



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

Lerende evaluatie *Juiste Zorg op de Juiste Plek*

Update 2021

Inhoudsopgave

Publiekssamenvatting	3
1. Inleiding	4
2. Methoden	6
3. Ervaringen met de beweging JZOJP	8
3.1 Bekostiging en financiering	9
3.2 Lerend vermogen	11
3.3 Domeinoverstijgende samenwerking	13
3.4 Inwonerparticipatie	15
3.5 Kwetsbare groepen	17
4. Merkbare resultaten	20
5. Wat vindt men nodig om de beweging verder te brengen?	22
5.1 Wat vinden betrokken inwoners en patiënten nodig	22
5.2 Wat vinden zorgprofessionals nodig	23
5.3 Wat vinden bestuurders nodig	24
5.4 Wat vinden regulerende partijen nodig	26
6. Discussie	27
Referenties	31

Publiekssamenvatting

De druk op de zorg neemt toe door een tekort aan zorgpersoneel, de stijgende zorguitgaven en de vergrijzing. Verschillende domeinen (medisch, sociaal en preventie) werken regionaal samen aan de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP). Dit wordt gedaan om kwaliteit van zorg te verbeteren en de zorg houdbaar en toegankelijk te houden. Hierbij staan de behoeften van mensen en hun functioneren centraal.

Het RIVM evalueert van 2019 tot en met 2023 hoe de JZOJP zich ontwikkelt, in opdracht van het ministerie van VWS. Deze tussentijdse rapportage beschrijft de ervaringen in 2021 vanuit vier perspectieven: bestuurlijk, inwoners, zorgprofessionals en regulerende partijen. Deze ervaringen verschillen en zijn niet in één beeld te vangen. De ontwikkeling naar JZOJP is complex en moet vanuit die complexiteit worden bekeken.

Er is niet één oplossing om de beweging JZOJP verder te brengen. Daarvoor zijn verschillen per regio, en zelfs binnen regio's, te groot. Het is in ieder geval belangrijk om per regio duidelijker te krijgen hoe deze kunnen worden ondersteund om JZOJP verder vorm te geven. Ook moet duidelijker worden welke behoeften aan zorg, ondersteuning en preventie inwoners hebben.

Een belangrijk knelpunt is dat de interpretaties over de JZOJP en 'hoe verder' verschillen. Hierdoor verschilt de focus bij betrokken partijen en hebben zij verschillende doelen. Ook kunnen regio's niet alle data delen, waardoor ze minder goed weten wat de problemen in hun regio zijn. Verder verschillen de opvattingen over het al dan niet betrekken van inwoners en de rol van de overheid. Dit neemt niet weg dat er ook goede voorbeelden zijn en binnen regio's een of meerdere knelpunten al samen worden opgelost.

Over een aantal punten om de JZOJP te stimuleren zijn betrokken partijen het wel eens. Zo is het belangrijk om het concept JZOJP duidelijk te beschrijven, zodat iedereen dit hetzelfde interpreteert en dezelfde taal spreekt. Ook is kennisontwikkeling nodig, bijvoorbeeld over hoe samenwerkingsvormen goed kunnen worden ingezet, over nieuwe bekostigingsvormen en over het vormgeven van inwonerparticipatie. Ten slotte willen velen dat de regio's tijd, geld en ruimte krijgen om samen te werken en gezamenlijk te leren.

Kernwoorden: JZOJP, zorg, gezondheidszorg, regio's, sociaal domein, preventie, gezondheid.

1. Inleiding

Gezamenlijke inzet op de beweging Juiste Zorg op de Juiste Plek

Er is een toenemende druk op het zorg – en ondersteuningsaanbod. Dit komt door een stijgend tekort aan zorgpersoneel, vergrijzing en stijgende zorguitgaven (RIVM, 2018). Daarom zoekt men naar manieren om zorg te voorkomen, verplaatsen en vervangen.

