennisgebieden waarbinnen nog vele kennislacunes bestaan.

Aanbevelingen

Nederland kent een lange geschiedenis op gebied van het organiseren van integrale zorg. Het blijft echter ook anno 2023 een actueel thema. Het programma de Juiste Zorg op de Juiste Plek en de vele andere programma’s, lokale en regionale initiatieven dragen daaraan bij, door meer te kijken naar de behoeften van mensen zelf en daarbij meer (domeinoverstijgende) samenwerking te zoeken. Recente akkoorden en programma’s zoals IZA, WOZO, GALA en TAZ zetten deze beweging voort.

Met de vele praktijkvoorbeelden en beschikbare tools, laat deze kennissynthese zien dat er in Nederland al veel kennis beschikbaar is, maar ook dat er nog hiaten bestaan. Wij hopen met deze kennissynthese de samenhang hierin te laten zien. Voor een compleet beeld is ons advies om ook de syntheses te lezen die door Nivel en het RIVM zijn uitgevoerd. Duidelijk is dat veel kennis in het veld (nog) onvoldoende wordt ontsloten, verbonden en opgehaald en dat hier een georganiseerde kennisinfrastructuur voor



ontbreekt. Ook bestaat er in de praktijk een veelkleurigheid aan soorten initiatieven op gebied van integrale zorg. Dit maakt het ingewikkeld om te bepalen welke informatie relevant is op welk moment, en welke richting te kiezen.

Er is dus initiatief nodig vanuit landelijk beleid, waarbij een duidelijke richting en visie in zorg en ondersteuning wordt gekozen. Aan de andere kant is het belangrijk dat er altijd een sterke verbinding met de praktijk blijft bestaan, waarmee het beleid gevoed kan blijven worden. Daarbij is integrale zorg ook nadrukkelijk een internationaal thema, waarvoor interesse bestaat in vele landen. De *International Foundation for Integrated Care* agendeert bijvoorbeeld diverse onderwerpen die in meerdere landen actueel zijn.

Onze aanbeveling is om te investeren in een landelijke kennisinfrastructuur die vanuit de praktijk alle kennis bij elkaar brengt. Tegelijkertijd ontsluit deze kennisinfrastructuur praktisch toepasbare kennis en helpt professionals op interactieve wijze om de voor hen relevante kennis te vinden: de juiste kennis op de juiste plek. Tot slot is het van belang dat deze kennisinfrastructuur dynamisch is en gevoed blijft worden door de nieuwe (kennis)ontwikkelingen, zodat het relevant blijft en op deze manier fungeert als een centraal informatiepunt.

De kennis over integrale zorg: Verantwoording

Deze kennissynthese biedt een momentopname (eind 2023) van de beschikbare kennis en inzichten in het organiseren van integrale zorg. We hebben er hierbij voor gekozen om integrale zorg functioneel te definiëren als een samenwerking die op dienstniveau tussen drie of meer partijen is gericht. Op basis van deze definitie hebben we **een pragmatische literatuurstudie** opgezet. In deze literatuurstudie hebben we gezocht naar wetenschappelijke en grijze literatuur over integrale zorg, praktijkvoorbeelden en kennisproducten. De informatieselectie vond plaats op de gestelde parameters, de relevantie voor de JZOJP-praktijk en de gedateerdheid van de informatie.

Onze pragmatische literatuurstudie leverde **147 bronnen** op die we in deze kennissynthese hebben opgenomen en in de bibliotheek hebben geclusterd binnen kennis-categorieën. Wat opvalt is dat de bestaande praktijkvoorbeelden en kennisproducten voornamelijk gericht zijn op initiatieven voor thuiswonende mensen, zoals gericht op (kwetsbare) ouderen, jeugd of werken in de wijk. Er zijn minder praktijkvoorbeelden voorhanden ten aanzien van intramurale zorg zoals de gehandicaptensector of verpleeghuiszorg. Om de gevonden kennis overzichtelijk en praktijkgericht te presenteren, hebben we gekozen voor een thematische kapstok, die onder andere gebaseerd is op het SUSTAIN-rapport, waar een van onze onderzoekers eerder aan bijgedragen heeft. Daarbinnen is het soort informatie onderverdeeld in 'kennis', 'praktijk', 'tools' en 'tips'. Naast de bronnen in deze literatuurstudie, hebben we ook gebruik gemaakt eerdere literatuurstudies van Vilans in het Engelstalige wetenschappelijke veld.

Naast de pragmatische literatuurstudie hebben we **zeven semigestructureerde interviews** uitgevoerd met potentiële eindgebruikers en deskundigen uit het werkveld. Het gaat om professionals op managements- of bestuurlijk niveau van zorgaanbieders, thuiszorgaanbieders, zorginkopers, de gemeente, ZN en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). We hebben gevraagd waar zij behoefte aan hebben, wat ze al gebruiken en wat ze zouden willen gebruiken. Als laatste hebben we in **twee feedbackrondes** allereerst **vijf experts binnen Vilans** en vervolgens **vijf leden van de Learning Community Integrale Vraagstukken** laten meelesen en reflecteren op het eindproduct. Deze input vanuit het werkveld heeft het product verder gevormd en de toepasbaarheid van de kennis op praktisch niveau verder aangescherpt. Dank aan iedereen die heeft meegeholpen.

Bibliotheek



Praktijkvoorbeelden en best practices

- [Beter Samen in Noord \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)
- [Dementie Netwerk Nederland – Een onafhankelijk samenwerkingsverband van en door regionale dementienetwerken](#)
- [De Zeeuwse Zorg Coalitie geeft burgerparticipatie serieus vorm \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)
- [‘Door de ogen van de patiënt’ in Sociaal Plein Huisartsenpraktijk Damzicht - Integraal werken in de wijk](#)
- [Introductie - Kennisbouwstenen](#)
- [Kennisnetwerk CVA Nederland: Zelfevaluatie 2023 van start](#)
- [Krachtige Basiszorg - Over ons](#)
- [Meer samenwerking in de wijk op basis van data \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)
- [Over OZO - OZO \(ozoverbindzorg.nl\)](#)
- [Programma MGZ VG Samen én Anders - Toekomstgericht organiseren van de gehandicaptenzorg](#)
- [Samen Beslis hulp](#)
- [Samenkr8: regionaal krachten bundelen - Dichterbij](#)
- [Samen opleiden in de ouderenzorg](#)
- [Samen verantwoordelijk voor de gezondheid van inwoners \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)
- [Samenwerken voor de kwetsbaarste inwoners van Amsterdam \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)
- [Samenwerking Gors, Tragel en Zuidwester bij medische cliëntzorg - Tragel](#)
- [Sociale wijkteams in beeld \(zorgvoorbeter.nl\)](#)
- [Samen Zorg Assen zorgt voor efficiëntere nachtzorg \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)
- [Succesvolle samenwerking huisarts en SO dankzij ONUe \(vilans.nl\)](#)
- [Thuisplusflats: een integrale benadering van wonen, welzijn en zorg | Taskforce Wonen en Zorg \(taskforcewonenzorg.nl\)](#)
- [Wijkcoördinator is olie voor samenwerking in de wijk](#)
- [Zo werken PlusPraktijken](#)



Factsheets en wegwijzers

- [Anders werken in de zorg](#)
- [Analysetool Wijkgericht Integraal Werken](#)
- [Dashboard arbeidsmarkt en inzetbaarheid zorgverleners](#)
- [Digitale zorg](#)
- [De Netwerkgang Dichtbij Wijzer](#)
- [Domeinoverstijgende financiering: tips en voorbeelden](#)
- [Factsheet Criteria regiobeelden regioplannen 2023.pdf \(nvz-ziekenhuizen.nl\)](#)
- [Factsheet zorgakkoorden en programma's](#)
- [Goede samenwerkingen netwerken flyer](#)
- [‘Handreiking integrale werkwijzen zorg & welzijn en werk & inkomen’](#)
- [Handreiking Netwerkgang \(netwerkgangnederland.nl\)](#)

- [Handreiking voor initiatiefnemers, projectleiders en netwerkregisseurs: realisatie lokale aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas.](#)
- [Implementatiekaart Netwerk Van spreekkamer naar leefstijlinterventie](#)
- [Infographic zorgwetten](#)
- [Kennisdossier informele zorg](#)
- [Knowledge Tree - IFIC \(integratedcarefoundation.org\)](#)
- [Limburgse zesknoppenmodel_brochure.pdf \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)
- [Menukaart ondersteuning regionale samenwerking](#)
- [Menukaart voor digitaal samenwerken in de zorg](#)
- [Op weg naar integrale kinderpalliatieve zorg](#)
- [Participatiekompas wijst de weg naar kennis over patiëntenparticipatie](#)
- [Samenwerken met ervaringsdeskundigen in 3 lagen \(vilans.nl\)](#)
- [Stroomversneller Gezamenlijke regiovisie.pdf \(nvz-ziekenhuizen.nl\)](#)
- [Vliegwielen digitale innovatie in de zorg: toolkit slim organiseren](#)
- [Zorgdomein](#)
- [Zorg organiseren voor kind met chronische aandoening](#)



Reflectietools (voor gesprekken)

- [Aan de slag met dilemma's in integrale zorgnetwerken](#)
- [Integraal werken reflectie tips en tools](#)
- [Partnerschapskaart \(han.nl\)](#)
- [Serious Game JZJP \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)
- [Serious Game](#)
- [Stilstaan bij lokale samenwerking rondom mantelzorgondersteuning.pdf \(movisie.nl\)](#)
- [Waardenkaart: verbeter de samenwerking \(vilans.nl\)](#)



Artikelen en tips

- [3 manieren om coördinatie van integrale zorg te verbeteren \(beteroud.nl\)](#)
- [9 tips om als netwerk duurzaam en productief te blijven \(vilans.nl\)](#)
- [De juiste professional op het juiste moment](#)
- [Digitaal samenwerken bevordert integrale ouderenzorg](#)
- [Eenheid van taal kent alleen maar winnaars \(vilans.nl\)](#)
- [Essenburg: regenboogmodel voor integrale zorg](#)
- [Geleerde lessen en publicaties over implementatie van digitale zorg](#)
- [Gericht verbeteren met het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg](#)
- [Handreiking patiënten participatie digitale zorg](#)
- [Handvatten 'goed samenwerken in zorgnetwerken. Hoe regel je dat in eigen organisatie'](#)
- ['Om echt te innoveren moet je samenwerken'](#)
- ['Praten over waarden helpt je om koers te houden' \(vilans.nl\)](#)
- [Samenwerking werkgevers zorg-arbeidsmarkt mag niet nadelig uitpakken voor zorgmedewerkers](#)
- [Speech: Samenwerken in de regio, de Mededingingswet en de rol van de ACM | ACM.nl](#)
- [Toekomstbeeld ketenzorg: doorontwikkeling naar integrale zorg? - reos](#)
- [Versterken van samenwerking: Sleutel tot succes? \(beteroud.nl\)](#)
- [Verwachtingen integrale ouderenzorg te hoog gespannen - Zorgvisie](#)

- [Vijf manieren voor een integrale arbeidsmarktaanpak](#)
- [Vraag gestuurde integrale zorg](#)
- [Walcheren Integrale Zorgmodel voor kwetsbare ouderen \(beteroud.nl\)](#)



Video's

- [Digicontact](#)
- [Dr. Niamh Lennox-Chhugani, CEO of the International Foundation for Integrated Care explains the 9 Pillars of Integrated Care.](#)
- [Het Limburgse Zesknoppenmodel van Integrated Care - video 1 van 3 \(algemene introductie\)](#)
- [Het Limburgse Zesknoppenmodel van Integrated Care - video 2 van 3 \(de eerste drie knoppen\)](#)
- [Het Limburgse Zesknoppenmodel van Integrated Care - video 3 van 3 \(de laatste drie knoppen\)](#)
- [Hoe organiseer je netwerkzorg goed?](#)
- [Video Common Eye: Ambitie](#)
- [Video Common Eye: Belangen](#)
- [Video Common Eye: Relatie](#)
- [Video Common Eye: Organisatie](#)
- [Video Common Eye: Proces](#)
- [Wat is Integrated Care? Henk Nies legt uit](#)



Onderzoeksrapporten

- [De governance van netwerkzorg ontrafeld](#)
- [De schaal van netwerkzorg](#)
- [Integraal werken met risicojeugd: de rol van gemeenten](#)
- [Netwerken integrale ouderenzorg: door welke elementen pakt de samenwerking goed uit en wat leveren ze op voor ouderen en professionals? \(rivm.nl\)](#)
- [Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren](#)
- [Overwegingen en dilemma's over schaal en meerschalligheid](#)
- [Passende zorg voor ouderen thuis | Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau \(scp.nl\)](#)
- [Publicatie rol toezicht netwerkzorg](#)
- [Rapport Sociale wijkteams vijf jaar later 2020](#)
- [SUSTAIN Roadmap](#)
- [Werkzame elementen bij integraal werken](#)
- [Zorgzame buurten: Inspirerende initiatieven die het systeem trotseren'](#)



Richtlijnen

- [ACM Beleidsregel Juiste zorg op de juiste plek \(JZOJP\)](#)
- [ACM: de 5 voorwaarden van de juiste zorg op de juiste plek](#)
- [Gezond en Actief Leven Akkoord \(GALA\)](#)
- [Grenzeloos samenwerken? | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving](#)

- [Integraal werken: Effectief casemanagement en de houding van de professional - Richtlijn Multi probleemgezinnen](#)
- [Integraal Zorgakkoord \(IZA\) \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)
- [Integraal zorgakkoord samen werken aan gezonde zorg](#)
- [Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn \(TAZ\) | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)
- [Vernieuwingen ouderenzorg | Wonen, Ondersteuning en Zorg Ouderen \(WOZO\) | Ouderenzorg | Rijksoverheid.nl](#)



Wetenschappelijke literatuur

- Amelung, V. E., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E., & Suter, E. (2017). Handbook Integrated Care (Vol. 1). Springer, Cham. [10.1007/978-3-319-56103-5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5)
- Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: State of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.316>
- Buma, L. E., Vluggen, S., Zwakhalen, S., Kempen, G. I. J. M., & Metzelthin, S. F. (2022). Effects on clients' daily functioning and common features of reablement interventions: A systematic literature review. *European Journal of Ageing*, 19(4), 903-929. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín Rodríguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- De Bruin, S. R., Stoop, A., Billings, J., Leichsenring, K., Ruppe, G., Tram, N., Barbaglia, M. G., Ambugo, E. A., Zonneveld, N., Paat-Ahi, G., & others. (2018). The SUSTAIN project: A European study on improving integrated Care for Older People Living at home. *International journal of integrated care*, 18(1).
- Glimmerveen, L. M. (2020). Citizen participation: Bargaining over boundaries in the organization of care services.
- Glimmerveen, L., Zonneveld, N., Michgelsen, J., Spierenburg, M., Dahmen, S., Wijk, E. V., & Minkman, M. M. N. (2020). De governance van netwerkzorg ontrafeld. Waarom 'samen sturen' belangrijk én ingewikkeld is. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33747.40486>
- Goodwin, N., Stein, V., & Amelung, V. (2017). What Is Integrated Care? In *Handbook Integrated Care* (pp. 3-23). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5_1
- Huber, M. A. (2014). Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food. <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/1486701/guid-ca35cefs-7513-4963-8666-dfed020b66ac-ASSET3.o>
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>

- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Aubrey-Bassler, K., Muhajarine, N., Burge, F., Bush, P. L., Danish, A., Ramsden, V. R., Légaré, F., & Guénette, L. (2020). Case management in primary care for frequent users of health care services: A realist synthesis. *The Annals of Family Medicine*, 18(3), 218-226.
- Im, J., Evans, J. M., Grudniewicz, A., Boeckstaens, P., Upshur, R., & Steele Gray, C. (2022). On the same page? A qualitative study of shared mental models in an inter-professional, inter-organizational team implementing goal-oriented care. *Journal of Interprofessional Care*, 0(0), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2113048>
- Kaehne, A., & Nies, H. (2021). *How to Deliver Integrated Care: A Guidebook for Managers*. Emerald Group Publishing.
- Kee, K., Nies, H., van Wieringen, M., & Beersma, B. (2023). From Integrated Care to Integrating Care: A Conceptual Framework of Behavioural Processes Underlying Effective Collaboration in Care. *International; Journal of Integrated Care*. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.7446>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Kuluski, K., Peckham, A., Gill, A., Gagnon, D., Wong-Cornall, C., McKillop, A., Parsons, J., & Sheridan, N. (2019). What is important to older people with multimorbidity and their caregivers? Identifying attributes of person centered care from the user perspective. *International journal of integrated care*, 19(3).
- Metzelthin, S. F., Rostgaard, T., Parsons, M., & Burton, E. (2022). Development of an internationally accepted definition of reablement: A Delphi study. *Ageing & Society*, 42(3), 703-718.
- Michgelsen, J., Glimmerveen, L. M., Pittens, C. A., & Minkman, M. M. (2022). Decision-Making Dilemmas within Integrated Care Service Networks: A Systematic Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, 22(4).
- 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). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10691286/>
- Minkman, M.M.N. (2017). Verlangen naar integraliteit. *Innovatie van organisatie en governance van integrale zorg*. [TIAS / Tilburg University]. <https://www.tias.edu/docs/default-source/Kennisartikelen/tias-rede-mirella-minkman-10032017.pdf?Status=Temp&sfvrsn=2>
- Minkman, M. M. N. (2012). Developing integrated care: Towards a development model for integrated care [Erasmus University / iBMG]. <https://repub.eur.nl/pub/30972/>
- Minkman, M. M. N. (2020). Suitable Scales; Rethinking Scale for Innovative Integrated Care Governance. *International Journal of Integrated Care*, 20(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.5468>
- Minkman, M.M.N. (2023) The Time is Now, but Mind the Gaps: Communities - Governance - Implementation. *Int J Integr Care*. DOI: 10.5334/ijic.7687.
- Parsons, J., Tuntland, H., Nelson, M., Westendorp, R., & Rostgaard, T. (2023). A cross-country reflection on empirical and theoretical learnings, challenges, and the way forward for reablement. In *Reablement in Long-Term Care for Older People* (pp. 238-247). Policy Press. <https://bristoluniversitypressdigital.com/display/book/9781447359944/cho11.xml>
- Peeters, R., Westra, D., & Ruwaard, D. (2023). So Happy Together: A Review of the Literature on the Determinants of Effectiveness of Purpose-Oriented Networks in Health Care. *Medical Care Research and Review*. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/10775587221118156>