Ook verschuift de aandacht van het paradigma ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, en van fysieke gezondheid en beperkingen naar het functioneren en behoeften (Heerkens et al., 2018; Taskforce JZOJP, 2018). Als reactie hierop is samen met het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en organisaties uit de praktijk een beweging ontstaan naar 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) (VWS, 2018).

Met het Taskforce rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' is invulling gegeven aan het begrip JZOJP (Taskforce JZOJP, 2018). Daarnaast sloten 24 landelijke partijen zich aan bij meerdere hoofdlijnaakkoorden (HLA): Medische Specialistische Zorg, Huisartsenzorg, Paramedische Zorg¹, Geestelijke gezondheidszorg en Wijkverpleging. Omdat de aansluiting van zorg en ondersteuning bij de behoeften van mensen context-specifiek is, ligt het verder vormgeven van de beweging JZOJP voor een belangrijk deel bij organisaties in de regio.

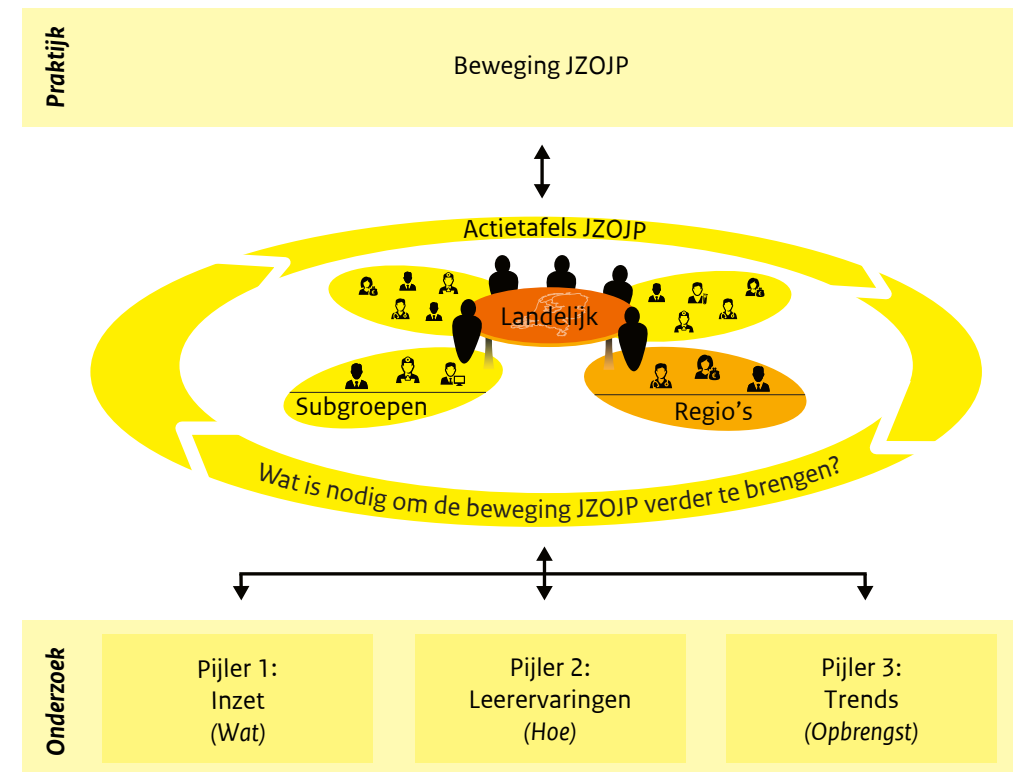
Lerende evaluatie JZOJP

In opdracht van het ministerie van VWS voert het RIVM van 2019 tot en met 2023 een lerende evaluatie uit (RIVM, 2020a). Het doel hiervan is om landelijke, regionale en lokale organisaties te inspireren, ondersteunen en stimuleren door inzichten te geven in ontwikkelingen en ervaringen. En door hier samen van te leren. De vraag die daarbij steeds centraal staat is: *Wat is er nodig om de beweging JZOJP verder te brengen?* Hierbij gebruiken we de volgende definitie van de beweging:

“Beweging van inwoners, professionals en HLA-partners, die vanuit het functioneren en de behoeften van mensen, zorg voorkomen, verplaatsen, en vervangen over grenzen van organisaties en/of domeinen heen, waardoor het functioneren van mensen verbetert, en er bijgedragen wordt aan kwalitatieve, betaalbare, toegankelijke, uitvoerbare zorg.”