- Pel-Littel, R. E., Buurman, B. M., Van De Pol, M. H., Twisk, J. W. R., Tulner, L. R., Minkman, M. M., Scholte Op Reimer, W. J. M., & Van Weert, J. C. M. (2023). Effects of a shared decision making intervention for older adults with multiple chronic conditions: The DICO study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02099-2>
- Pel-Littel, R. E., Snaterse, M., Teppich, N. M., Buurman, B. M., Van Etten-Jamaludin, F. S., Van Weert, J. C. M., Minkman, M. M., & Scholte Op Reimer, W. J. M. (2021). Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02050-y>
- 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.
- Rostgaard, T., Tuntland, H., & Parsons, J. (2023). Introduction: The concept, rationale, and implications of reablement. In *Reablement in Long-Term Care for Older People* (pp. 3-20). Policy Press. https://bristoluniversitypressdigital.com/display/book/9781447359944/ch001.xml?tab_body=pdf
- Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care*. London: Nuffield Trust, 7.
- Smeets, R. (2023). Hitting the TARGET in primary care: working towards integrated and person-centred care. Maastricht University. <https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/publications/hitting-the-target-in-primary-care-working-towards-integrated-and>
- Stoop, A., Lette, M., Ambugo, E. A., Gadsby, E. W., Goodwin, N., MacInnes, J., Minkman, M., Wistow, G., Zonneveld, N., Nijpels, G., Baan, C. A., Bruin, S. R. de, & Consortium, on behalf of the S. (2020). Improving Person-Centredness in Integrated Care for Older People: Experiences from Thirteen Integrated Care Sites in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 20(2), Article 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.5427>
- Van Duijn, S. (2022). Tinkering with tensions: Boundary work and collaborative governance. <https://research.vu.nl/en/publications/tinkering-with-tensions-boundary-work-and-collaborative-governanc>
- Van Kerkvoorden, D.R., Ettema, R.G.A, Minkman, M.M.N. (2023). Accountability in healthcare in the Netherlands: A scoping review. *Int J Health Plann Manage*. DOI: 10.1002/hpm.3743.
- Van Vooren. N. (2024). PhD thesis The process of cross-sector collaboration for the health of local and regional populations. What works, why and in which context? Tilburg University: Tilburg. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/the-process-of-cross-sector-collaboration-for-the-health-of-local>
- Van Der Weert, G., Burzynska, K., & Knoben, J. (2022). An integrative perspective on interorganizational multilevel healthcare networks: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08314-6>
- Van Der Weert, G., (2024). PhD Thesis. Imperfect Integration: Governing Collaboration Through Networks in Healthcare. Radboud University: Nijmegen. van der Weert, G. E., van der Woerd, O. S., & Zonneveld, N. (2023). Normatieve afwegingen in onderzoek naar zorgnetwerken. De meerwaarde van inzicht in structuren én praktijken. <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/295136/295136.pdf?sequence=1>

- Van Der Weert, G. E., van der Woerd, O. S., & Zonneveld, N. (2023). Normatieve afwegingen in onderzoek naar zorgnetwerken. De meerwaarde van inzicht in structuren én praktijken. <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/295136/295136.pdf?sequence=1>
- Van der Woerd, O., Wallenburg, I., van der Scheer, W., & Bal, R. (2023)/ Regional network-building for complexity: A region-oriented policy response to increasing and varied demands for older person care in the Netherlands. Public Administration. DOI: 10.1111/padm.12931Opent extern
- Wankah, P., Guillette, M., Lemaitre, T., Belzile, L., & Couturier, Y. (2020). Challenges in measuring integrated care models: International knowledge and the case of Québec. International Journal of Care Coordination, 2053434520945087.
- WHO. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services, interim report (WHO/HIS/SDS/2015.6) [Interim Report]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf
- Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. A. J., & Minkman, M. M. N. (2018). Values of Integrated Care: A Systematic Review. International Journal of Integrated Care, 18(4), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.4172>
- Zonneveld, N., Glimmerveen, L., Kenis, P., Polanco, N. T., Johansen, A. S., & Minkman, M. M. (2022). Values Underpinning Integrated, People-Centred Health Services: Similarities and Differences among Actor Groups Across Europe. International Journal of Integrated Care, 22(3).
- Zonneveld, N., Raab, J., & Minkman, M. M. (2020). Towards a values framework for integrated health services: An international Delphi study. BMC health services research, 20(1), 1-13.

Colofon

Copyright © 2024 Vilans, kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning

Auteurs: Nick Zonneveld, Katie Vlaardingebroek, Maud Hoogeveen & Mirella Minkman

Met dank aan: Sandra Dahmen, Annemarie Koopman, Femke de Wit, Marloes Berkelaar & Marcel Canoy (Vilans)

We bedanken in het bijzonder de 10 geïnterviewde praktijkexperts en de 5 leden van de Learning Community Integrale Vraagstukken voor hun tijd en waardevolle inzichten.



Bekostigingsmodellen voor domeinoverstijgende initiatieven in de zorg


In het kader van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek-kennisagenda

6 februari 2024

Door:
Rob Timans
Anne Willems
Madelon Kroneman
Judith de Jong



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Januari 2024

ISBN 978-94-6122-839-0

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.



Voorwoord

In deze kennissynthese hebben we de stand van zaken omtrent kennis over bekostiging van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden in kaart gebracht. De kennissynthese is één van de drie kennissyntheses over domeinoverstijgend samenwerken die geschreven zijn in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. De andere twee syntheses zijn gemaakt door het RIVM en Vilans.

We willen graag onze respondenten bedanken voor hun enthousiasme en bereidheid om hun ervaringen over bekostiging van samenwerkingsverbanden met ons te delen. Ook willen we het RIVM en Vilans bedanken voor de prettige samenwerking.

De auteurs

Inhoudsopgave

Voorwoord	92
Samenvatting	94
1. Inleiding	97
1.1 Doel- en vraagstelling	98
1.2 Uitgangspunten en afbakening kennissynthese	98
1.3 Leeswijzer	100
2. Methode	101
2.1 Belemmeringen in kaart	101
2.2 Alternatieve bekostigingsmodellen	101
2.3 Uiteindelijke synthese	102
3. Ervaren knelpunten in bekostiging	103
3.1 De vijf geselecteerde projecten met regionale domeinoverstijgende samenwerking	103
3.2 Problemen met bekostiging door zorgverzekeraars en gemeenten	107
3.3 Problemen door onmogelijkheid van bekostiging vanuit meer dan één wet	110
3.4 Het is moeilijk om structurele bekostiging te vinden voor domeinoverstijgende zorg en preventie op groepsniveau	111
3.5 Overzicht problemen en oplossingen van de onderzochte projecten	114
4. Alternatieve bekostigingsmodellen	115
4.1 Literatuur scan	115
4.2 Huidige bekostigingsmodellen staan samenwerking vaak in de weg	115
4.3 Toepasbaarheid in de praktijk in Nederland	119
5. Hoe nu verder?	126
Literatuur	132
Bijlage A Methoden	135
A.1 Literatuurscan	135
A.2 Interviewprotocol	135
A.3 Lijst van geïnterviewde personen en geraadpleegde experts	137

Samenvatting

Eén van de veranderrichtingen om de zorg toekomstbestendig te maken is het regionaal domeinoverstijgend organiseren van zorg en ondersteuning. De huidige bekostiging, die is opgesplitst in Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en Wet langdurige zorg (Wlz), leidt echter tot knelpunten in de totstandkoming en uitvoering van domeinoverstijgende samenwerking. Het doel van deze kennissynthese is dan ook om inzicht te krijgen in deze knelpunten en om reeds gevonden en mogelijke toekomstige oplossingen in kaart te brengen. We hebben dit gedaan door middel van interviews met direct betrokkenen van vijf projecten met domeinoverstijgende samenwerking. Daarnaast is een scan gemaakt van recente (inter)nationale literatuur over alternatieve bekostigingsmodellen. De belangrijkste bevindingen, dan wel het gehele rapport, zijn voorgelegd aan een aantal experts die ervaring hebben met domeinoverstijgende bekostiging. Zij hebben middels overleg, of schriftelijk gereageerd. Hun input is meegenomen in de finale kennissynthese.

Ervaren knelpunten en gevonden oplossingen in de praktijk

Er worden knelpunten ervaren met het verrekenen van de inzet van domeinoverstijgende zorg tussen samenwerkende organisaties, bij de bekostiging vanuit zorgverzekeraars en gemeenten, in situaties waarin (tijdelijk) zorg vanuit meer dan één domein geïndiceerd is, en bij de bekostiging van preventie.

In Tabel 1 staan de in de praktijk ervaren bekostigingsproblemen en de oplossingen die daarvoor gevonden zijn benoemd.

Tabel 1: Ervaren bekostigingsproblemen en gevonden oplossingen

Ervaren probleem	Gevonden oplossing
De Zvw is strak en biedt weinig tot geen ruimte voor bekostiging buiten bestaande kaders	Analyse die aantoont dat nieuwe werkwijze kosten bespaart, waarna bekostiging uit Zvw mogelijk was
Verskil in interpretatie van de Zvw tussen zorgverzekeraars, waardoor de ene verzekeraar soepeler is in het vergoeden van domeinoverstijgende werkzaamheden dan de andere	Het helpt om een vertrouwensrelatie met de financier op te bouwen. Langdurige samenwerking en onderling vertrouwen vergemakkelijkt de onderhandelingen aanzienlijk
De overstap tussen Zvw/ Wmo naar Wlz levert problemen op in de continuïteit van zorg	Afspraken tussen partijen waardoor zorgaanbieders voor zowel Wmo als Wlz gecontracteerd worden
Consultatie zorgverlener vanuit Zvw bij langdurige zorg uit Wlz is niet mogelijk	<i>Geen structurele oplossing. Wordt vooralsnog bekostigd door aan het project deelnemende zorgaanbieders in combinatie met subsidies</i>
Het is moeilijk om structurele bekostiging te vinden voor preventie	<i>Geen structurele oplossing. De projecten op het gebied van preventie worden bekostigd vanuit subsidies</i>

Ervaren probleem

Grote verschillen in budgetten van gemeenten/ (voorzien) financiële problemen bij gemeenten waardoor domeinoverstijgende samenwerking niet in alle betrokken gemeenten even goed van de grond komt

Gevonden oplossing

Geen structurele oplossing

Verrekenen van inzet van zorgverleners die op loonlijst van zorginstellingen staan voor project voor domeinoverstijgende samenwerking

Eén van de zorginstellingen heeft de functie van kassier die deze inzet verrekent

Alternatieve bekostigingsmodellen

De meest gangbare bekostigingsmodellen in Nederland zijn de Fee-for-Service (FSS) en Diagnosis Related Groups. Een nadeel van deze modellen is dat ze zorg zien als een prestatie verleend door één zorgverlener die aan één patiënt toe te rekenen is. Dat is niet bevorderend voor domeinoverstijgende samenwerking. Alternatieve bekostigingsmodellen zoals capitation en (populatie)budgetten kunnen wel beter ingericht worden voor domeinoverstijgende samenwerking, maar invoering van deze modellen in het huidige stelsel is niet snel te regelen.

Wat kunnen financiers en beleidsinstanties doen?

- Zorg aan naasten/netwerk mogelijk maken. Naast cliëntvolgende financiering kan het mogelijk gemaakt worden om ook zorg te bekostigen die niet direct toe te schrijven is aan een individuele cliënt.
- Zorg voor bekostiging van overlegstructuren en andere relevante niet-cliëntgebonden activiteiten. Dit vergt wel een vorm van vertrouwen in de betreffende zorg- en hulpverleners dat het geld goed besteed wordt. Er wordt nu al gewerkt aan het creëren van nieuwe betaaltitels die het gemakkelijker maken om in bepaalde gevallen overleg direct te bekostigen, maar dit zou een meer structureel en algemeen karakter moeten krijgen.
- Bekostiging op langere termijn uit de subsidiesfeer halen. Continuïteit van projecten is een probleem als gevolg van tijdelijke financiering. Veel tijd gaat naar (het telkens weer) aanvragen van subsidie. Financiers hebben soms mogelijkheden om budget ter beschikking te stellen vanuit innovatiepotjes of experimenten van zorgverleners te bekostigen. Er moet dan ook meteen oog zijn voor de langere termijn: bij bewezen succes van een domeinoverstijgend initiatief moet structurele financiering van meet af aan het doel zijn.
- Deels overlappende bekostiging bij overgang naar een ander wettelijk regime zou overgang voor cliënten en eventuele mantelzorgers soepeler maken. Zo kunnen zij bijvoorbeeld hun vertrouwde zorgverlener behouden. Dit draagt bij aan continuïteit van de zorg.

Wat kan een samenwerkingsnetwerk van zorgverleners zelf doen?

- Toon aan dat het domeinoverstijgende initiatief kostenbesparend werkt, eventueel aan de hand van concrete voorbeelden/casussen. Financiers zoals zorgverzekeraars moeten overtuigd worden van de meerwaarde van het project.
- Klein beginnen. Probeer financiers mee te krijgen om een klein project te bekostigen om te kijken of de aanpak werkt. Dat houdt het overzichtelijk en de risico's voor de financier zijn beperkt.
- Een kleiner begin heeft ook als voordeel dat ervaring opgedaan kan worden met declareren en toerekening binnen de verschillende wetten. Vanuit een beginbudget kan dan achteraf bepaald worden waar kosten verhaald kunnen worden.
- Initiële bekostiging van een project vereist derhalve een investering van zorgverleners en financiers, zowel financieel als sociaal. Vanuit deze samenwerking moet de bekostigingsnoodzaak en -behoefte in een vroeg stadium gesignaleerd worden aan instanties zoals het Zorginstituut en de NZa, zodat zij mogelijkheden hiertoe kunnen creëren. Daarbij zou het helpen als er een duidelijk bekostigingstraject zou zijn waar initiatiefnemers mee aan de slag kunnen. Dat is vooral ook belangrijk omdat het nogal veranderlijk is wat mogelijk is. Het lijkt erop dat een goed overzicht van de mogelijkheden daarom nu wel eens ontbreekt.

Denken vanuit de patiënt

- De huidige bekostigingssystematiek is sterk gericht op individuele zorgdiensten, maar ook op gezondheidsproblemen van individuele mensen. Vanuit de Zvw en Wlz vindt bekostiging van zorg plaats nadat een verzekerde 'schade' heeft opgelopen. Er wordt nog te weinig vanuit de cliënt en diens welzijn gedacht, waardoor creatieve oplossingen voor bekostiging niet mogelijk zijn.

Tot slot

Binnen de huidige wettelijke kaders zijn er mogelijkheden voor domeinoverstijgende bekostiging. Iedere actor (zorgverlener, betaler, wetgever/toezichthouder) heeft hierin een rol. Leren van elkaar (best practices) en vertrouwen in elkaar lijken hierbij van belang. Binnen de huidige wettelijke kaders, en dan met name binnen de Zorgverzekeringswet, wordt al hard gewerkt aan opties voor domeinoverstijgende bekostiging. Als de zorg over meerdere wettelijke kaders verdeeld is, kan een aanvullend bekostigingssysteem wellicht een oplossing zijn, waarbij de vraag beantwoord moet worden of dit op regionaal of nationaal niveau geregeld moet worden.

1. Inleiding

De houdbaarheid van onze gezondheidszorg staat steeds meer onder druk. Dit komt bijvoorbeeld door een stijging van het aantal mensen met een chronische ziekte, schaarste aan zorgpersoneel en stijgende zorgkosten. Om te voorkomen dat het zorgstelsel onhoudbaar wordt is het noodzakelijk om de zorg anders te organiseren. Dit is het uitgangspunt van de beweging ‘de Juiste Zorg op de Juiste Plek’ (JZOJP).

Het idee van de JZOJP is om zorg rondom mensen te organiseren, vanuit drie uitgangspunten: het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (zo veel mogelijk dicht bij huis, maar wat verder weg als dat nodig is om bijvoorbeeld expertise te waarborgen), en het vervangen van zorg door slimme zorg en e-health in te zetten. Het doel is het verbeteren van het functioneren van mensen en het betaalbaar houden van de zorg (Taskforce JZOJP, 2018). Binnen het kader van de JZOJP worden er op verschillende plekken in het land initiatieven ontplooid om de zorg toekomstbestendig te maken. Partijen binnen en buiten de zorg werken binnen deze initiatieven samen om door het voorkómen, verplaatsen en vervangen van zorg het zorgstelsel toekomstbestendig te maken. Deze initiatieven hebben inzicht opgeleverd in de mogelijkheden, maar ook in de belemmeringen op weg naar deze transformatie. De kennis daarover is echter nog gefragmenteerd, er is nog weinig zicht op wat (niet) werkt, en waarom.

In de kennisagenda ‘Zorg en ondersteuning op de juiste plek’ van het Kennisplatform Juiste Zorg op de Juiste Plek worden daarom tien kennisthema’s gepresenteerd (Kennisplatform de Juiste Zorg op de Juiste Plek 2022). Deze thema’s geven aan waarover kennis nodig is of ingezet moet worden om de JZOJP vorm te geven en te organiseren.

Eén van de kennisthema’s betreft de financiering en bekostiging. Terwijl financiering vooral gaat over de bekostiging van het zorgstelsel (macro niveau), gaat bekostiging over de manier waarop zorgaanbieders (het meso niveau) vergoed worden voor hun werk (Hayen 2021). Juist daarop richten wij ons hier. Zaken die meer met financiering te maken hebben, zoals financiële (macro)kaders voor de stelselwetten en risicoverevening, laten we buiten beschouwing.

Voor het ondersteunen van langdurige samenwerking tussen partijen uit verschillende domeinen binnen en buiten de zorg is het nodig om zicht te krijgen op de belemmeringen en mogelijkheden van de huidige bekostigingsmodellen en hoe deze eventueel moeten veranderen om domeinoverstijgende zorg mogelijk te maken. Nieuwe manieren van bekostiging zouden meer passend kunnen zijn om de doelen van de JZOJP te bereiken. In deze kennissynthese brengen we in beeld wat er op dit moment bekend is over de mogelijkheden en belemmeringen van de huidige modellen, de alternatieven daarvoor en wat we kunnen leren van de ervaringen van bestaande projecten en initiatieven.

1.1 Doel- en vraagstelling

Doel van de kennissynthese is inzichtelijk te maken wat globaal de stand van kennis is over bekostigingsmodellen, waar die kennis beschikbaar is, hoe die over te dragen valt naar de JZOJP- praktijk en hoe deze kennis van nut kan zijn voor de implementatie van juiste zorg op de juiste plek in regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden. Aan de hand van het model van het zorgstelsel weergegeven in Figuur 1 kijken we naar de rol die verschillende actoren hierin kunnen spelen.

Vanuit diverse initiatieven komen signalen dat de huidige bekostigingsstructuur niet aansluit bij de doelstellingen van de JZOJP. We starten daarom met een inventarisatie van de knelpunten die gesignaleerd worden in deze projecten. Vervolgens bekijken we welke alternatieve bekostigingsmodellen er zijn en of deze toegepast of toepasbaar zijn voor de JZOJP. Uiteindelijk willen we inzicht krijgen in welke elementen een bekostigingsmodel moet bevatten om de JZOJP doelstellingen te kunnen realiseren.

Samengevat luiden de onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de belangrijkste knelpunten van de huidige bekostigingsmodellen als het gaat om het behalen van de JZOJP doelen?
2. Wat is er bekend over de opzet en implementatie van alternatieve bekostigingsmodellen?
3. Welke elementen bevat een bekostigingsmodel dat passend is voor de doelstellingen van de JZOJP, en hoe zou een dergelijk bekostigingsmodel toegepast kunnen worden in de praktijk?

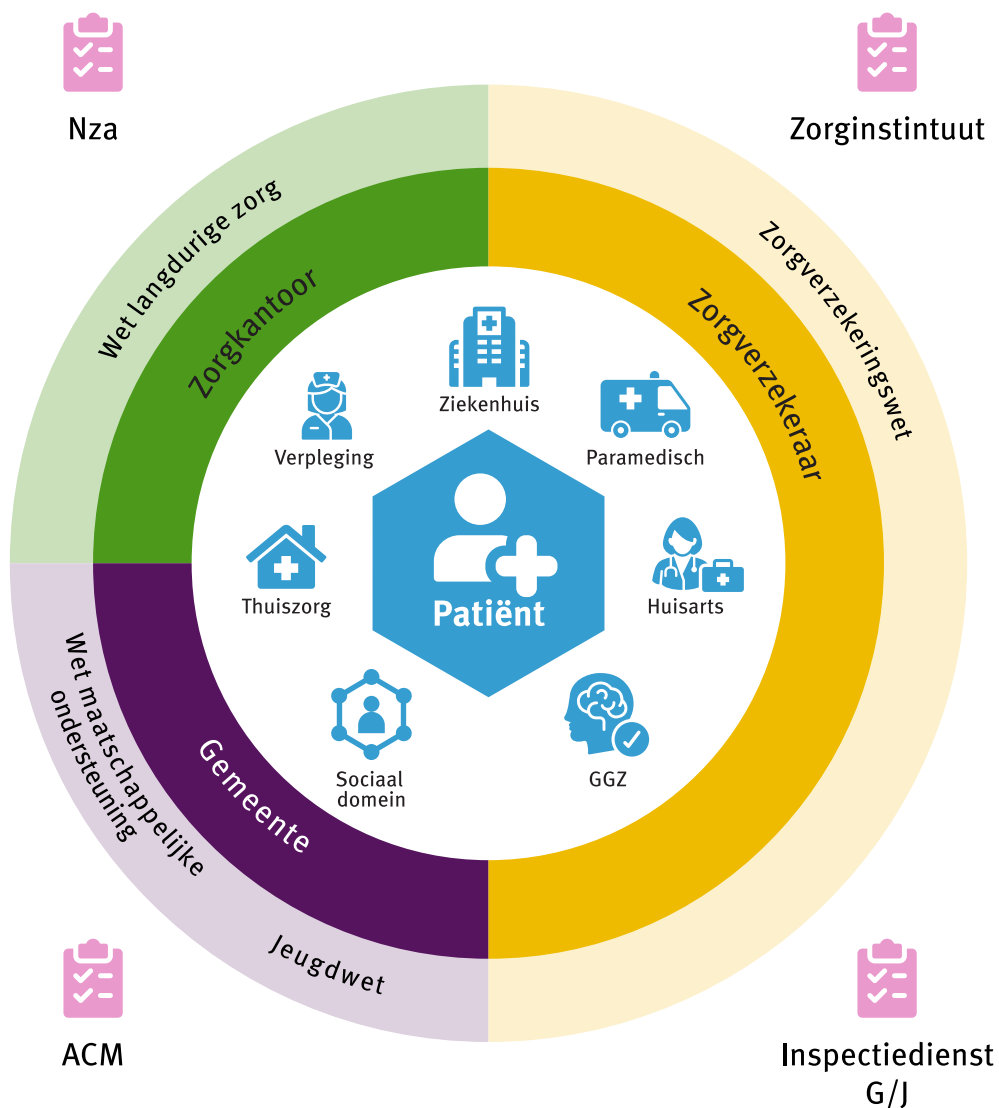
1.2 Uitgangspunten en afbakening kennissynthese

De kennissynthese is gemaakt door middel van een samenwerking tussen wetenschap en professionele praktijk en is gericht op de praktijk en op kennisbenutting. Zowel wetenschappelijke kennis als praktijkkennis en -ervaringen op het vlak van JZOJP worden meegenomen. Het gaat hier dus niet om een systematische review van de literatuur, maar om een (meer beperkte) kennissynthese, die uit de volgende onderdelen bestaat:

- a. Overzicht van beschikbare (inter)nationale kennis, met onderbouwing uit onderzoek, praktijk of ervaring.
- b. Analyse en duiding van deze kennis en de betekenis en mogelijke toepassingen ervan voor het regionale JZOJP-veld.
- c. Duiding van de kansen en belemmeringen.
- d. Aanbevelingen voor mogelijke vervolgacties en welke partij(en) die acties op kan pakken.

We gaan daarbij uit van een model van het zorgstelsel met de verschillende partijen die betrokken zijn bij het bekostigingsvraagstuk (figuur 1):

Figuur 1: Model van het zorgstelsel. De nadruk ligt op de partijen die een rol spelen in het bekostigingsvraagstuk.



Het model gaat uit van een opbouw met verschillende ‘schillen’ waarmee de gelaagde structuur van de bekostigingssystematiek van het Nederlandse zorgstelsel gevisualiseerd wordt. De patiënt staat centraal, en daarom heen zijn verschillende partijen actief. Zorgverleners en financiers (zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren) bevinden zich in respectievelijk de tweede en derde schil. De relatie tussen deze twee partijen staat centraal in veel bekostigingsproblemen. Dat komt mede doordat het kader waarbinnen de partijen handelen door verschillende wetten wordt geregeld. Voor deze kennissynthese vatten we deze verschillende wettelijke kaders op als verschillende domeinen. Domeinoverstijgende samenwerking wil hier dan ook zeggen: samenwerking tussen partijen waarvan de hoofdactiviteiten vanuit verschillende wettelijke kaders bekostigd worden. Diverse instanties (zoals de Nederlandse Zorgautoriteit, de Autoriteit

Consument en Markt en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) zorgen voor toetsing en toezicht op de naleving van de wetten.¹ Met behulp van dit model kunnen we de kansen en belemmeringen van de verschillende alternatieve bekostigingsmodellen duiden en aangeven in welke 'schil' er welke veranderingen nodig zijn om de doelen van de JZOJP te behalen.

De doelen van de JZOJP identificeren we in dit onderzoek als het bevorderen van domeinoverstijgende samenwerking op lange termijn, het stimuleren van experimenteren en innoveren, het opschalen van succesvolle innovaties, het bevorderen van multidisciplinair overleg, het opzetten van gemeenschappelijke kaders (zoals een kwaliteitsbeleid) en van gezamenlijke scholingsmogelijkheden (Kennisplatform de Juiste Zorg op de Juiste Plek 2022, p16-7).

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de toegepaste onderzoeksmethoden. In hoofdstuk 3 bespreken we de belangrijkste knelpunten die in de praktijk ervaren worden in de bekostiging van regionale domeinoverstijgende samenwerking. Daarnaast komen gevonden en voorgestelde (mogelijke) oplossingen aan bod. In hoofdstuk 4 richten we ons op de beschikbare (inter)nationale kennis over alternatieve bekostigingssystemen vanuit recente wetenschappelijke en grijze literatuur en bespreken we de mogelijke toepassingen ervan voor het faciliteren van domeinoverstijgende samenwerking. In hoofdstuk 5 worden de resultaten bij elkaar gevoegd, samen met de reflecties van de geraadpleegde experts. We kijken vooral naar mogelijke vervolgacties en welke partijen die acties op kunnen pakken.

¹ <https://www.nza.nl/onderwerpen/regionale-samenwerking>;
<https://www.acm.nl/nl/publicaties/ruimte-voor-samenwerking-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>;
<https://www.igj.nl/onderwerpen/zorgnetwerken>

2. Methode

In dit hoofdstuk beschrijven we wat we in de diverse stappen van het onderzoek gedaan hebben.

2.1 Belemmeringen in kaart

De eerste stap van dit onderzoek bestond (ter beantwoording van onderzoeksvraag 1) uit het in kaart brengen waar precies de belangrijkste praktische belemmeringen zitten die de huidige bekostigingsstructuur opwerpt. We hebben daartoe informatie bekeken van vijf domeinoverstijgende initiatieven die mee hebben gewerkt aan een eerder onderzoek van het RIVM (zie hiervoor de kennissynthese van het RIVM) en die melding maakten van problemen met de bekostiging. We beperkten ons daarbij tot projecten die:

- Domeinoverstijgend zijn: het betreft een langdurige samenwerking tussen organisaties uit minimaal twee domeinen met de ambitie om zorg en ondersteuning te verbeteren/veranderen in een bepaald gebied in Nederland;
- Expliciet bekostiging identificeren als een belemmering bij het behalen van de doelstellingen of het continueren van het project of initiatief na afloop van subsidiëring.

Het RIVM heeft bij contactpersonen van de domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden uit haar netwerk nagevraagd of men openstond voor deelname aan het huidige onderzoek van het Nivel. In totaal reageerden twaalf contactpersonen op de oproep. Na het bekijken van de informatie over de initiatieven op websites hebben we vervolgens zes projecten geselecteerd die het meest relevant waren in het kader van ons onderzoek. Vijf contactpersonen hebben gereageerd op onze uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek. Voor het verkrijgen van aanvullende informatie over de ervaren bekostigingsproblemen en mogelijke gevonden oplossingen hebben we vanuit alle vijf projecten een projectleider of andere direct betrokkene geïnterviewd. De interviews vonden plaats aan de hand van een kort semi-structureerd protocol. Het protocol (zie Bijlage A2) is opgezet met als doel te achterhalen in welke mate de huidige bekostigingsmodellen aansluiten bij de doelen van de JZOJP.

2.2 Alternatieve bekostigingsmodellen

De tweede stap bestond uit het verkennen van alternatieve bekostigingsmodellen. We hebben een scan van de (internationale) literatuur uitgevoerd om de kenmerken te achterhalen van bekostigingsmodellen die mogelijk een oplossing bieden voor de nadelen van de huidige modellen. We zochten in de literatuur naar in de praktijk gebruikte bekostigingsmodellen en hun voor- en nadelen. Vanwege de korte duur van het project voerden we een beperkte scan van de literatuur uit: we beperkten ons tot bijdragen over bekostigingsmodellen in de zorg die verschenen zijn sinds 2018 (het startpunt van de JZOJP, zie Taskforce JZOJP 2018). We hebben daarbij in eerste instantie gelet op overzichtsartikelen en veel geciteerde artikelen in peer reviewed tijdschriften.

Om de literatuur voor de scan te selecteren hebben we gebruik gemaakt van de PubMed en World of Science (WoS) databases. We hebben onze zoekopdracht beperkt tot Engelstalige artikelen verschenen van 2018 tot en met 2023. In oktober 2023 hebben we een aantal combinaties van zoektermen getest in beide bronnen. In onderling overleg hebben de auteurs gekozen voor de in de bijlage A1 weergegeven combinatie van zoektermen. Deze combinatie leverde 145 artikelen op in PubMed en 182 artikelen in WoS. Na ontdebelling van de resultaten bleven 158 unieke artikelen over. Twee auteurs (AW en RT) hebben deze lijst onafhankelijk van elkaar bekeken door titel en abstract van de artikelen op de lijst te lezen. Artikelen werden op basis daarvan ingedeeld als relevant/mogelijk relevant/niet relevant. Vervolgens werden beide lijsten in twee rondes vergeleken. In de eerste ronde was er overeenstemming over 10 artikelen die door beide auteurs relevant werden geacht. In de tweede ronde werd gekeken naar de gedeeltelijk overlap (relevant/mogelijk relevant) en de verschillen. In onderling overleg zijn op basis daarvan nog acht additionele artikelen geselecteerd, waarmee er 18 artikelen meegenomen zijn voor de scan.

We hebben deze artikelen integraal doorgenomen. Deze selectie is aangevuld met bijdragen uit de grijze literatuur en aanvullende relevante literatuur die gevonden is in de referenties van de geselecteerde artikelen. De grijze literatuur is gevonden door zoekopdrachten uit te voeren in Google en Google Scholar met de naar het Nederlands vertaalde zoektermen.

2.3 Uiteindelijke synthese

In de derde stap hebben we de bevindingen van de interviews en de scan voorgelegd aan een aantal experts die betrokken zijn (geweest) bij domeinoverstijgende projecten. We vroegen hen om schriftelijk of, indien gewenst, door middel van een overleg commentaar te geven op onze bevindingen. In totaal hebben we vier experts om hun commentaar gevraagd, waarvan er drie tijdig gereageerd hebben. Op basis van de inschatting van deze ervaringsexperts hebben we de bevindingen waar nodig genuanceerd en/of uitgebreid. Op deze manier hebben we een synthese gemaakt van academische- en praktijkkennis.

3. Ervaren knelpunten in bekostiging

In dit hoofdstuk geven we kort de belangrijkste achtergrondinformatie over de geselecteerde projecten weer en bespreken we de knelpunten in de bekostiging die aan bod zijn gekomen in de interviews. Ook gaan we in op oplossingen die in de praktijk zijn gevonden dan wel voorgesteld worden om de bekostigingsproblemen op te lossen.

Uit de beschikbare documentatie en de interviews met sleutelfiguren verbonden aan de vijf geselecteerde projecten komen knelpunten in de bekostiging die leiden tot problemen op verschillende schillen in het eerder beschreven model (Figuur 1) naar voren.

3.1 De vijf geselecteerde projecten met regionale domeinoverstijgende samenwerking

Informatie over de vijf selecteerde projecten, de betrokken partijen en projectdoelen staat beschreven in kader 1. Het betreft twee brede regionale projecten die de gezondheid van alle inwoners van een bepaalde regio beogen te bevorderen en drie projecten die zich op zorg en ondersteuning voor een specifieke doelgroep richten. Onder de noemer van de twee brede projecten worden meerdere afgebakende projecten uitgevoerd die focussen op bepaalde thema's en/of doelgroepen.

Kader 1: De vijf onderzochte projecten in het kort

De vijf projecten

Twentse Koers

De Twentse Koers is een strategische samenwerking tussen de veertien Twentse gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, SamenTwente, provincie Overijssel samen met meer dan 300 andere partners zoals zorgaanbieders, welzijnsstichtingen, huisartsen en schuldhulpverleningsorganisaties. Doel is het realiseren van een integraal, passend en houdbaar aanbod van zorg en ondersteuning in Twente en daarmee het vergroten van de gezondheid, de kwaliteit van leven en het welzijn van de inwoners. Onder de Twentse koers vallen 24 projecten, verdeeld over verschillende themalijnen zoals ouderen, mentale gezondheid, bestaanszekerheid en preventie en gezondheid. Voor het onderzoek hebben we ons met name gericht op het project 'Samen indiceren'. Wijkverpleegkundigen en Wmo-consultanten werken in dit project samen bij stellen van een indicatie voor Wmo-ondersteuning. Daarbij stelt de wijkverpleegkundige, die de situatie van de cliënt vaak al goed kent, het Wmo-ondersteuningsplan op. De Wmo-consultant neemt het besluit en verzorgt de

beschikking. Naast informatie over de bekostiging van ‘Samen indiceren’, zijn in het interview ook bekostigingsproblemen aan bod gekomen die bij meerdere andere projecten spelen. Website: [Twentse Koers - Samenwerking van de zorg in Twente](#)

De Friese Preventieaanpak

De Friese Preventieaanpak (FPA) is een overkoepelende beweging in Fryslân waarin partners in gezamenlijkheid werken aan de ambitie: Een goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in Fryslân. Het programma is in 2020 gestart naar aanleiding van het Nationaal Preventie Akkoord. De governance van de FPA wordt uitgevoerd door de partijen die systeemverantwoordelijkheid hebben voor preventie. Dit zijn de 18 Friese gemeenten en GGD (als dienst van de gemeenten), diverse (zorg)partners en De Friesland als preferente zorgverzekeraar in Fryslân. Daarnaast speelt netwerksamenwerking met de partners een grote rol. De FPA wil gezond leven in alle levensfasen mogelijk maken. Daarbij is er aandacht voor allerlei factoren die daarmee samenhangen zoals leefomgeving, opvoeding, financiën, zorg/voorzieningen. Preventie wordt breed opgevat: van voorkomen dat..., tot voorkomen van erger. De FPA werkt verbindend en verrijkend met betrekking tot al eerder bestaande (leefstijl)programma's, wat leidt tot een groter positief effect en meer efficiëntie. Website: [Friese Preventieaanpak](#)

Hulp bij Dementie Midden-Limburg

Hulp bij Dementie Midden-Limburg is een samenwerkingsverband met 14 participerende organisaties waarmee een convenant is ondertekend. De samenwerkende organisaties zijn beide ziekenhuizen in Midden-Limburg (ML), drie VVT organisaties, Alzheimer Nederland, vier welzijnsorganisaties, zorgverzekeraar VGZ, twee GGZ organisaties, Meditta huisartsen- organisatie ML en vier welzijnsorganisaties. Ook wordt samengewerkt met alle zeven gemeenten van ML, patiëntenorganisaties, vrijwilligerswerk, mantelzorgondersteuners, Alzheimer Centrum Limburg en Maastricht UMC, woningcoöperaties, maatschappelijk werk, GGD, dagactiviteiten, verenigingen, dagbestedingen, dagbehandelingen en het totaal aan algemene voorzieningen dat beschikbaar is in een wijk of gemeente. Hierbij staat de cliënt met dementie en zijn omgeving centraal. Casemanagers, gekoppeld aan huisartsenpraktijken, fungeren als vast aanspreekpunt voor de cliënt en betrokken naasten en organiseren en coördineren zorg en hulp. De inzet is breed gericht op zelfstandig thuiswonen, ondersteuning bij activiteiten en sociale contacten en alle zorg en begeleiding, die nodig is om kwetsbaarheid ten gevolge van de ziekte te voorkomen, verminderen of te compenseren voor de cliënt en zijn omgeving. Begeleiding en ondersteuning is uitdrukkelijk ook gericht op partner, familie en andere betrokkenen. Ketenregisseurs sturen de casemanagers aan en zorgen voor algemene afstemming tussen de betrokken instanties. Website: [Home - Hulp bij Dementie](#)

Dementienetwerk Breda en omgeving

Het Dementienetwerk Breda en omgeving is een samenwerkingsverband tussen aangesloten gemeenten, een ziekenhuis, twee huisartsengroepen, acht zorginstellingen, Alzheimer Nederland en GGD West Brabant. Daarnaast is er samenwerking met een organisatie voor dagbesteding en met meerdere kleinere zorgaanbieders. Ook wordt verbinding gezocht met andere organisaties zoals woningcorporaties, bibliotheken, ondernemersverenigingen en kennisinstituten. De missie van het Dementienetwerk is het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met

dementie en hun naasten. Uitgangspunt hierbij is het bieden van een integrale aanpak waarin zowel vrijwilligers als professionals van gemeenten en zorg- en welzijnsinstellingen een rol hebben. Casemanagers dementie, gekoppeld aan huisartspraktijken hebben een centrale functie in het coördineren van zorg en ondersteuning voor de cliënt. Het Dementienetwerk is ook actief in het landelijk project 'Schottenvrije Dementiezorg', samen met Dementiezorg voor Elkaar. Website: [Dementiezorg – Dementienetwerk Breda en Omgeving](#)

Dubbelzorgvragers; een regionaal samenwerkingsproject in de ouderenzorg en GGZ in Zuid- Limburg

In dit project bundelen aanbieders van GGZ en verpleeghuiszorg in Zuid-Limburg hun krachten om de zorg voor cliënten met een dubbele zorgvraag te optimaliseren. De dubbele zorgvraag heeft betrekking op de noodzaak tot een combinatie van zorg op twee of meer van zorgdomeinen psychiatrie, psychogeriatric en somatiek. Bij een vermoeden van een dubbele zorgvraag wordt een triage-instrument ingezet. Als blijkt dat er sprake is van een dubbele zorgvraag wordt het specifiek voor dit doel opgerichte expertteam geraadpleegd. De leden van het expertteam zijn zorgprofessionals (gespecialiseerd verpleegkundigen, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een casemanager, GZ-psychologen, specialisten ouderengeneeskunde en een psychiater) die werkzaam zijn bij de deelnemende instellingen. Het expertteam adviseert over passende zorg en eventuele aanvullende diagnostiek. Er is geen projectwebsite

Problemen en gevonden oplossing voor verrekeningen tussen samenwerkende zorgaanbieders

Binnen een project waarbij organisaties voor VVT, een GGZ instelling en een ziekenhuis samenwerken in het bieden van zorg aan mensen met dementie, was het aanvankelijk lastig om de kosten tussen de instellingen te verrekenen. Het betrof kosten voor de inzet van zorgverleners in dienst van de individuele instellingen voor domeinoverstijgende zorg voor het project. Dit is uiteindelijk opgelost door één instelling de functie van kassier te geven. Deze kassier verrekent de kosten en maakt een jaarlijkse begroting (zie kader). Daarmee werd op een handige manier de bekostiging van een domeinoverstijgende samenwerking gerealiseerd: door de koppeling aan een financier uit één domein en het maken van onderlinge afspraken was het mogelijk om de samenwerking structureel vorm te geven.