In de lerende evaluatie vindt interactie plaats tussen onderzoek en praktijk (Figuur 1). Hiervoor worden actietafels georganiseerd die zijn gericht op de ervaringen van tien leerregio's en op de ervaringen binnen specifieke subgroepen. Binnen deze actietafels worden, aan de hand van inzichten uit de lerende evaluatie, ervaringen gedeeld en van elkaar geleerd. Hierdoor ontstaat een iteratief leerproces (leercycli) waarmee het onderzoek en de beweging kunnen worden bijgestuurd.

Figuur 1: Vormgeving lerende evaluatie JZOJP (RIVM, 2021)



¹ Voor de leesbaarheid spreken wij in deze factsheet van vijf hoofdlijnaakkoorden en haar HLA-partners. Formeel is het akkoord Paramedische Zorg geen hoofdlijnaakkoord maar een bestuurlijk akkoord.

Update 2021

Het onderzoek van de lerende evaluatie is onderverdeeld in drie pijlers (Figuur 1). De pijlers zijn gericht op: 1. De inzet en het beeld van de beweging JZOJP, 2. de leerervaringen met de beweging JZOJP, en 3. De ontwikkelingen, merkbaar en meetbaar. Per pijler zijn voor de hele lerende evaluatie onderzoeksvragen beschreven (Tekstbox 1) (RIVM, 2020a).

Leeswijzer

Deze update geeft inzicht in de tussentijdse resultaten van de lerende evaluatie in 2021. Daarbij staan een aantal onderzoeksvragen centraal (Tekstbox 1). In de eerdere voortgangsrapportage van begin 2021 (RIVM, 2021) is ingegaan op de inzet en beeld van de beweging JZOJP (Pijler 1) en op de leerervaringen, specifiek gericht op COVID-19 (Pijler 2). De meetbare ontwikkelingen (Pijler 3) zullen in 2022 aan bod komen.

Hoofdstuk 2 beschrijft de methoden van het onderzoek. Hierna volgen de tussentijdse resultaten. Hoofdstuk 3 beschrijft de leerervaringen met de beweging JZOJP. Hoofdstuk 4 geeft een eerste beeld van merkbare resultaten van de beweging. In Hoofdstuk 5 volgen de resultaten gericht op de hoofdvraag: wat vindt men nodig om de beweging JZOJP verder te brengen? Tot slot volgt in Hoofdstuk 6 de discussie.

Tekstbox 1. Onderzoeksvragen lerende evaluatie JZOJP

*De vragen met een * staan centraal in deze factsheet*

Pijler 1 Inzet en beeld van beweging JZOJP

1. Op welke manier hebben betrokken partijen zich ingezet voor de beweging JZOJP in relatie tot de ambities van Taskforce en Hoofdlijnakkoorden?
2. Op welke manier hebben regionale netwerkiniciatieven zich ingezet voor de beweging JZOJP?
3. Hoe ontwikkelt de beweging JZOJP zich?

Pijler 2 Leerervaringen

4. Wat zijn de belangrijkste leerervaringen van regionale en thematische inzet op de beweging JZOJP? *
5. Wat is er nodig om de beweging JZOJP op specifieke thema's en specifieke regio's verder te realiseren? *
6. Hoe worden ervaringen uitgewisseld tussen regio's en wat kunnen regio's van elkaar leren?

Pijler 3 De ontwikkelingen, merkbaar en meetbaar

7. Wat zijn de merkbare ontwikkelingen gerelateerd aan de ambities van de beweging JZOJP? *
8. Wat zijn de meetbare ontwikkelingen gerelateerd aan de ambities van de beweging JZOJP?