Kassier

- Eén Zorgorganisatie treedt op als kassier voor het samenwerkingsverband. De kassier int de gelden van de zorgverzekeraar die bestemd zijn voor netwerkfuncties zoals casemanagement.
- De casemanagers werken in dienst van hun eigen organisatie.
- De organisaties van de betreffende casemanagers factureren de werkelijke loonkosten aan de kassier.
- De zorgverzekeraar stelt een budget beschikbaar op basis van de verwachte workload. Hiervan is ongeveer twee-derde bedoeld voor cliëntgebonden activiteiten. Het overige deel is bestemd voor algemene en administratieve activiteiten. De extra administratiekosten voor de kassiersfunctie worden hieruit betaald.
- De kassier heeft als taak om de productie en zorgkostenplafonds te monitoren en is verantwoordelijk voor eventuele signalering en bijstelling richting de keten en financiers.
- De ketenpartners zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het resultaat van de gehele keten.

Klik [hier](#) voor een vergelijkbare aanpak.

Case-studie Kassier

De kassiersfunctie is tot stand gekomen na intensieve discussies van de deelnemende organisaties. Belangrijk uitgangspunt was dat niet alle casemanagers in dienst van één organisatie zouden komen, om de cliënt de mogelijkheid te geven om te kunnen kiezen tussen organisaties. Daarnaast wilde men wel graag een uniforme manier van werken bewerkstelligen. Daarop is besloten dat de casemanagers in dienst bleven van de eigen organisatie, maar centraal aangestuurd worden door de ketenregisseur. De grootste organisatie heeft de taak op zich genomen om de kassiersfunctie uit te voeren. De andere organisaties factureren de kosten van hun casemanagers bij de kassier en de kassier betaalt hen uit het budget van de zorgverzekeraar. Het is een proces van meerdere jaren geweest, waarin men al doende geleerd heeft wat het beste werkt. Door intensieve samenwerking is het mogelijk geworden om dit tot stand te brengen.

Toen het project van start ging werd een minutenregistratie gehanteerd op verzoek van de verzekeraar. Inmiddels is dit niet meer nodig, maar het voordeel van de nauwkeurige registratie uit die tijd is dat er heel goed inzicht is in wat de casemanagers doen en wat hun meerwaarde is. Op dit moment worden vooral de belangrijkste zaken geadmistreerd, zoals datum van verwijzing, datum van in zorg nemen, leeftijd van de cliënt en datum van opname in verzorgingshuis.

Er zijn inmiddels meerdere regionale dementienetwerken die met casemanagers werken in Limburg. Deze netwerken hebben overleg met elkaar over de aanpak en inmiddels sluit ook de contactpersoon van de zorgverzekeraar aan bij dit overleg. Zo worden de lijnen kort gehouden en weet iedereen wat er speelt. Een tweede verzekeraar, die de dominante verzekeraar in enkele van de andere netwerken is, sluit inmiddels ook aan, waardoor ook de zorgverzekeraars onderling van elkaars ervaring gebruik kunnen maken.

3.2 Problemen met bekostiging door zorgverzekeraars en gemeenten

De Zorgverzekeringswet is strak afgebakend en biedt weinig ruimte voor bekostiging buiten bestaande kaders; aantonen van kostenbesparend effect domeinoverstijgende initiatieven kan uitkomst bieden.

Bij vier overkoepelende projecten waaronder meerdere deelprojecten vallen, ervaart men problemen met bekostiging vanuit de Zvw, waarvoor zorgverzekeraars als financier optreden. De ervaring daarbij is dat de Zvw strak afgebakend is en weinig ruimte biedt voor bekostiging van zorg en ondersteuning buiten de bestaande domeinen. In het volgende kader geven we een korte schets van de problematiek.

Zvw en Wlz

De Zvw en Wlz bieden momenteel weinig ruimte voor zorgverzekeraars en zorgkantoren om te investeren in domeinoverstijgende samenwerking. Dat komt omdat binnen bijvoorbeeld de Zvw zorg gezien wordt als een dienst die door één zorgverlener verleend wordt aan één patiënt met een duidelijke zorgvraag. Bekostiging vindt dan plaats op basis van de geleverde dienst volgens het Fee-For-Service model (FFS, zie het volgende hoofdstuk). Dit past binnen een op marktwerking gebaseerd bekostigingsmodel waarin zorgaanbieders met elkaar concurreren, maar het staat structurele samenwerking vaak in de weg. Er is geen beloning voor samenwerking, sterker nog, er kan zelfs sprake zijn van een nadeel: in de huidige opzet is het goed mogelijk dat de kosten van samenwerking hoofdzakelijk door een partij gedragen worden, terwijl de opbrengsten bij andere partijen terechtkomen. Dat speelt bijvoorbeeld in sterke mate bij preventie. Verder zijn de kosten van samenwerking niet eenvoudig te declareren, vooral als het moeilijk is om de gemaakte kosten te koppelen aan een individuele patiënt. Tot slot is er voor zorgverzekeraars nog wel enige ruimte om buiten de bestaande bekostigingsstructuren mee te betalen aan initiatieven, mits het uit de eigen middelen (reserves) gefinancierd wordt. Voor zorgkantoren was die ruimte er tot voor kort nog niet (zie deze [memorie van toelichting bij het wetsvoorstel](#); zie Raad van State 2023).

De problemen die ontstaan kunnen teruggevoerd worden op een mismatch tussen bekostigingssysteem en de zorg die samenwerkende partijen willen verlenen. Dit zal in het volgende hoofdstuk verder worden uitgewerkt.

Een voorbeeld van problemen met bekostiging vanuit de Zvw zien we bij twee projecten waarin gewerkt wordt met netwerken die zich richten op de zorg voor mensen met dementie. Bij deze projecten worden casemanagers ingezet om zorg en ondersteuning te coördineren. Deze casemanagers dienen ook als eerste aanspreekpunt voor de cliënt en diens naasten. Daarbij wordt tijd die de casemanagers besteden aan ondersteuning van mantelzorgers niet vergoed, terwijl dit door zorgaanbieders wel als een essentieel onderdeel van hun werkzaamheden wordt beschouwd.

In één overkoepelend project heeft men voor sommige deelprojecten de zorgverzekeraar kunnen bewegen tot vergoeding van domeinoverstijgende zorg door analyses te presenteren die lieten zien dat de nieuwe werkwijzen kosten zouden besparen voor zorgverzekeraars (zie kader).

Voorbeeld Business Case

Een voorbeeld van een business case komt uit een project waarbij de wijkverpleegkundige het indicatieplan voor WMO ondersteuning opstelt, waar dat voorheen (en normaalgesproken) door een WMO-consulent/wijkcoach gedaan wordt. Doordat de wijkverpleegkundige de situatie van de cliënt vaak al goed kent, kan zij goed inschatten wat er nodig is. Voor de cliënten is het fijn om een vertrouwd gezicht te zien in plaats van een nieuw persoon aan wie ze hun problemen en behoefte aan ondersteuning opnieuw moeten uitleggen. Door deze aanpak is de wachttijd op een WMO-indicatie teruggelopen van twaalf naar ongeveer twee weken én kan er specifiek geïndiceerd worden. Door ondersteuning op maat is vervolgens minder inzet van de wijkverpleegkundige nodig. Echter, omdat de wijkverpleegkundige vanuit de Zvw bekostigd wordt, en in deze nieuwe werkwijze voor wat betreft het opstellen van het indicatieplan ingezet wordt voor de WMO, was de zorgverzekeraar aanvankelijk terughoudend. Dit is opgelost met gezamenlijke gesprekken en een *social return on investment* analyse die aantoonde dat iedere euro die aan het project besteed werd 2,39 euro opleverde, en dat het grootste deel van de besparing ten goede kwam aan de zorgverzekeraars.

Kijk [hier](#) voor tips voor het maken van een business case.

Ook voor andere deelprojecten heeft men met kosten-baten analyses geprobeerd zorgverzekeraars te overtuigen van de meerwaarde van de betreffende projecten (zie kader). Dit is in sommige gevallen succesvol. Cruciaal in het meekrijgen van zorgverzekeraars is daarbij dat analyses duidelijk maken dat er kosten bespaard worden. Dit is echter niet voor alle projecten (op korte termijn) goed in kaart te brengen en soms is het alleen haalbaar om zachtere, kwalitatieve indicatoren aan te leveren. Dat is in de ervaring van een geïnterviewde projectleider niet voldoende om zorgverzekeraars ertoe te bewegen de betreffende zorg te vergoeden.

Voorbeeld kosten en baten

In een dementienetwerk werd de zorgverzekeraar door het voeren van een heel gedetailleerde administratie in de beginperiode overtuigd van de meerwaarde van het initiatief. Na een tijdje was het daarom niet meer nodig om zo uitgebreid verantwoording af te leggen. Een investering in een uitgebreid registratiesysteem dat uitgaat van de bestaande systematiek kan zo later vruchten afwerpen.

Vershil in interpretatie Zvw tussen zorgverzekeraars leidt tot knelpunt in dementiezorg

Een ander probleem in bekostiging door zorgverzekeraars is dat er verschillen zijn tussen zorgverzekeraars in de interpretatie van de Zvw met betrekking tot wat al dan niet bekostigd dient te worden. Zo wordt bij de projecten die zich richten op de zorg voor mensen met dementie de inzet van de casemanager gedeclareerd als wijkverpleging. Hoewel dit bij de meeste zorgverzekeraars soepel verloopt, is er één zorgverzekeraar die bezwaar maakt tegen deze werkwijze. Voor dit probleem is nog geen concrete oplossing gevonden. Wel is het aangekaart bij Dementie Netwerk Nederland, en wordt vanuit hen geprobeerd een oplossing te vinden.

Er lijken daarmee verschillen te zijn in hoe zorgverzekeraars de Zvw interpreteren, maar ook in de beleidsspeerpunten (zijn er bijvoorbeeld potjes voor innovatie waar domeinoverstijgende initiatieven aanspraak op zouden kunnen maken?) en in de middelen die zorgverzekeraars hebben (die het bijvoorbeeld mogelijk maken om initiatieven vanuit de beheersreserves te bekostigen). In een netwerk werd actief geprobeerd om de belangrijkste zorgverzekeraars met elkaar te laten overleggen en zo van elkaar te leren. De samenwerking tussen financiers kan hiermee een belangrijke basis zijn voor een duurzame bekostiging van samenwerking.

Bekostiging door gemeenten soms lastig door (voorziene) financiële problemen van gemeenten

Twee projecten benoemen problemen in de bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking door gemeenten. Dit lijkt vooral veroorzaakt te worden door (voorziene) financiële problemen bij de betreffende gemeenten. Verschillen in mogelijkheden tot bekostiging tussen gemeenten leiden tot verschillen in de mate waarin domeinoverstijgende samenwerking per gemeente van de grond komt (zie kader). De geïnterviewde projectleiders hebben wel de ervaring dat er bij gemeenten over het algemeen meer flexibiliteit is en kaders minder strak zijn dan bij zorgverzekeraars. Voor de problemen met bekostiging door (sommige) gemeenten zijn geen concrete oplossingen gevonden en/of specifieke oplossingen voorgesteld vanuit de onderzochte projecten.

Wmo

In tegenstelling tot de Zvw en Wlz is domeinoverstijgende samenwerking vanuit de Wmo veel gemakkelijker te bekostigen, doordat er veel minder vastgelegd is in gedetailleerde regels binnen de Wmo. Daar staat dan weer tegenover dat de financiële situatie bij sommige gemeentes (tekorten op de begroting en onvoldoende budget) het bekostigen van domeinoverstijgende samenwerking bemoeilijkt, en dat budgetten binnen gemeenten vaak strikt gescheiden zijn. Als er echter meerdere gemeentes meedoen, kunnen de kosten per gemeente (meestal de kosten voor het deel van domeinoverstijgende samenwerking dat niet aan de cliënt toe te schrijven is) meevallen.

3.3 Problemen door onmogelijkheid van bekostiging vanuit meer dan één wet

Overgang van Zvw/Wmo naar Wlz zorgt voor knelpunten bij cliënten en mantelzorgers

Als cliënten door een toenemende zorgvraag de overstap maken van zorg of hulp bekostigd uit de Zvw of Wmo naar de Wlz, levert dit vaak problemen op. Dat hangt samen met het feit dat in het huidige systeem zorg in principe maar vanuit één wet tegelijk bekostigd kan worden en de bekostiging per wet scherp begrensd is. Ook lijken er hierbij verschillen tussen zorgverzekeraars en/of regio's te bestaan in de mate waarin ruimte voor overlappende bekostiging wordt gegeven. Zo is de ervaring bij één van de geïnterviewde dementienetwerken dat bij opname van een cliënt met dementie de bekostiging van een casemanager direct wordt stopgezet. Daardoor kan de casemanager bij opname in een verpleeghuis de cliënt niet meer begeleiden in de eerste periode na opname. Bij het andere geïnterviewde dementienetwerk wordt de casemanager na opname nog gedurende zes weken bekostigd. De Zorgstandaard Dementie (Dementiezorg voor Elkaar, 2020) geeft als richtlijn dat er bij opname gezorgd wordt voor een warme overdracht vanuit de casemanager.

Bovendien gaat het huidige systeem uit van toerekening aan een individuele patiënt. Dat betekent bijvoorbeeld dat de casemanager bij overlijden niet meer kan afspreken met de mantelzorger(s) om het proces op een goede manier af te ronden of nazorg te verlenen. Dit wordt als een erg abrupte en koude afsluiting ervaren. In overeenstemming met de ervaren behoefte aan nazorg bij mantelzorgers beveelt de Zorgstandaard Dementie (Dementiezorg voor Elkaar, 2020) ook aan om deze mogelijkheid te bieden.

Een structurele mogelijkheid tot (tijdelijke) bekostiging uit twee wetten zou een oplossing kunnen bieden om de overgang van Zvw/Wmo naar Wlz soepeler te laten verlopen. Een nadeel is dat een dergelijke constructie extra kosten met zich meebrengt. Aan de andere kant geven casemanagers dementie aan dat een soepele overgang tot minder probleemgedrag zal leiden doordat mensen een vertrouwd gezicht blijven zien tot ze gewend zijn aan de nieuwe situatie. Minder probleemgedrag kan de noodzaak tot extra zorg – en dus kosten – voorkomen.

Daarnaast zijn zorgorganisaties die door de gemeente zijn gecontracteerd voor ondersteuning vanuit de Wmo, niet altijd inzetbaar voor (dezelfde) ondersteuning vanuit de Wlz. Voor cliënten kan dat betekenen dat zij hun vertrouwde hulpverlener kwijtraken na overstap naar de Wlz, en vervolgens een nieuwe hulpverlener toebedeeld krijgen die dezelfde hulp biedt. Met name voor cliënten met dementie kan de overgang naar een andere hulpverlener en het wennen aan een nieuw persoon lastig zijn. Bij één dementienetwerk is men in een aantal gevallen tot afspraken gekomen met betrokken partijen over contractering van zorgaanbieders voor zowel Wmo als Wlz. Deze oplossing is erg succesvol, hetgeen tot uiting komt in een voorkeur van cliënten en mantelzorgers voor de zorgaanbieders die vanuit beide wetten kunnen werken. Dat cliënten dit waarderen, blijkt uit het oplopen van de wachttijd voor deze zorgaanbieders voordat een cliënt in zorg genomen kan worden (nu zes tot negen maanden).

Onmogelijkheid bekostiging consultatie zorgverlener uit ander domein vormt knelpunt in domeinoverstijgende samenwerking tussen verpleeghuiszorg en GGZ

Bij cliënten die zorg krijgen in een verpleeghuis of GGZ-instelling kan er sprake zijn van een gecombineerde zorgvraag op twee of meer van zorgdomeinen psychiatrie, psychogeriatric en somatiek. Bij een project dat als doel heeft de zorg voor deze cliënten te optimaliseren, is onder meer een multidisciplinaire expertgroep opgericht waarin zowel zorgverleners die werkzaam zijn in verpleeghuizen als zorgverleners vanuit de GGZ zitting hebben. Het is tot op heden niet gelukt om deze werkwijze structureel bekostigd te krijgen, ondanks tevredenheid bij de betrokken partijen over de aanpak, waarmee inmiddels zes jaar gewerkt wordt. Naast inzet van de multidisciplinaire expertgroep is er ook behoefte om de mogelijkheid te hebben om een zorgverlener vanuit de GGZ, bijvoorbeeld een psychiater, te consulteren bij cliënten in een verpleeghuis, en andersom, een zorgverlener uit de VVT bij cliënten in de GGZ. Ook dit wordt belemmerd doordat zorg in het huidige systeem niet vanuit twee domeinen tegelijk bekostigd kan worden (maar zie het kader voor mogelijke oplossingen).

Overgang tussen domeinen

De genoemde problemen bij consultatie van een GGZ professional vanuit de Wlz is door de Nza aangepakt voor het geval van een consultatievraag vanuit het sociaal domein: er komt in 2024 een mogelijkheid om de domeinoverstijgende consultatiefunctie GGZ te declareren in de Zvw (ZIN 2023, p12). Datzelfde geldt voor kosten gemaakt voor coördinatie van zorg, zoals bijvoorbeeld het geval is bij casemanagers, zolang de kosten van de geleverde zorg maar binnen de desbetreffende domeinen blijven vallen. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat een dergelijke opzet ook voor andere sectoren denkbaar is, maar dat dit per geval bekeken moet worden.

3.4 Het is moeilijk om structurele bekostiging te vinden voor domeinoverstijgende zorg en preventie op groepsniveau

In twee projecten met meerdere deelprojecten loopt men ertegenaan dat het moeilijk, zo niet onmogelijk is om activiteiten op groepsniveau structureel bekostigd te krijgen. Het gaat daarbij met name om projecten die zich richten op preventie. Deze projecten worden tot nu toe veelal (tijdelijk) bekostigd vanuit gemeenten in combinatie met subsidies. Als oorzaak voor het niet realiseren van structurele bekostiging wordt genoemd dat het stelselpartijen ontbreekt aan voldoende financiële prikkels voor preventie. Dit komt doordat de voordelen vaak pas op een later moment worden gerealiseerd en niet altijd ten goede komen aan de partij die de kosten moet maken.

Dit suggereert dat een aanpassing in het bekostigingssysteem, waarbij de partij die investeert in preventie er financieel in ieder geval niet op achteruit gaat, wellicht zou kunnen helpen om partijen te motiveren tot structurele bekostiging van preventie-activiteiten (zie kader). Een structurele bekostiging sluit ook meer aan bij het meer langdurige karakter van preventieprojecten. Nu moet vaak jaarlijks opnieuw subsidie aangevraagd worden voor projecten die vanuit hun aard een veel verdere horizon hebben.

Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg

Er zijn vanuit de wetgever en instanties als de NZa en het Zorginstituut (ZIN) enkele initiatieven ontplooid om een deel van de genoemde bekostigingsproblemen structureel op te lossen (zie bijvoorbeeld [deze brief](#) van de minister van VWS (2021) over de stand van zaken domein- overstijgende samenwerking waarin een wetsvoorstel (Ministerie van VWS, 2021) ter consultatie wordt aangeboden. In dit voorstel krijgen zorgkantoren de mogelijkheid om, samen met één of meer gemeenten en de zorgverzekeraar, maatregelen te bekostigen gericht op vermindering of uitstel van de behoefte aan zorg. Van recentere datum is [deze brief](#) van de minister over de voortgang van het Integraal Zorgakkoord (Minister van VWS, 2023). Hierbij geldt evenwel dat deze initiatieven de strakke inkadering van de stelselwetten als uitgangspunt (moeten) nemen. Zonder een ingrijpende stelselwijziging blijft het toerekenen van kosten aan een specifiek domein centraal staan, zodat er van ontschotting strikt genomen geen sprake is. Zo noemt het Zorginstituut (2023) de toerekening van kosten aan een individuele verzekerde als belangrijk uitgangspunt voor financiering van domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw. Wanneer er kosten gemaakt worden voor overleg of coördinatie zijn deze moeilijk toe te rekenen (Zorginstituut 2023, p7). In het kader van de JZOJP zijn er echter mogelijkheden gecreëerd om samenwerkingsverbanden te bekostigen als ‘algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg’ (ADZ; Ministerie van VWS 2020; 2022). Dit geldt nu bijvoorbeeld voor netwerkgroepen voor patiënten met Parkinson aangeboden door ParkinsonNet. Dit biedt wat meer ruimte aan zorgverzekeraars om coördinatie ten behoeve van domeinoverstijgende activiteiten te financieren, waardoor ook de afhankelijkheid van de manier waarop een zorgverzekeraar de wetgeving interpreteert wat verminderd kan worden.

Het beeld blijft wel beklijven dat de voorgestelde oplossingen die nu op tafel liggen een nogal ad-hoc karakter hebben. Het is per geval bovendien lastig om uit te zoeken wat de mogelijkheden precies zijn. Waarschijnlijk stelden enkele geïnterviewden om die reden brede oplossingen voor om de problemen in bekostiging met domeinoverstijgende zorg op te lossen, die grotere wijzigingen in het stelsel zouden betekenen. Suggesties op systeemniveau waren bijvoorbeeld het opheffen van marktwerking in de zorg en ontschotting op landelijk niveau. Ook met minder grote wijzigingen lijkt er daarmee een rol voor de Rijksoverheid te liggen. Vergoedingen vanuit algemene middelen in de gevallen waarin zorg niet gemakkelijk toe te rekenen is aan cliënten, of waarin kosten door een partij gemaakt worden terwijl de baten ergens anders terecht komen (zoals bij preventie), kan een oplossing zijn voor de bekostigingsproblemen die we nu tegenkomen (zie kader).

Regionale budgetten

Eén projectleider gaf als suggestie dat er regionale budgetten zouden moeten worden ingesteld die gezamenlijk beheerd worden door gemeenten en zorgverzekeraars, in overleg met zorgaanbieders en eventueel aangevuld met woningbouwverenigingen. Domeinoverstijgende samenwerking zou uit deze budgetten bekostigd kunnen worden. Hierbij zou ruimte moeten zijn voor structurele bekostiging, maar ook voor projecten en mogelijkheden tot maatwerk in zorg en ondersteuning op cliëntniveau. Verder zouden er geen inhoudelijke afspraken gemaakt moeten worden zodat een grote mate van flexibiliteit gewaarborgd is en de fondsen vrijgelaten worden om de zorg in te vullen op de manier die bij die regio past. De NZa en het Zorginstituut geven in een brief aan informateur Ronald Plasterk (2023) een vergelijkbare suggestie, namelijk een deel van het zorgbudget regionaal beschikbaar stellen op basis van populatiekenmerken.

Dit is een voorbeeld van een alternatief bekostigingsmodel. Enkele voorbeelden van deze modellen zullen we in het volgende hoofdstuk bespreken.

Een ander voorstel om structurele bekostiging te stimuleren was om het in te bedden bij subsidieverstrekking. In de huidige werkwijze is de continuïteit van projecten vaak een probleem als gevolg van tijdelijke financiering. Veel tijd gaat naar (het telkens weer) aanvragen van subsidie. Door bij de subsidieverstrekking structurele bekostiging in te bouwen (door deze bijvoorbeeld afhankelijk te maken van de uitkomsten van een sociale rendementsberekening, zie hieronder) kan voorkomen worden dat deze tijd verloren gaat en er onzekerheid blijft bestaan over de continuïteit van een (succesvol) project.

Structurele bekostiging

Het belang van structurele bekostiging voor succesvolle samenwerking wordt ook [hier](#) onderstreept.

3.5 Overzicht problemen en oplossingen van de onderzochte projecten

Tabel 3.1: Ervaren bekostigingsproblemen en gevonden en voorgestelde oplossingen

Ervaren probleem	Gevonden oplossing	Door geïnterviewden voorgestelde oplossingen
De Zvw is strak en biedt weinig tot geen ruimte voor bekostiging buiten bestaande kaders	<ul style="list-style-type: none"> Analyse die aantoont dat nieuwe werkwijze kosten bespaart, waarna bekostiging uit Zvw mogelijk was 	<ul style="list-style-type: none"> Regionale budgetten gericht op domein-overstijgende samenwerking beheerd door gemeenten en zorgverzekeraars in samenwerking met zorgaanbieders Ontschotting op landelijk niveau Marktwerking in de zorg opheffen
Verskil in interpretatie van de Zvw tussen zorgverzekeraars, waardoor de ene verzekeraar soepeler is in het vergoeden van domeinoverstijgende werkzaamheden dan de andere	<ul style="list-style-type: none"> Het helpt om een vertrouwensrelatie met de financier op te bouwen. Langdurige samenwerking en onderling vertrouwen vergemakkelijkt de onderhandelingen aanzienlijk 	
De overstap tussen Zvw/ Wmo naar Wlz levert problemen op in de continuïteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> Afspraken tussen partijen waardoor zorgaanbieders voor zowel Wmo als Wlz gecontracteerd worden 	<ul style="list-style-type: none"> Er moeten mogelijkheden komen voor structurele bekostiging van preventie, binnen of buiten de huidige wettelijke kaders
Consultatie zorgverlener vanuit Zvw bij langdurige zorg uit Wlz is niet mogelijk	<p><i>Geen structurele oplossing. Wordt vooralsnog bekostigd door aan het project deelnemende zorgaanbieders in combinatie met subsidies</i></p>	
Het is moeilijk om structurele bekostiging te vinden voor preventie	<p><i>Geen structurele oplossing. De projecten op het gebied van preventie worden bekostigd vanuit subsidies</i></p>	
Grote verschillen in budgetten van gemeenten/ (voorzien) financiële problemen bij gemeenten waardoor domeinoverstijgende samenwerking niet in alle betrokken gemeenten even goed van de grond komt	<p><i>Geen structurele oplossing</i></p>	
Verrekenen van inzet van zorgverleners die op loonlijst van zorginstellingen staan voor project voor domeinoverstijgende samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> Eén van de zorginstellingen heeft de functie van kassier die deze inzet verrekent 	

4. Alternatieve bekostigingsmodellen

4.1 Literatuur scan

Op basis van de literatuur scan hebben we een aantal bekostigingsmodellen onder de loep genomen. We beginnen met een inventarisatie van de bekostigingsmodellen die nu het meest voorkomen.

Daarna behandelen we enkele alternatieve modellen zoals die in de literatuur benoemd worden. Op het eind van het hoofdstuk brengen we dit in verband met de resultaten uit de interviews.

4.2 Huidige bekostigingsmodellen staan samenwerking vaak in de weg

Het uitgangspunt van de JZOJP is het vinden van zorg die meerwaarde oplevert voor patiënten. Daarvoor is samenwerking nodig: “Samenhang, samenwerking en integratie van zorg en ondersteuning moeten als hoogste goed gelden in plaats van de best meetbare, controleerbare deeloplossingen” (JZOJP 2018, p16). Uit de literatuur komt naar voren dat het meest gangbare bekostigingsmodel in de zorg het *Fee-for-Service* (FFS) model is, waarin zorgverleners betaald worden voor elk geleverd zorgonderdeel of verleende dienst (Ndayishimiye et al. 2023). Dit model staat lijnrecht tegenover de ‘samenhang, samenwerking en integratie’ die de kern van de JZOJP vormen. Het deelt zorghandelingen namelijk op in overzichtelijke, meetbare en controleerbare onderdelen verricht door individuele zorgaanbieders. Een andere veel voorkomende methodiek is de *Diagnosis Related Group* (DRG) waarbij een vaste vergoeding voor een bepaalde diagnose van tevoren vastgesteld wordt. Deze laatste methode wordt vooral in de ziekenhuiszorg gebruikt, terwijl FFS vooral in de huisartsenzorg voorkomt (OECD 2016).

De overeenkomst tussen deze gangbare modellen is dat de nadruk ligt op afgebakende handelingen door individuele zorgaanbieders. De nadelen van deze modellen die in de literatuur genoemd worden zijn onder meer het gevaar dat er te veel zorghandelingen verricht worden (Perelman, Chaves, Caldas de Almeida en Matias 2018) waardoor bijvoorbeeld vermijdbare complicaties kunnen optreden (Steenhuis et al. 2020). Dit komt voort uit de volumeprikkel die van een dergelijk bekostigingssysteem uitgaat: zorgverleners hebben financieel baat bij het verrichten van meer zorghandelingen (Steenhuis et al. 2023) of het behandelen van meer patiënten. Verder leidt het tot gefragmenteerde zorg door de focus op de diensten van individuele zorgverleners (Steenhuis et al. 2020). Een andere ernstige beperking van een DRG systeem is dat dit gericht is op een enkele diagnose, terwijl er bij veel van de domeinoverstijgende projecten juist sprake is van multi- morbiditeit. Een voordeel van een FFS bekostigingsmodel is dat er geen prikkel is om patiënten te selecteren: aangezien er per zorghandeling of diagnose betaald wordt, is het vanuit financieel oogpunt niet voordeliger om alleen patiënten met een relatief lichte zorgvraag te behandelen (Perelman, Chaves, Caldas de Almeida en Matias 2018). Voor systemen waar men per diagnose een vergoeding krijgt kan wel het risico op selectie bestaan, omdat er geen rekening gehouden wordt met de eventuele andere aandoeningen van de patiënt die mogelijk van invloed kunnen zijn op

de behandeling. In Nederland heeft men dit geprobeerd op te lossen via de Diagnose Behandel Combinaties zoals die in ziekenhuizen gehanteerd worden.

Binnen de bestaande wettelijke kaders in Nederland is bovendien het uitgangspunt dat alleen zorg aan individuele patiënten vergoed wordt (Steenhuis et al. 2020). Zoals in de interviews naar voren kwam belemmert dat het vinden van structurele bekostiging voor bijvoorbeeld preventiemaatregelen of overleg tussen zorgverleners. Die zijn vaak niet toe te wijzen aan individuele patiënten, terwijl ze wel op lange termijn gezondheidsvoordelen (en kostenbesparingen) op kunnen leveren. Maar ook wanneer een patiënt noodgedwongen gebruik moet maken van meerder soorten zorg kunnen problemen ontstaan. De bekostigingssystematiek gaat namelijk sterk uit van de financier en het wettelijk kader waarin die zich bevindt. De domeinen die zo gedefinieerd worden hebben elk hun eigen bekostigingslogica en geldstromen die verankerd zijn in de werkwijze van financiers en zorgaanbieders. Doordat de financiering in principe maar vanuit één wettelijk kader mogelijk is, kan dit gevolgen hebben voor een soepele overgang van Zvw/Wmo naar Wlz voor zowel cliënten als zorgverleners. De casemanager dementie, die na opname van een cliënt in een verpleeghuis niet meer langs kan komen bij de cliënt, of na diens overlijden niet meer langs kan komen bij de mantelzorger, is hier een goed voorbeeld van. Voor de zorgverleners hoort dit wel bij goede zorg, maar dat sluit niet aan bij het begrip van zorg zoals dat in het bekostigingsmodel gehanteerd wordt.

Alternatieve bekostigingsmodellen kunnen samenwerking bevorderen

Alternatieve bekostigingsmodellen (ABMs) kunnen mogelijk barrières voor samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende domeinen wegnemen. Deze modellen hebben als overeenkomst dat ze niet (alleen) uitgaan van het volume van de zorghandelingen die door een individuele zorgverlener ten behoeve van een individuele patiënt verleend wordt. Door andere uitkomstmaten centraal te stellen (zoals in prestatiebeloning of *Pay-for-Performance*, en waardegedreven zorg of *Value Based Care*) wordt de prikkel om uitsluitend meer zorg te verlenen weggenomen. De overige modellen kijken naar een **verzameling** van diensten van verschillende zorgverleners (bundelbekostiging of *bundled payments*), dan wel naar een **collectief** van zorgvragers (per capita bekostiging, of *capitation*, en populatiebekostiging oftewel *global payments*). Wij troffen de volgende alternatieve bekostigingsmodellen aan in de literatuur, waarbij aangemerkt moet worden dat er in de praktijk vele tussenvormen en combinaties mogelijk zijn:

1. Prestatiebeloning (*Pay-for-Performance* of P4P): Bij dit model worden zorgverleners betaald op basis van de kwaliteit en uitkomsten van de zorg die ze leveren. Dit wordt gemeten aan de hand van uitkomstindicatoren die van tevoren vastgesteld zijn. Dit model wordt vaak gebruikt in combinatie met andere betalingsmodellen. Een voorbeeld is de combinatie met FFS om de volumeprikkel die van dat model uitgaat enigszins te dempen (Miller 2009; Jia et al. 2021). P4P kan als nadeel hebben dat er te veel focus komt te liggen op het halen van de uitkomst, waardoor andere (belangrijke) uitkomsten genegeerd worden (Jia et al. 2021). Om dit op te vangen kunnen de uitkomstindicatoren uitgebreid en verfijnd worden, maar dan bestaat het risico dat het model snel erg complex wordt (Jia et al. 2021).
2. Waardegedreven zorg (*Value-Based Care*): Dit model legt de nadruk op het leveren van waarde in de zorg, waarbij de kwaliteit en de uitkomsten van de zorg worden beoordeeld in verhouding tot de kosten. Wanneer het patiëntperspectief het uitgangspunt is voor de kwaliteitsmeting kan met dit model meerwaarde voor de patiënt gecreëerd worden (Ryan en Rogers 2018). Een nadeel kan zijn dat er

verschillende kwaliteitsindicatoren nodig kunnen zijn voor verschillende aandoeningen, hetgeen vooral voor patiënten met multi-morbiditeit leidt tot een complexe infrastructuur voor zowel patiënten als zorgverleners (Ryan en Rodgers 2018). Verder is het belangrijk dat kwaliteit van zorg uniform over de deelnemers gemeten kan worden, hetgeen eisen stelt aan informatiesystemen en rapportage van de deelnemende zorgverleners (Magid et al. 2018).

3. **Bundelbekostiging (*Bundled Payments*):** In dit model worden meerdere zorgdiensten die gerelateerd zijn aan een specifieke medische aandoening of behandeling gebundeld tot één prijs. Zorgaanbieders krijgen een vergoeding voor het gehele afgesproken behandeltraject. Dit heeft als voordeel dat coördinatie van zorg tussen aanbieders bevorderd wordt (Agarwal, Liao, Gupta en Navathe 2020). Een nadeel kan zijn dat er te weinig zorg verleend wordt: als de afgesproken prijs onvoldoende is om de kosten te dekken ontstaat er een prikkel om minder zorg te verlenen (Steenhuis et al. 2020). Bovendien kan het model al snel complex worden als er sprake is van multi-morbiditeit (Steenhuis et al. 2020). Mühlbacher, Amelung en Juhnke (2018) en Yee, Pizer en Frakt (2020) noemen ook patiëntselectie als een mogelijk nadeel: zorgverleners kunnen een voorkeur hebben voor patiënten waarvan de behandelkosten laag zijn.
4. **Betaling per capita (*Capitation*):** Hierbij wordt een vast bedrag aan zorgverleners betaald per geregistreerde patiënt in een bepaald gebied of cluster voor een bepaalde periode. Het bedrag kan worden vastgesteld voor een individuele zorgaanbieder of voor een collectief. Een voorbeeld van de eerste vorm vinden we in de huisartsenzorg, waarin een huisartsenpraktijk een vergoeding per ingeschreven patiënt ontvangt door middel van het inschrijftarief. Een mogelijk risico is ook hier onderbehandeling of afzien van dure behandelingen door patiënten met complexe aandoeningen te weren (Perelman, Chaves, Caldas de Almeida en Matias 2018; Jia et al. 2021).
5. **Populatiebekostiging (*Global payment*):** Hierbij wordt een vast bedrag (budget) aan zorgverleners betaald voor een afgesproken periode. Op die manier vindt bekostiging plaats voor een hele populatie patiënten, ongeacht hoeveel mensen gebruik maken van zorg. Voordelen van deze methode zijn dat coördinatie tussen zorgverleners gestimuleerd wordt, en dat zorgverleners zich meer bewust worden van de kosten van de geleverde zorg (Cattel en Eijkenaar 2020). Net als bij capitation is onderbehandeling echter een risico van deze bekostigingsvorm (Cattel en Eijkenaar 2020).