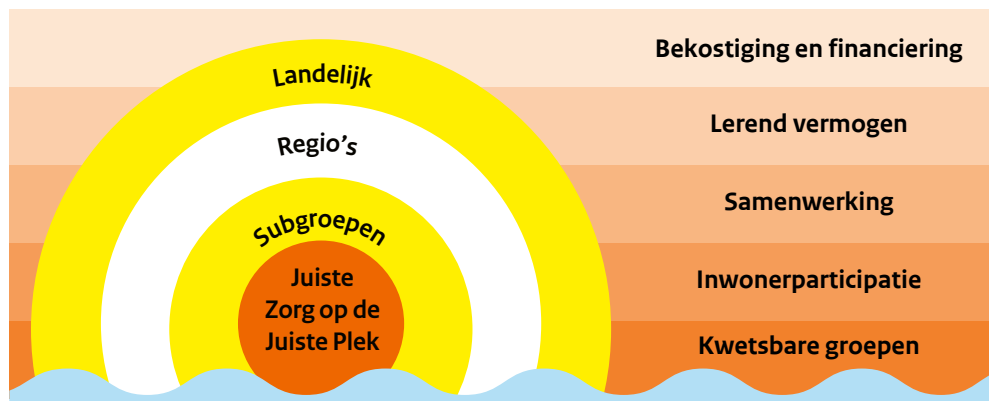
2. Methoden

In deze methodesectie is beschreven welke databronnen en analyses er zijn gebruikt voor de beantwoording van de onderzoeksvragen in de update van 2021. De theoretische onderbouwing voor het plan van aanpak van de lerende evaluatie JZOJP is eerder beschreven (RIVM, 2020a). Een gedetailleerde beschrijving van de gebruikte onderzoeksmethoden is terug te vinden in [Bijlage Methoden](#).

Bouwstenen voor de beweging JZOJP

Om antwoord te geven op de hoofdvraag, wordt binnen de lerende evaluatie gereflecteerd vanuit verschillende niveaus (landelijk, regionaal, lokaal). Daarnaast is gekeken naar de inzet op vijf bouwstenen: bekostiging en financiering, lerend vermogen, samenwerking, inwonerparticipatie en kwetsbare groepen (Figuur 2). De kaders en theoretische onderbouwing die per bouwsteen zijn gebruikt, zijn terug te vinden in [Bijlage Methoden](#).

Figuur 2: Bouwstenen voor de beweging JZOJP



Doel, dataverzameling en analyse per pijler

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn meerdere databronnen gebruikt en met elkaar gecombineerd (*embedded mixed-methods* methodiek) (Creswell & Clark, 2017). De focus voor de dataverzameling en analyse in deze update 2021 lag bij de uitvoering van 67 interviews met 86 personen die spraken vanuit één van de vier verschillende perspectieven. Dit zijn (1) betrokken inwoners en patiënten, (2) zorgprofessionals, (3) bestuurders van organisaties in de tien leerregio's, HLA-partijen en langdurige zorgpartijen, zorgverzekeraars, wethouders en gedeputeerden (4) regulerende en toezichhoudende organisaties (VWS, ACM, NZa, IGJ, ZiN) (Zie Tabel 1 voor een overzicht van doel en dataverzameling per pijler).

Tabel 1: Overzicht doel, dataverzameling en analyse per pijler

	Pijler 1: Inzet in beeld (Wat)	Pijler 2: Leerervaringen (Hoe)	Pijler 3: Trends, merkbaar en meetbaar (Opbrengst)
Doel	Inzicht krijgen in de inzet op de beweging JZOJP	Inzicht krijgen in leerervaringen en de ervaringen over wat er nodig is om de beweging JZOJP verder te brengen	Inzicht krijgen in merkbare resultaten om daardoor te kunnen bijsturen en leren. In deze update worden de merkbare resultaten toegelicht
Dataverzameling	N.v.t. voor deze rapportage	1. Interviews 2. Thematafels 3. Actietafels 4. Casuïstiek	1. Interviews 2. Thematafels 3. Actietafels
Analyse	N.v.t. voor deze rapportage	De interviews zijn thematisch geanalyseerd en gecodeerd	Interviews zijn thematisch geanalyseerd en gecodeerd

Pijler 1 – Inzet en beweging in beeld

Deze pijler komt niet in deze update aan de orde. In de voortgangsrapportage van begin 2021 (RIVM, 2021) is ingegaan op de inzet en beeld van de beweging JZOJP en in een volgende rapportage zal deze pijler ook weer aan bod komen.