Alternatieve bekostigingsmodellen brengen risicoverschuiving en investeringen mee

In vergelijking met de traditionele bekostigingsmodellen vindt er bij de genoemde ABMs, naast een focus op meerdere verleende diensten en/of meerdere zorgverleners, ook een verschuiving van het financiële risico plaats. Bij FFS ligt het risico in principe geheel bij de financier: hoe meer zorg verleend wordt, hoe meer de financier moet betalen. Bij de ABMs verschuift dat naar de zorgverlener(s). Dat komt omdat financiering in meer of mindere mate losgekoppeld wordt van volume (OECD 2016; Yee, Pizer en Frakt 2020). Bij bundelbekostiging verschuift het risico gedeeltelijk naar de zorgverlener, terwijl dat bij capitation en budgetten in principe geheel bij de zorgverlener ligt (Yee, Pizer en Frakt 2020). Deze verschuiving introduceert een prikkel om efficiënter te werken, bijvoorbeeld door de inzet van technologie. Mei Zhao et al. (2020) vonden dat ziekenhuizen die in de VS werkten met bundelbekostiging eerder tele-health technieken inzetten dan ziekenhuizen die geen onderdeel waren van een dergelijk bekostigingsmodel, en daarmee ook efficiency winsten behaalden. De verschuiving van risico kan overigens gedeeltelijk

teniet gedaan worden door een *shared risk* component aan een ABM toe te voegen (Ryan en Rodgers 2018; Mühlbacher, Amelung en Juhnke 2018). In dat geval kunnen besparingen en overschrijdingen ten opzichte van een vooraf afgesproken normbedrag gedeeld worden tussen de partijen.

Wanneer deze bekostigingsmodellen voor een vastgestelde groep van zorgaanbieders gelden, zullen zij onderling afspraken moeten maken over behandelingen (zorgcoördinatie). Dat vereist vaak investeringen in het opzetten van een netwerk, nieuwe technologie en organisatorische innovaties (Mühlbacher, Amelung en Juhnke 2018). Daarnaast zal er ook iets geregeld moeten worden voor de allocatie van de opbrengsten wanneer een financier (bijvoorbeeld een zorgverzekeraar) alleen betalingen verricht aan één lid van de groep. In het laatste geval kan het ook om een speciaal daarvoor opgerichte organisatie gaan. Hervorming van bekostigingsmodellen gaat daarmee niet alleen gepaard met verandering in de manier waarop zorgaanbieders betaald worden voor hun diensten, maar vaak ook met veranderingen in ondersteunende elementen, zoals contracten en informatiesystemen (Ndayishimiye et al. 2023). Vaak moeten systemen en overeenkomsten grondig herzien worden om over te kunnen gaan naar een nieuw bekostigingsmodel. Dat leidt tot extra kosten, waarvoor voldoende middelen gereserveerd moeten worden. Dit is één van de barrières bij de implementatie van een nieuw bekostigingsmodel die door Ndayishimiye et al. (2023) geïdentificeerd worden op basis van een review van 51 onderzoeken op dit gebied. Het merendeel (16) van de bestudeerde onderzoeken ging over een verandering naar een bundelbekostigingsmodel. In totaal onderscheidden de auteurs acht hoofdthema's waar het barrières betreft en zes hoofdthema's voor bevorderende factoren die een rol spelen bij de overgang naar een nieuw bekostigingsmodel. Binnen elk hoofdthema werden subthema's onderscheiden, die we hier weergeven als ze specifiek gaan over (domeinoverstijgende) samenwerking (zie Tabel 4.1) [Klik op deze link naar het artikel voor meer informatie.](#)

Tabel 4.1: Barrières en bevorderende factoren bij implementatie van een nieuw bekostigingsmodel

Hoofdthema (genoemd in <i>n</i> onderzoeken)	Subthema's
Barrières	
Tegenwerking door zorgaanbieders of andere stakeholders (27)	Verantwoordelijk zijn voor handelingen van anderen, verlies autonomie, wantrouwen door eerdere mislukte hervormingspogingen, gebruik van meerdere benchmarks, vertrouwensrelatie met patiënt
Ontwerp van de bekostigingshervorming (33)	Geen goede/duidelijke benchmarks, complexe administratie- of zorgprocessen, verschillende modellen per financier, gebrekkige definitie van elementen van het model
Implementatieproblemen (18)	(Administratieve) afstemming tussen partijen, Veel aanpassingen nodig
Te weinig middelen of capaciteit (16)	Voor nieuwe (ICT) infrastructuur, human resources, training

Hoofdthema (genoemd in <i>n</i> onderzoeken)	Subthema's
Marktomgeving (16)	Verschillende marktsituaties voor de deelnemende partijen waardoor bekostiging van zorg verleend door de private- en overheidssector niet matcht, aanbieders met een te kleine populatie (patiëntvolume)
Wet- en regelgeving (11)	Te weinig (begrotings)autonomie op decentraal niveau, verschillen in wetgeving, regels voor uitwisseling van data, noodzaak voor wetsveranderingen, politieke controverses
Te weinig kennis (11)	Verschillen in kennis of beschikbaarheid van informatie tussen partijen
Negatieve publiciteit (4)	Media, reputatie van stakeholders (bijvoorbeeld verzekeraars)
Bevorderende factoren	
Steun en inzet stakeholders (31)	Veel inzet om zoveel mogelijk stakeholders te betrekken, steun van grote stakeholders, overheid en politiek, goede structuur: afstemming, vertrouwen, consensus en communicatie tussen de deelnemers, transparantie, steun van belangenorganisaties en gemeenschappen
Complementair beleid (17)	Aanpassingen in beleid, wetten en marktregulatie
Bestaande know-how en ervaring (14)	Werken vanuit bestaande samenwerkingen, ervaringen met hervormingen, opzetten van pilot, leren van best practices
Voldoende middelen (14)	(ICT) infrastructuur, delen van data, extra financiële ondersteuning
Kwaliteit van veranderingmanagement (14)	Onderhoud van relaties tussen de deelnemers, goede managers
Externe druk (2)	Internationale belangstelling, politieke belangen

4.3 Toepasbaarheid in de praktijk in Nederland

Ondanks het feit dat de samenwerkingsverbanden die wij geïnterviewd hebben zich gericht hebben op mogelijkheden binnen het huidige bekostigingsmodel zijn er wel raakvlakken tussen hun ervaringen en de bevindingen van Ndayishimiye et al. (2023). Met name als het gaat om problemen die ontstaan vanwege verschillen in wetgeving, maar ook het belang van vertrouwen tussen de deelnemende partijen en het gebruiken van ervaringen met eerdere projecten.

Vergelijking tussen modellen is lastig

In het algemeen geldt echter: de literatuur over bekostigingsmodellen die wij gevonden hebben heeft weinig te melden over praktische oplossingen als het gaat om bekostiging van domeinoversijgende samenwerking. Met uitzondering van de review van Ndayishimiye et al. (2023) komen de in de interviews genoemde problemen bij bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking nauwelijks aan bod. Het merendeel van de studies opgenomen in de literatuurscan gaat over de introductie van bundled payment models in de VS, met name in de context van de Medicare en Medicaid

programma's. Zo voerden Agarwal et al. (2020) een review uit van de literatuur over een drietal initiatieven binnen deze programma's, en concludeerden dat er aanwijzingen zijn dat bundled payment tot lagere kosten (bij gelijkblijvende kwaliteit van zorg) kan leiden, maar dat dit vooral geldt voor minder complexe behandelingen voor patiënten die relatief jong zijn en minder zorg nodig hebben. Een voorbeeld hiervan is het vervangen van een gewricht in het onderlichaam (*lower extremity joint replacement*, LEJR). Halder et al. (2020) rapporteerden dat de introductie van een bundled payment model bij de behandeling van urogynaecologische aandoeningen leidde tot minder zorguitgaven, onder meer omdat er minder chirurgische ingrepen plaatvonden.

De onderzochte effectstudies beperken zich daarmee veelal tot het vergelijken van de kosten na introductie van een ABM met de situatie daarvoor, voor één bepaalde aandoening in één bepaalde zorgsetting (vaak ziekenhuizen). Bovendien concluderen de studies die bekostigingsmodellen empirisch met elkaar vergelijken allemaal dat het moeilijk is om duidelijke voor- en nadelen van de vergeleken modellen te benoemen. Dat komt omdat de effecten op kosten, kwaliteit van zorg, het zorggebruik en andere uitkomsten sterk contextafhankelijk zijn. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het soort aandoening (Argawal et al. 2020), organisatorische kenmerken en om het soort zorg dat verleend wordt (Magid et al. 2018; Ouayogodé, Frazee, Rich en Colla 2020). Ook de mate waarin financiële overwegingen belangrijk zijn voor een bepaalde groep zorgverleners (Jia et al. 2021) en de gebruikte maatstaven om de uitkomsten te meten bij P4P modellen (Jia et al. 2021) zijn bepalend voor de effectiviteit van bekostigingsmodellen.

De verschillende bekostigingsmodellen bevatten verschillende elementen waarover een keuze gemaakt moet worden, en die bevorderend of beperkend kunnen werken bij domeinoverstijgende samenwerking. Zo kan de medische aandoening die centraal staat in een bundelmodel in meer of mindere mate complex zijn. Dit heeft weer gevolgen voor het aantal verschillende zorgaanbieders dat bij het zorgtraject van een patiënt betrokken is, en voor de mate waarin ze moeten samenwerken. Bij een P4P model is de gebruikte maatstaf om prestaties van zorgverleners te beoordelen sterk van invloed op de mate waarin samenwerking bevordert wordt of niet, door de maatstaf op individuele- of collectieve prestaties te richten.

Bundelbekostiging

Er is in Nederland al ervaring opgedaan met bundelbekostiging. De NZa heeft ervaringen en informatie over bundels [hier](#) verzameld. Een ander voorbeeld is de [bundelbekostiging voor hand- en polszorg](#) die Xpert Clinics en Zilveren Kruis hebben afgesproken.

Het Linnean initiatief biedt op haar [website](#) een toolbox aan om aan de slag te gaan met zorgbundels.

Als ABMs ingezet worden om zorg te bekostigen zullen deze keuzes uiteindelijk gemaakt moeten worden in onderhandelingen tussen de partijen genoemd in Figuur 1: beleidsinstanties, financiers, zorgverleners en (belangenorganisaties van) patiënten. De uitkomst daarvan zal vooral bepaald worden door de invloed van de partijen en de weging van de verschillende belangen. Bij een vergelijking tussen verschillende modellen is het belangrijk om dat in het achterhoofd te houden. Op die manier moet dan ook naar de vergelijking tussen de modellen in Tabel 4.2 gekeken worden: is een model in de basis geschikt om domeinoverstijgende samenwerking te faciliteren? En welke aspecten (genoemd in de interviews) daarvan in het bijzonder? We hebben hierbij gekeken naar het perspectief van de patiënt, de samenwerkende zorgverleners en de betalende instanties, alsmede naar de mogelijke soepele overgang tussen domeinen. Aan bod komen: de mogelijkheden om multi- morbiditeit en preventie te bekostigen (patiënten), de mogelijkheid om overleg gemakkelijk te bekostigen en meerdere typen zorgverleners tegelijkertijd te betrekken (zorgverleners) en de mogelijkheid om betaaltitels (waarmee de te bekostigen prestaties vastgelegd worden) te definiëren en uitgaven voor verleende zorg te kunnen controleren (betalende instanties).

Tabel 4.2: Evaluatie van de methoden uit de literatuur

Perspectief	Patiënt		Zorgverleners		Betalende instantie		Aansluitend bij wetten
	Multi-morbiditeit	Preventie	Overleg meefinancieren	Geschikt voor meerdere typen zorgverleners	Betaaltitels goed definieerbaar	Controle op uitgaven mogelijk	
Kan er rekening gehouden worden met:							
Per capita bekostiging (1 zorgverlener)	-	+	+	-	+	-	-
Per capitabekostiging (meerdere zorgverleners)	+	+	+	+	+	-	+
<i>Fee-for-service</i>	-	-	-	-	+	+	-
Populatie-bekostiging	+	+	+	+	+	-	+
Bundelbekostiging	-	-	?	+	+	-	+
Prestatiebeloning	-	-	-	?	-	+	?
Waardegedreven zorg	?	-	?	?	-	?	?

+ Kan bij deze methode relatief gemakkelijk rekening mee gehouden worden;

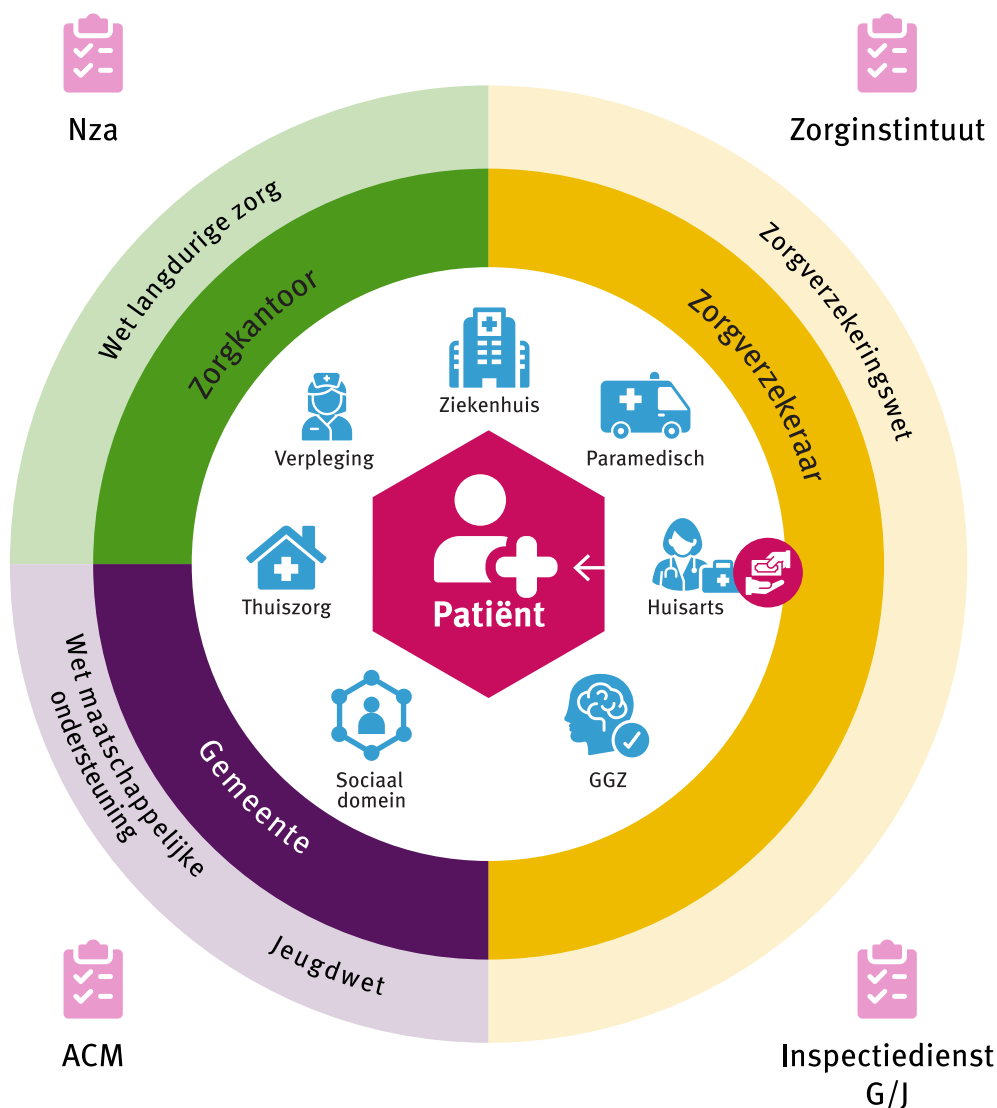
- Is lastig bij deze methode;

? Onduidelijk voor deze methode/sterk afhankelijk van invulling

Probleem: mismatch tussen bekostigingsmodel en aard van de geleverde zorg

Uit het overzicht blijkt dat vooral capitation- en budget-gebaseerde modellen in de basis geschikt zijn voor domeinoverstijgende samenwerking. Deze modellen kunnen daarmee in principe ingezet worden om domeinoverstijgende samenwerking te vergemakkelijken. Alleen: uit de interviews blijkt dat de problemen waar samenwerkingsverbanden nu tegenaan lopen vooral te maken hebben met een mismatch tussen het huidige bekostigingsmodel en het soort zorg dat men wil leveren. Het declareren van domeinoverstijgende deel van de zorg blijkt vaak een uitdaging zijn. Waar ligt dat aan? De kern van het probleem is dat de huidige manier van bekostiging niet goed aansluit bij domeinoverstijgende zorg (zie bijvoorbeeld [Nza 2023](#)). Zoals gezegd is de huidige bekostiging vooral gebaseerd op FFS. Daarin wordt zorg gezien als een levering van een duidelijk afgekaderde dienst van één zorgverlener voor één patiënt (zie Figuur 2).

Figuur 2: Zorg vanuit een prestatie verleend door één zorgverlener (hier een huisarts) aan één patiënt binnen één domein (Zvw).

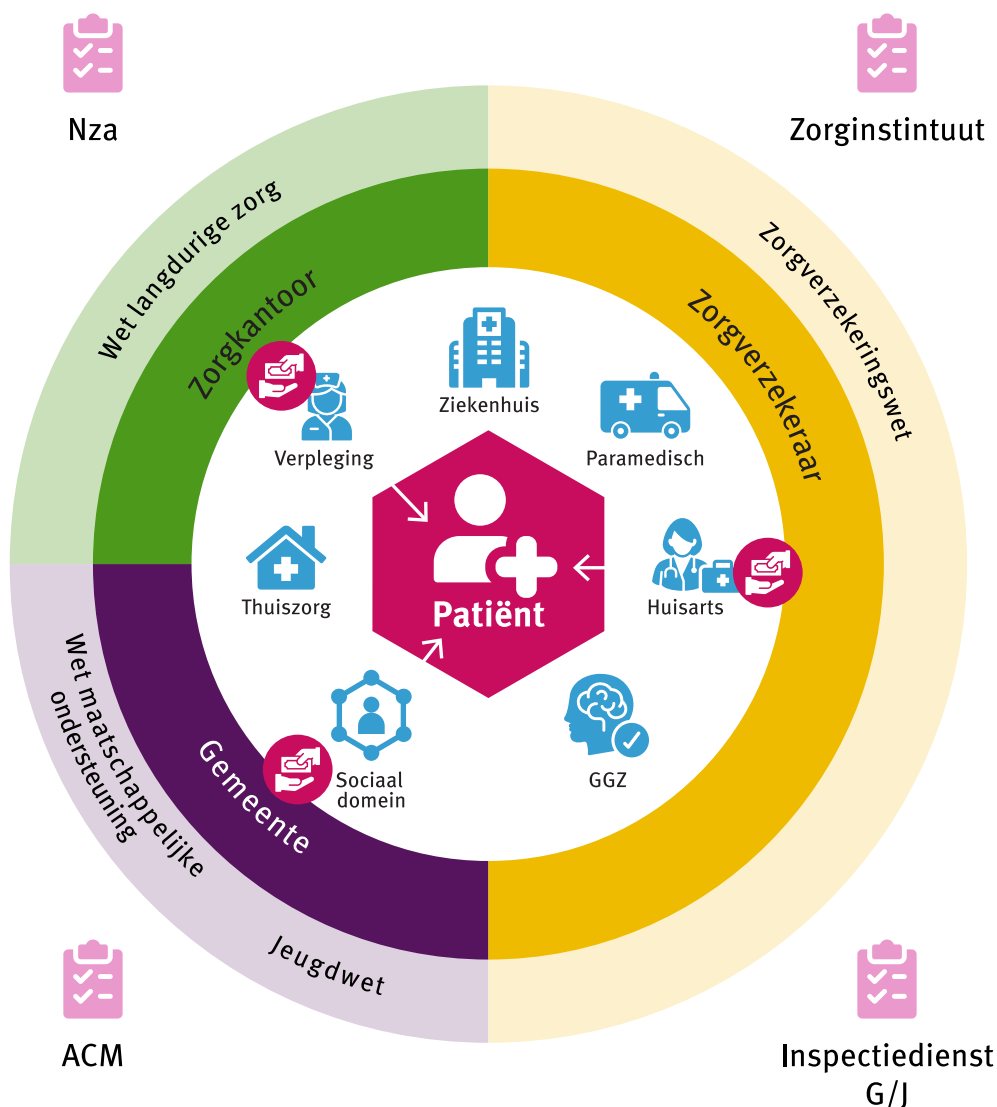


Bovendien wordt de bekostiging van zorg door een financier als een markttransactie gezien, waarbij er een informatie-asymmetrie bestaat tussen de inkoper (de financier) en de zorgverlener. De zorgverlener weet namelijk beter hoeveel en welke zorg een cliënt nodig heeft dan de financier. Voor een financier is dat lastig te controleren: was in een bepaald geval minder (dure) zorg ook voldoende geweest? De tekortschietende controle mogelijkheden door het verschil in informatie kunnen volgens de standaard economische theorie opgelost worden door de juiste financiële prikkels in te bouwen. Dat zien we ook terug in de literatuur over bekostigingsmodellen: door middel van het inbouwen van financiële prikkels moet je er voor zorgen dat er niet te veel (onnodige) zorg verleend wordt.