Pijler 2 – Leerervaringen

Doel: Inzicht krijgen in leerervaringen en de percepties over wat er nodig is om de beweging JZOJP verder te brengen.

Dataverzameling 2021: Om inzicht te krijgen in de leerervaringen en percepties zijn de geïnterviewden gevraagd naar de ervaringen met de inzet op JZOJP, en wat men nodig vindt om hier op verder te komen. Hierbij is specifiek gevraagd naar ervaringen met de vijf bouwstenen binnen deze evaluatie, namelijk bekostiging en financiering, lerend vermogen, samenwerking, inwonerparticipatie en kwetsbare groepen.

Analyse: De interviews zijn op thema geanalyseerd en gecodeerd (Braun & Clarke, 2006). Binnen Pijler 2 zijn de onderzoekers vooral deductief te werk gegaan op basis van de vijf bouwstenen. Binnen de thematische analyse is ook gekeken naar suggesties over wat er nodig is vanuit de vier eerdergenoemde perspectieven, om inzicht te krijgen waar de verschillende perspectieven elkaar aanvullen of juist tegengesteld zijn.

Pijler 3 – Ontwikkelingen, merkbaar en meetbaar

Doel: Inzicht geven in merkbare en meetbare resultaten om daardoor te kunnen bijsturen en leren. In deze update worden de merkbare resultaten toegelicht. Daarmee worden de ontwikkelingen in prestaties en uitkomsten in 2021 kwalitatief in kaart gebracht. In 2020 en 2021 is gewerkt aan een kernset van indicatoren. Met een Delphi-methode wordt in samenwerking met professionals en experts een gedragen set van indicatoren ontwikkeld om trends in de beweging in kaart te kunnen brengen.

Dataverzameling 2021: Met behulp van dezelfde interviews (n=67) van Pijler 2 zijn de merkbare resultaten opgehaald vanuit vier perspectieven.

Analyse: Net als bij Pijler 2 zijn de interviews op thema geanalyseerd en gecodeerd (Braun & Clarke, 2006). De analyse is inductief ingestoken.

Aanvullende databronnen voor verdieping en verfijning

Ten slotte zorgden verschillende actietafels (gericht op de leerregio's en de subgroepen) en casussen vanuit meerdere leerregio's voor verdiepende inzichten en verfijning van de resultaten. Meer informatie over de actie- en thematafels en het interactieve leerproces is beschreven in het plan van aanpak van de lerende evaluatie (RIVM, 2020a). Binnen de actie- en thematafels zijn inzichten en kort-cyclische resultaten gedeeld en besproken en daarmee verfijnd. De tafels waren gericht op subgroepen (laatste 1000 levensdagen bij ouderen, mentale diversiteit en GGZ) en regionale thema's (inwonerparticipatie, samenwerking en lerend vermogen).

3. Ervaringen met de beweging JZOJP

In dit hoofdstuk worden de ervaringen met de beweging JZOJP beschreven. Deze ervaringen komen in de volgende paragrafen per bouwsteen aan bod, bekeken vanuit verschillende perspectieven (Figuur 3). De bouwstenen zijn: Bekostiging en Financiering, Lerend vermogen, Domeinoverstijgende samenwerking, Inwonerparticipatie en Kwetsbare groepen. In de interviews is eerst aan de geïnterviewden gevraagd hoe zij naar het concept JZOJP kijken, dit wordt in Tekstbox 2 beschreven.