Deze gedachte is gebaseerd op de principal-agency theorie. Daarin wordt het probleem behandeld wanneer de doelen van een principaal ('opdrachtgever') en een agent ('opdrachtnemer') niet overeenkomen. In de zorg kan dit model bijvoorbeeld worden toegepast op de relatie tussen een zorgverzekeraar en een zorgverlener (zie bijvoorbeeld [CPB 2023](#)). De zorgverzekeraar betaalt een zorgverlener voor de verleende zorg. Terwijl de zorgverzekeraar als doel heeft de kosten te minimaliseren door alleen noodzakelijke zorg te vergoeden, heeft de zorgverlener volgens deze theorie een prikkel om juist meer zorg dan noodzakelijk te verlenen: zo kan immers meer inkomen gegenereerd worden. Uitgaande van een situatie waarin beide partijen verschillende informatie hebben over de geleverde zorg (de zorgverlener weet wanneer zorg overbodig is, maar de zorgverzekeraar kan dit veel lastiger beoordelen), ontstaat er een situatie waarin de doelen van de zorgverlener door het inbouwen van 'financiële prikkels' in overeenstemming moeten worden gebracht met de doelen van de zorgverzekeraar.

Een probleem met deze benadering is dat ze vooral gebaseerd is op het controleren van de zorgverlener door diens 'productie' in de gaten te houden. Bij domeinoverstijgende samenwerking gaat het echter vooral over vertrouwen: niet alleen tussen zorgverleners, maar vooral ook tussen financier en zorgverleners. Dat zagen we ook terug in de interviews. Als er vertrouwen is tussen financier en zorgverleners is er veel mogelijk. Maar het structureel ontschotten van zorg is lastig wanneer een methode gebruikt wordt die uitgaat van zorg als een product dat in schotten geleverd wordt (zie Figuur 3).

Figuur 3: Wanneer patiënten zorg krijgen van meerdere zorgverleners uit meerdere domeinen is er ook sprake van verschillende typen bekostiging.



Ontschotten van de zorg betekent samenvoegen van deze producten. Daarmee verliest de betalende instantie een stuk controle op de zorg die verleend wordt, maar is er meer coördinatie van de zorg mogelijk omdat vanuit de cliënt gedacht wordt. Niet langer het product, maar het (zorg)traject van de cliënt komt centraal te staan. Er is echter een belangrijk nadeel: dit vergt een ingrijpende aanpassing van het huidige systeem.

Evaluatie van de voorgestelde methodes uit de literatuur

- Methodes die gebaseerd zijn op financiering vanuit een bepaalde diagnose of individuele zorghandeling zijn minder geschikt omdat in de domeinoverstijgende projecten vaak sprake is van multi-morbiditeit en er ook minder gebruikelijke partners mee kunnen doen (zoals een woningbouwvereniging of schuldhulpverlening). Ook zijn deze methodes minder geschikt voor preventieve projecten.

- Een methode gericht op uitkomst en toerekening van de zorg aan individuen kan met name voor preventieve projecten problematisch zijn doordat deze trajecten vaak een langere tijdshorizon hebben.
- Alternatieve bekostigingsmodellen kunnen beter geschikt zijn om domeinoverstijgende samenwerking te bevorderen, maar dat vereist een goede aansluiting van de elementen van zo'n model bij de context. Dat vereist (waarschijnlijk langdurige) onderhandelingen tussen partijen in het zorgveld. Daarnaast kan het introduceren van nieuwe modellen weer nieuwe bevorderende en belemmerende factoren met zich meebrengen, waarvan de uitwerking niet altijd van tevoren te voorspellen is. Nieuwe modellen brengen ook andere administratieve processen met zich mee wat, zeker in het begin, extra kosten kan betekenen. De vraag is dan of men beter de onvolkomenheden van het bestaande systeem kan proberen te verzachten of dat een nieuw systeem de oplossing is.
- De meeste bijdragen in de literatuur zijn gericht op het evalueren van bekostigingsmodellen op basis van de effecten ervan in een bepaalde context. Er is veel minder oog voor de mogelijke (mis)match tussen bekostiging en de zorg die verleend wordt.
- De werking van bekostigingsmodellen wordt vaak beoordeeld op de financiële prikkel die er van een bepaalde manier van bekostigen uitgaat. Het zoeken is dan naar de juiste prikkel die tot de best mogelijke zorgverlening leidt. De vraag is of dit het juiste uitgangspunt is bij domein overstijgende samenwerking. Dit zal in geval van meerdere partners in een domeinoverstijgend project ingewikkeld worden, omdat iedere partner vaak al een eigen methode van bekostiging heeft. Het toevoegen van weer een nieuwe methode kan dan juist de administratieve last verhogen in plaats van verlagen.

5. Hoe nu verder?

Na het ophalen van praktijkervaringen en het bestuderen van de literatuur hebben we de belangrijkste bevindingen voorgelegd aan een aantal experts. Zij hebben vanuit hun ervaring op onze bevindingen gereflecteerd, en opmerkingen en aanvullingen gegeven. Deze hebben we in dit hoofdstuk verwerkt. We halen we het model van Figuur 1 er weer bij om te bekijken wie wat kan betekenen bij de bekostiging van domeinoverstijgende initiatieven.

Welke rollen zijn er voor welke actor?

In Figuur 1 staat de **patiënt/cliënt** centraal. Dit is voor domeinoverstijgende zorg een gegeven. Er wordt bekeken welke zorg voor deze persoon nodig is, ongeacht wettelijke kaders. Zorg kan nodig zijn vanuit het zorgdomein of vanuit het sociaal domein. Voor domeinoverstijgende initiatieven heeft dit de volgende consequenties voor de andere actoren uit het model:

Zorgverleners

De diverse betrokken zorgverleners kunnen, in overleg met zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeentes, vaststellen welke onderdelen van de te verlenen zorg binnen de huidige bestaande bekostigingsmodellen vallen. Hiervoor kunnen de zorgverleners een systeem opzetten om de betaling vanuit de diverse financiers administratief mogelijk te maken. Een mogelijk voorbeeld hiervan is het Kassier-systeem, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Uit de ervaring met zulke systemen blijkt dat het een groeiproces is om tot een goed werkende oplossing te komen.

Daarnaast blijft een deel van de kosten over dat niet toe te schrijven is aan een bepaalde client en een bepaalde zorgvorm. Zorgverleners uit ons onderzoek geven aan dat hier vooral een knelpunt zit. Dit wordt ook onderkend door het Zorginstituut (Zorginstituut 2003) Zorgverleners en betalers zullen hiervoor in onderling overleg moeten vaststellen welke betaler welk deel gaat vergoeden. Het kan helpen om aan te tonen welke besparingen er door het domeinoverstijgende deel gerealiseerd worden. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een business case, een gedetailleerde administratie van activiteiten of heldere voorbeelden van besparingen. De zorgverleners die we geïnterviewd hebben gaven aan dat een gedetailleerde administratie alleen in het begin nodig is.

Onderstaand kader geeft instanties en bronnen van informatie weer die behulpzaam kunnen zijn voor zorgverleners en andere betrokkenen die zoeken naar bekostigingsmogelijkheden van domeinoverstijgende samenwerking.

Huidige regelingen en praktische informatie voor domeinoverstijgende bekostiging

Er bestaan verschillende regelingen voor specifieke typen van domeinoverstijgende samenwerking en er is veel informatie beschikbaar die behulpzaam kan zijn bij het opzetten van domeinoverstijgende bekostiging. Ook zijn er instanties en organisaties die mee kunnen denken, adviseren en verbinden. Hieronder volgt een overzicht van belangrijke instanties en informatiebronnen.

De Nederlandse Zorgautoriteit

De NZa heeft het mogelijk maken en faciliteren van zorg in regionale zorgnetwerken met sector- en/of domeinoverstijgende samenwerking hoog op de agenda staan (ZIN en NZa, 2020; ZIN en NZa, 2023). Zij heeft voor verschillende typen domeinoverstijgende samenwerkingen regelingen opgesteld en kan meedenken over oplossingen voor nieuwe situaties.

Kijk [hier](#) voor algemene informatie over passende bekostiging van regionale samenwerking van de NZa.

Inspirerende voorbeelden over het organiseren van passende zorg en hoe de NZa deze ondersteund heeft door het creëren van nieuwe bekostigingsmogelijkheden zijn te vinden in [dit magazine](#).

Zorginstituut Nederland

Ook het Zorginstituut onderschrijft de noodzaak tot meer sector- en domeinoverstijgende samenwerking om de zorg kwalitatief goed en betaalbaar te houden (ZIN en NZa, 2020; ZIN en NZa, 2023). Het Zorginstituut is in eerste instantie gericht op de vaststelling van het basispakket. Voor sommige typen zorg en preventie kan het nuttig zijn om na te gaan of/in hoeverre deze binnen het basispakket vallen. Zo beschrijft [deze wegwijzer](#) de uitgangspunten van opname in het basispakket van leefstijlinterventies en is er informatie over de [voorwaarden voor vergoeding van gecombineerde leefstijlinterventies uit het basispakket](#).

Platform de Juiste Zorg op de Juiste Plek

Het JZJP platform biedt informatie over onder meer subsidieregelingen en een specifieke uitkering voor gemeenten voor domeinoverstijgend samenwerken: [Subsidies \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)

ZonMw

ZonMw heeft een subsidieprogramma gericht op ondersteuning van domeinoverstijgende samenwerking: [Ondersteuning regionale samenwerking | ZonMw](#)

Zorg voor innoveren

Zorg voor innoveren is het centrale aanspreekpunt vanuit de overheid voor innovaties in de zorg. Zij kan advies geven op maat en verbinding tot stand brengen met relevante partijen in haar netwerk. Ook is er [financiële wegwijzer](#) beschikbaar waarmee eenvoudig naar een geschikte subsidieverstrekker kan worden gezocht.

Nederland Zorgt voor Elkaar

Nederland Zorgt Voor Elkaar (NZVE) is het landelijk netwerk van bewonersinitiatieven in welzijn, wonen en zorg en deelt kennis, ervaringen en onderzoek van en voor bewonersinitiatieven. Er is onder meer een [Wegwijzer Toekomstbestendige Financiering](#) bewonersinitiatieven meer inzicht kunnen krijgen in hun financiële situatie. Daarnaast is er informatie te vinden over mogelijke vormen van en strategieën voor het verkrijgen van bekostiging.

Betalers

De betalers van zorg zullen moeten bekijken welk deel van het domeinoverstijgende element van een initiatief zij kunnen bekostigen. Binnen de bestaande kaders heeft het sociale domein (gemeentes) meer vrijheidsgraden dan zorgverzekeraars en zorgkantoren. Uit de interviews blijkt echter dat ook zorgverzekeraars mogelijkheden hebben om deze zorg (deels) te financieren. Voor zorgverleners is het van belang dat een initiatief, bij gebleken succes, structureel gefinancierd wordt. Vaak wordt bekostiging gedaan via subsidies die vaak tijdelijk zijn, veel tijd vragen van zorgverleners om aan te vragen en geen zekerheid geven voor de toekomst. Betalers zullen daarom in onderling overleg en in overleg met zorgverleners moeten bekijken hoe een initiatief uiteindelijk structureel gefinancierd kan worden.

Wettelijke kaders

Voor de wettelijke kaders lijkt het erop dat betalers in een aantal gevallen mogelijkheden zien voor financiering van domeinoverstijgende initiatieven binnen de huidige kaders. Waar dit niet mogelijk blijkt, zullen alternatieven gezocht moeten worden. Het Zorginstituut en de NZa zijn volop bezig hiervoor mogelijkheden te creëren, maar dit blijft vooralsnog vooral binnen het domein van de Zvw, terwijl zorgverleners aangeven dat er ook mogelijkheden moeten komen voor zorg vanuit meerdere wettelijke kaders of dat er een goede overgang van het ene kader naar het andere zou moeten komen. Hiervoor zouden nieuwe bekostigingsmodellen opgezet kunnen worden, bijvoorbeeld gebaseerd op populatiebekostiging. Een voorbeeld hiervan kan zijn een regionaal budget, op basis van kenmerken van de bevolking, waarbij de relevante betalers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeentes) op basis van de regioplannen van het IZA kunnen vaststellen welke initiatieven op welke wijze bekostigd worden voor hun domeinoverstijgende deel van de zorg. Nadeel van zo'n systeem is dat er een nieuwe organisatie voor opgetuigd moet worden. Voor het sociaal domein lijkt de flexibiliteit binnen dat systeem (Wmo, jeugdzorg, participatiewet) bevorderend te zijn voor de mogelijkheden voor de financiering van domeinoverstijgende initiatieven. Een mogelijk knelpunt is echter dat sommige gemeentes budgettaire problemen ervaren, wat weer een risico kan zijn voor de continuïteit van deze initiatieven. Een expert wees erop dat in een samenwerkingsverband met meerdere gemeenten ook de positie van de grootste gemeente een rol speelt. Vooral als zij over meer financiële middelen beschikt dan de andere gemeenten kan ze een dominante positie innemen die samenwerking bemoeilijkt. Toekomstige bekostigingsmodellen zullen hiermee rekening moeten houden.

Wat is er mogelijk binnen bestaande wetgeving?

We zagen dat er in de praktijk voorbeelden zijn waarin ook binnen de huidige wetgeving oplossingen gevonden zijn. Er blijkt vaak meer mogelijk te zijn dan gedacht. Of daar gebruik van gemaakt wordt, is nu echter sterk afhankelijk van zaken zoals de vertrouwensrelatie met de financier, de bereidheid en mogelijkheid van de financier om mee te denken en over domeingrenzen heen te stappen of de beschikbaarheid van data en succesverhalen om een goede business case te maken. Samenwerken is daarmee vooral ook mensenwerk en gestoeld op goede relaties en onderling vertrouwen.

Voor een meer structurele oplossing zal echter meer gedacht moeten worden aan wijzigingen in de bekostigingssystematiek binnen de huidige wettelijke kaders. We zagen al dat er initiatieven zijn voor het creëren van nieuwe betaaltitels en het verruimen van mogelijkheden om zorg die moeilijk aan cliënten toe te rekenen is te vergoeden.

Wat kunnen financiers en beleidsinstanties doen?

- Zorg aan naasten/netwerk mogelijk maken. Naast cliëntvolgende financiering kan het mogelijk gemaakt worden om ook zorg te bekostigen die niet direct toe te schrijven is aan een individuele cliënt. Dat zou het bijvoorbeeld in bepaalde gevallen mogelijk maken dat ook naasten en mantelzorgers aanspraak kunnen maken op zorg, zoals bijvoorbeeld nazorg. Aangezien mantelzorg steeds belangrijker wordt voor een houdbaar zorgstelsel is dit een belangrijk aandachtspunt.
- Zorg voor bekostiging van overlegstructuren en andere relevante niet-cliëntgebonden activiteiten. Dit vergt wel een vorm van vertrouwen in de betreffende zorg- en hulpverleners dat het geld goed besteed wordt. Er wordt nu al gewerkt aan het creëren van nieuwe betaaltitels die het gemakkelijker maken om in bepaalde gevallen overleg direct te bekostigen, maar dit zou een meer structureel en algemeen karakter moeten krijgen. Een expert wees er bovendien op dat er ook oog moet zijn voor de administratieve druk. Soms gaat een groot deel van de middelen die toegekend zijn voor samenwerking naar de verantwoording van de besteding van diezelfde middelen. Dat raakt ook weer aan de belangrijke rol van het vertrouwen tussen partijen.
- Bekostiging op langere termijn uit de subsidiesfeer halen. Continuïteit van projecten is een probleem als gevolg van tijdelijke financiering. Veel tijd gaat naar (het telkens weer) aanvragen van subsidie. Door bij de subsidieverstrekking structurele bekostiging in te bouwen (door deze bijvoorbeeld afhankelijk te maken van de uitkomsten van een sociale rendementsberekening, zie hieronder) kan voorkomen worden dat deze tijd verloren gaat en er onzekerheid blijft bestaan over de continuïteit van een (succesvol) project. Financiers hebben soms mogelijkheden om budget ter beschikking te stellen vanuit innovatiepotjes of experimenten van zorgverleners te bekostigen. Er moet dan ook meteen oog zijn voor de langere termijn: bij bewezen succes van een domeinoverstijgend initiatief moet structurele financiering van meet af aan het doel zijn.
- Deels overlappende bekostiging bij overgang naar een ander wettelijk regime zou overgang voor cliënten en eventuele mantelzorgers soepeler maken. Zo kunnen zij bijvoorbeeld hun vertrouwde zorgverlener behouden. Dit draagt bij aan continuïteit van de zorg.
- Ruimte maken voor experimenteren. Bouw ook ruimte in om initiatieven de mogelijkheid te geven om op basis van een participatieve/netwerkgedreven, bottom-up aanpak met de betrokken stakeholders nieuwe oplossingen te vinden. Hierbij krijgen ook initiatieven waarbij de nieuwe, domeinoverstijgende aanpak niet van tevoren, maar al doende wordt vormgegeven, een kans. Bij een dergelijke aanpak is het lastig om van tevoren een business case te maken, en dat zou voor subsidiëring van initiatieven in de ‘experimenteeruimte’ dan ook niet nodig moeten zijn.
- Investeer in burgerinitiatieven. Burgerinitiatieven zijn kleinschaliger van aard, en bijvoorbeeld georganiseerd op wijk- of gemeenteniveau. Hieruit kunnen belangrijke lessen worden geleerd over wat werkt in welke context. Via lerende netwerken kan kennis worden opgebouwd en kunnen ervaringen worden uitgewisseld. Succesvolle initiatieven kunnen vervolgens worden opgeschaald naar andere, vergelijkbare wijken of gemeenten in de regio dan wel landelijk.

Wat kan een samenwerkingsnetwerk van zorgverleners zelf doen?

- Toon aan dat het domeinoverstijgende initiatief kostenbesparend werkt, eventueel aan de hand van concrete voorbeelden/casussen. Financiers zoals zorgverzekeraars moeten overtuigd worden van de meerwaarde van het project, of anders gezegd: een project dat kan aantonen dat uiteindelijk de geleverde zorg goedkoper wordt

heeft meer kans op medewerking van een zorgverzekeraar. Dit aantonen kan een uitdaging zijn. Het uitvoeren van een (sociale) rendementsberekening (*social return on investment*) kan een goed hulpmiddel zijn, maar kan pas na de uitvoering van een project uitgevoerd worden. Het probleem van de initiële bekostiging van een project blijft daarmee bestaan.

- Een oplossing hiervoor kan zijn om klein te beginnen. Probeer financiers mee te krijgen om een klein project te bekostigen om te kijken of de aanpak werkt. Dat houdt het overzichtelijk en de risico's voor de financier zijn beperkt.
- Een kleiner begin heeft ook als voordeel dat ervaring opgedaan kan worden met declareren en toerekening binnen de verschillende wetten. Vanuit een beginbudget kan dan achteraf bepaald worden waar kosten verhaald kunnen worden.
- Initiële bekostiging van een project vereist derhalve een investering van zorgverleners en financiers, zowel financieel als sociaal. Vanuit deze samenwerking moet de bekostigingsnoodzaak en -behoeftes in een vroeg stadium gesignaleerd worden aan instanties zoals het Zorginstituut en de NZa, zodat zij mogelijkheden hiertoe kunnen creëren. Daarbij zou het helpen als er een duidelijk bekostigingstraject zou zijn waar initiatiefnemers mee aan de slag kunnen. Dat is vooral ook belangrijk omdat het nogal veranderlijk is wat mogelijk is. Het lijkt erop dat een goed overzicht van de mogelijkheden daarom nu wel eens ontbreekt.

Denken vanuit de patiënt


- De huidige bekostigingssystematiek is sterk gericht op individuele zorgdiensten, maar ook op gezondheidsproblemen van individuele mensen. Vanuit de Zvw en Wlz vindt bekostiging van zorg plaats nadat een verzekerde 'schade' heeft opgelopen. Er wordt nog te weinig vanuit de cliënt en diens welzijn gedacht, waardoor creatieve oplossingen voor bekostiging niet mogelijk zijn. Een voorbeeld is een gezin met een volwassen dochter die vrij zwaar verstandelijk beperkt is, maar prima functioneert. Eén van de ouders komt te overlijden en de andere ouder kan de huur niet meer betalen. Deze ouder wordt uit huis gezet en dochter komt in instelling terecht. Als er een oplossing voor de betaling van de huur was gekomen en deze ouder thuis had kunnen blijven en voor de dochter kunnen blijven zorgen, was dit veel goedkoper geweest.

Conclusie

In deze kennissynthese hebben we praktische en wetenschappelijke kennis over de problemen en oplossingen bij het bekostigen van domeinoverstijgende samenwerking in kaart gebracht.

Samenwerkingsverbanden blijken inderdaad tegen problemen aan te lopen, maar vinden vaak ook oplossingen door goede onderlinge contacten en vertrouwen. Tegelijkertijd is het vinden van een goede manier om de samenwerking te bekostigen vaak een zaak van de lange adem. Bovendien zijn oplossingen niet altijd structureel en blijven daarmee een tijdelijk karakter houden.

Alternatieve bekostigingsmodellen kunnen een oplossing bieden. De inzet daarvan binnen de huidige wettelijke kaders is echter vaak erg lastig. Dat betekent dat ook hier vaak geduld en volharding nodig zijn. Er wordt echter steeds meer mogelijk om samenhangende zorg te bekostigen. Het is belangrijk dat initiatieven zicht hebben én houden op de ontwikkelingen op dit gebied. Het zou zonde zijn als veelbelovende initiatieven om zorg breed te organiseren stuk lopen op gebrekkige informatie.



Vanwege het korte tijdsbestek hebben we in deze kennissynthese maar een gering aantal mensen kunnen interviewen en was de scan van de wetenschappelijke literatuur over bekostigingsmodellen beperkt. Daarbij is het wel opvallend dat er in de door ons bestudeerde artikelen nauwelijks oog is voor de praktische oplossingen die partijen bedenken om barrières voor domeinoverstijgende samenwerking te slechten. Het onderzoeken van het praktische repertoire dat partijen gebruiken om op creatieve manieren oplossingen te vinden kan hier heel vruchtbaar zijn.

Bij de oplossingen die nu ontwikkeld worden moet wel bedacht worden dat een structurele manier om bekostiging op regionaal niveau in te richten prioriteit moet blijven krijgen. Anders gezegd: het moet niet zo zijn dat het afhankelijk is van de regio waarin je woont of je goede zorg krijgt. Voor een bekostiging van brede, domeinoverstijgende zorg op regionaal niveau, waarin regio's vrijheden hebben om de samenwerking op een passende manier te organiseren, is daarom ook een landelijk kader nodig.

Een stelselwijziging kan een oplossing zijn, maar zorgt ook weer voor nieuwe uitdagingen. Het lijkt er op dat er binnen de huidige wettelijke kaders mogelijkheden zijn om domeinoverstijgende initiatieven te financieren, zeker met de nieuwe mogelijkheden die nu onderzocht worden door het Zorginstituut en de NZa. Voor dat deel van de zorg dat niet op deze manier gefinancierd kan worden, doordat bijvoorbeeld woningbouwverenigingen of justitie betrokken zijn, zou een apart model opgetuigd kunnen worden. Hiervoor lijkt vanuit de literatuur een (populatie)budget-aanpak of per-capita bekostiging (*capitation*) de meest aangewezen bekostigingsvorm.

Literatuur

- Agarwal, R., Liao, J.M., Gupta, A., and Navathe, A.S. (2020). The Impact Of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review. *Health Aff (Millwood)* 39 (1) p. 50-57.
- Cattel, D., & Eijkenaar, F. (2020). Value-based provider payment initiatives combining global payments with explicit quality incentives: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 77(6), 511-537.
- Halder, G.E., Cardwell, J., Gao, H., Gardiner, H., Nutt, S., White, A., et al. (2020). Creating a bundled care payment model for treatment of pelvic floor disorders: introducing value into urogynecology. *Am J Obstet Gynecol* 223 (4) p. 538-542.e1
- Hayen, A. (2021). Een denkkader voor alternatieve bekostiging. Presentatie Uitkomstgericht organiseren en betalen. Programma Uitkomstgerichte Zorg, 8 juni 2021.
- Hayen, A., van den Berg, M. J., Struijs, J. N., & Westert, G. P. (2021). Dutch shared savings program targeted at primary care: Reduced expenditures in its first year. *Health Policy*, 125(4), 489-494.
- Huijsman, R., Boomstra, R., Veerbeek, M., Döpp, C. Zorgstandaard dementie 2020. Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers. Utrecht: Dementiezorg voor elkaar, 2020. URL: <https://zorgstandaarddementie.nl/zorgstandaard/>. geraadpleegd 11 januari 2024.
- Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B., and Zhang, L. (2021). Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 1 (1).
- Kennisplatform de Juiste Zorg op de Juiste Plek (2022). Kennisagenda Zorg en Ondersteuning op de Juiste Plek. Tweede Editie. URL: [Kennisagenda](#) geraadpleegd 12 oktober 2023.
- Magid, B., Murphy, C., Lankiewicz, J., Lawandi, N., and Poulton, A. (2018). Pricing for safety and quality in healthcare: A discussion paper. *Infect Dis Health*. 23 (1) p. 49-53.
- Miller, H. (2009). From volume to value: Better ways to pay for health care. *Health Affairs* 28, no.5 (2009):1418- 1428.
- Ministerie van VWS (2020). Kamerbrief Bekostiging Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg. 29 juni 2020.
- Minister van VWS (2021). Kamerbrief over stand van zaken domein-overstijgende samenwerking. URL: [Kamerbrief over stand van zaken domein-overstijgende samenwerking | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#), geraadpleegd op 5 januari 2024.

Ministerie van VWS (2021). Wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking. URL: [Overheid.nl | Consultatie Domein-overstijgende samenwerking \(internetconsultatie.nl\)](https://overheid.nl/consultatie/domein-overstijgende-samenwerking), geraadpleegd op 5 januari 2024.

Ministerie van VWS (2022). Besluit aanwijzing invoering prestatie algemene diensten of activiteiten zorg Parkinsonpatiënten. URL: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0047407/2022-11-01>, geraadpleegd op 5 januari 2024.

Ministerie van VWS (2023) Ministerie van VWS (2023). Kamerbrief voortgang Integraal Zorgakkoord: bekostiging domeinoverstijgende en sectoroverstijgende samenwerking. URL: [Kamerbrief voortgang Integraal Zorgakkoord: bekostiging domeinoverstijgende en sectoroverstijgende samenwerking | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/kamerstukken/kamerbrief-voortgang-integraal-zorgakkoord), geraadpleegd op 11 januari 2024.

Mühlbacher, A.C., Amelung, V.E., and Juhnke, C. (2018). Contract Design: Financial Options and Risk. *Int J Integr Care* 18 (1) p. 1-7.

Ndayishimiye, C., Tambor, M., and Dubas-Jakóbczyk, K. (2023). Barriers and Facilitators to Health-Care Provider Payment Reform - A Scoping Literature Review. *Risk Manag Healthc Policy* 16 p. 1755-1779.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2023). Advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis. URL: [Advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis | Rapport | Rijksoverheid.nl](https://www.nza.nl/advies-bekostiging-afstemming-en-coordinatie-voor-kwetsbare-ouderen-thuis) geraadpleegd 5 januari 2024.

OECD (2016). Better Ways to Pay for Health Care. OECD Health Policy Series, June 29 2016.

Ouayogodé, M.H., Frazee, T., Rich, E.C., and Colla, C.H. (2020). Practices' Participation in Alternative Payment Models. *JAMA Netw Open* 3 (4) Pages e202019.

Perelman, J., Chaves, P., Almeida J.C.M. de, and Matias, M.A. (2018). Reforming the Portuguese mental health system: an incentive-based approach. *Int J Ment Health Syst.* 12 p. 12-25.

Raad van State (2023). Advies wijziging van de Wet langdurige zorg, de Wet financiering sociale verzekeringen, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Algemene wet bestuursrecht. in verband met de uitbreiding en verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen vanuit het Fonds langdurige zorg. URL: [Advies W13.23.00088/III](https://www.raadvanstate.nl/advies-wijziging-van-de-wet-langdurige-zorg), geraadpleegd 11 januari 2024.

Ryan, A.M., and Rodgers, P.E. (2018). Linking Quality and Spending to Measure Value for People with Serious Illness. *J Palliat Med.* 21 (S2) p. s74-s80.

Steenhuis, S., Struijs, J., Koolman, X, Ket, J., and Heijden, E. van der (2020). Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective. *Milbank Q* Vol. 98 Issue 1 p. 197-222.

Taskforce JZOP/De juiste zorg op de juiste plek (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? URL: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>, geraadpleegd op 10 oktober 2023.

Yee, C. A., Pizer, S.D., and Frakt, A. (2020). Medicare's Bundled Payment Initiatives for Hospital-Initiated Episodes: Evidence and Evolution. *Milbank Q* 98 (3) p. 908-974.

Zhao, M. Hamadi, H., Haley, D.R., Xu, J., White-Williams, C., and Park, S. (2020). Telehealth: Advances in Alternative Payment Models. *Telemed J E Health* 26 (12) p. 1492-1499.

Zorginstituut Nederland (2023). Handreiking domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zvw. URL: [Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#), geraadpleegd op 3 januari 2024.

Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit (2020). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg. URL: [Advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' | Rapport | Zorginstituut Nederland](#), geraadpleegd op 2 februari 2024.

Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit (2023). Brief aan informateur prof. dr. Ronald Plasterk De toekomst van de zorg in Nederland. URL: [Brief van Zorginstituut en Nederlandse Zorgautoriteit over de toekomst van de zorg | Brief | Zorginstituut Nederland](#), geraadpleegd op 2 februari 2024

Bijlage A Methoden

A.1 Literatuurscan

Zoektermen gebruikt in PubMed en de Web Of Science. Er is op deze termen gezocht in titel en abstract.

(payment model AND (“health care “OR “healthcare”) OR (“pay* for” AND (“health care” OR “healthcare”)) OR (reimburse* AND (“health care” OR “healthcare”) AND (“episode* payment “OR “accountable care “OR “alternative payment “OR “global base*” OR “risk base*” OR “value base*” OR “pay for perform*” OR P4P OR “pay-for-performance” OR “bundle* payment”) AND (care integration OR “cooperation “OR “comprehensive “OR “care coordination” OR “health* system” OR “partnership” OR “collaboration”))

A.2 Interviewprotocol

Interviewprotocol Bekostigingsproblemen JZOJP

- Voorstellen

We willen u ten eerste hartelijk bedanken voor uw bereidheid om deel te nemen aan dit interview. We zullen voor we met het interview beginnen starten met een heel kort voorstelrondje, waarna we vervolgens kort iets zullen vertellen over het doel van het onderzoek en in het bijzonder dit interview.

[kort voorstelrondje]

- Doel onderzoek & interview

Dan zal ik nu kort wat vertellen over het onderzoek. Het maakt deel uit van een kennissynthese voor het ministerie van VWS. De kennissynthese die door het Nivel wordt uitgevoerd gaat over bekostigingsproblemen en -oplossingen bij domeinoverstijgende samenwerking in het kader van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Daarbij gaat het met name over initiatieven die te maken hebben met bekostiging uit verschillende wetgeving, zoals de Zvw, WMO en Wlz, en met name om de periode na een eventuele subsidie om het project op te starten. In de kennissynthese wordt ook gekeken naar organisatorische problemen. Dat deel nemen het RIVM en Vilans voor hun rekening.

Onderdeel van het onderzoek is het houden van interviews met partijen die ervaring hebben met belemmeringen voor samenwerking die voortkomen uit problemen met de bekostiging. Het doel van dit interview is om meer inzicht te krijgen in de praktische zaken waar je dan tegenaan loopt, en wat de oplossingen hiervoor waren of zouden kunnen zijn. Voel u dan ook vrij om uw gedachten daarover te delen!

Naast de interviews wordt ook een quickscan van literatuur uitgevoerd. De resultaten van het gehele onderzoek worden samengevat in een openbare rapportage die in 2024 beschikbaar gemaakt wordt via de website van het Nivel.

- Praktische zaken interview

Dan nog wat praktische zaken rondom het interview. Dit interview zal ongeveer een half uur duren en u kunt op elk moment aangeven te willen stoppen met het interview. Wanneer u hier geen bezwaar tegen heeft zal dit interview worden opgenomen. Wij zullen de opname straks aanzetten, waarna we u zullen vragen toestemming te geven voor uw deelname en de opname van dit interview. De opname zullen we gebruiken om van dit interview een verslag maken. Ik wil benadrukken dat de resultaten van dit interview anoniem verwerkt zullen worden. Na het starten van de opname zal ik u vragen of u er akkoord mee bent dat we uw functie en de organisatie/netwerk waar u voor werkt in een lijst opnemen in het onderzoeksrapport? [antwoord]

Heeft u zelf verder voor we beginnen nog vragen over dit interview of het onderzoek? [antwoord]

- Opname starten en toestemming

Dan zullen wij nu de opname starten. Geeft u toestemming voor afname van dit interview en het opnemen daarvan en dat we uw naam en de organisatie waarvoor u werkt opnemen in een lijst in het onderzoeksrapport? [antwoord]

Dank. Dan zullen wij nu starten met het interview.

Topiclijst

Algemeen

1. We hebben het hier over het project of projecten/initiatieven [...]. Kunt u daar kort iets over vertellen?
2. Wat was de functie van de geïnterviewde(n) in dat project/initiatief?
3. Welke partijen/zorgdomeinen waren vertegenwoordigd in het project?
[Alleen vragen als dat nog niet duidelijk is]

Bekostiging

4. Is het project gestart met een subsidie?
Zo ja: op welk moment is men gaan nadenken over structurele financiering? Hoe werd de bekostiging geregeld?
Zo niet: hoe werden zij betaald/Hoe werd de bekostiging van de prestaties van de verschillende partijen geregeld?
5. Hoe wordt het project op dit moment gefinancierd?
6. Waren er problemen/knelpunten in het project die te maken hadden met de bekostiging van de verschillende partijen?
7. Wat waren de belangrijkste problemen/knelpunten in het project als het gaat om de bekostiging van de verschillende partijen?
8. (Hoe) was dit van invloed op de domeinoverstijgende samenwerking?

Oorzaken en oplossingen

9. Wat was de oorzaak van deze problemen (b.v. verschillende wetgeving, verschillende financiers, andere (ICT) systemen), ontbrekende betaaltitels?
 - a. Binnen de organisatie
 - b. Tussen de organisaties
 - c. Op systeemniveau
10. Is er een oplossing gevonden?
 - Zo ja: welke?
 - Zo niet: Wat zou een oplossing kunnen zijn voor de geconstateerde problemen (ander bekostigingsmodel)?
11. Wat is er qua bekostiging nodig om te komen tot een domeinoverstijgende samenwerking? *[Denk bijvoorbeeld aan afspraken tussen partners voor bekostiging, of aan afspraken met externe financiers voor bekostiging (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeente, NZa,..)]*

Afsluiting

12. Andere punten die nog niet ter sprake zijn gekomen?

Vragen of er interesse bestaat om de belangrijkste bevindingen van de synthese te bespreken.

A.3 Lijst van geïnterviewde personen en geraadpleegde experts

1. Elise Hol, oprichter en projectleider, de Twentse Koers
2. Anneke Meijer, projectmanager, de Friese Preventie Aanpak
3. Loes van de Voort, ketenregisseur, Hulp bij dementie Midden-Limburg
4. Antoinette van Rinsum, ketencoördinator, Dementienetwerk Breda en omgeving
5. Leontine Smeets, projectleider ad interim, Dubbelzorgvragers; een regionaal samenwerkingsproject in de ouderenzorg en GGZ in Zuid-Limburg: (white label namens de volgende organisaties: MeanderGroep Zuid-Limburg, Mondriaan, Cicero Zorggroep, Sevagram, Levanto Groep, Envida, Zuyderland Care en Bergweide)
6. Lisette Dickhoff, kassier, Hulp bij dementie Midden-Limburg
7. Hilbrand Jacobs, procesbegeleider en systeemverbinder
8. Karin van der Steen, Proscop
9. Karlijn van Rijen, Coöperatie Slimmer Leven