Tekstbox 2. Verschillende beelden van het concept JZOJP

Verschillende geïnterviewden geven aan dat de beweging JZOJP veelomvattend is en dat dit het complex maakt om te begrijpen waar het over gaat. Dit komt onder andere door de verschillende termen die gebruikt worden, maar ook omdat de term JZOJP niet aansluit bij de betekenis die men zelf aan de beweging toeschrijft.

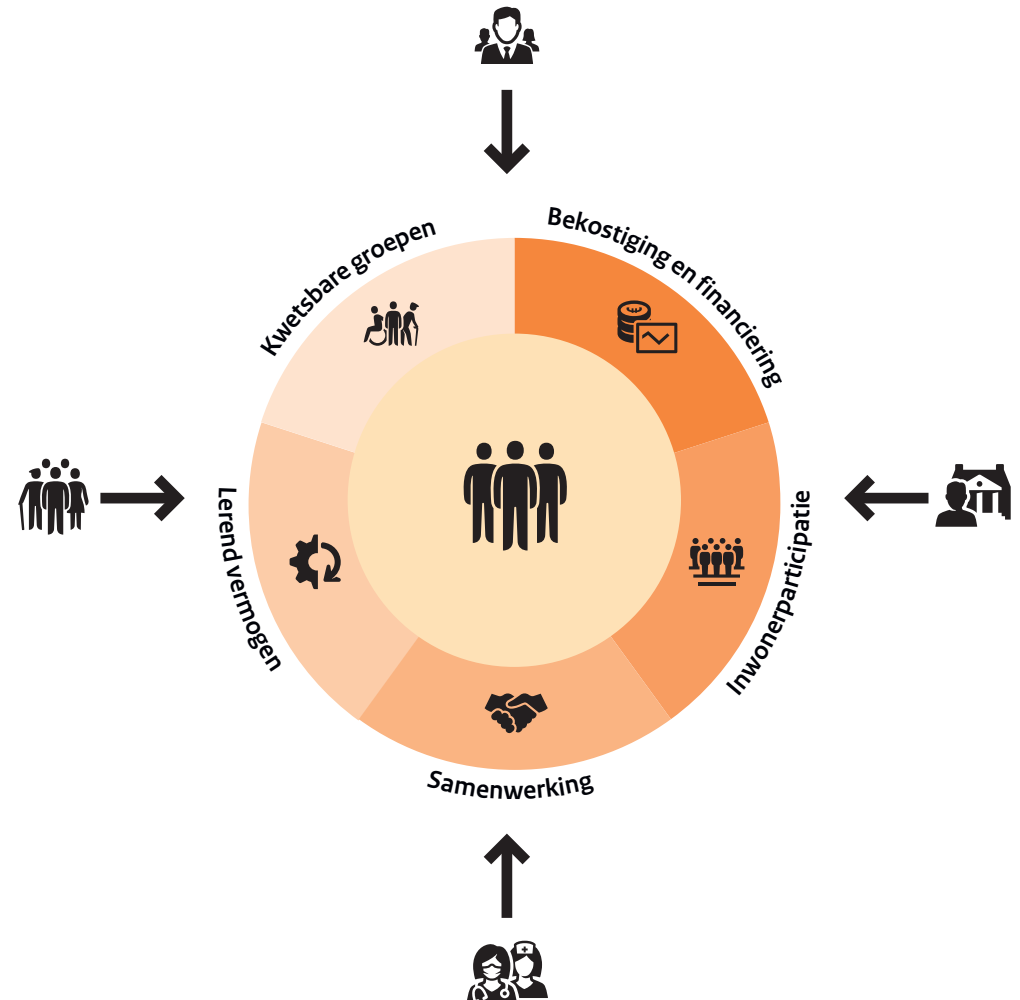
De meeste geïnterviewden spreken bij JZOJP over een andere werkwijze om zorg te kunnen leveren, afgestemd op de behoefte van de patiënt of inwoner. Hiermee wordt enerzijds samenwerking tussen medisch en sociaal domein bedoeld, anderzijds wordt expliciet gesproken over de rol van preventie. Een enkeling benoemt het betrekken van domeinen als onderwijs en wonen om de beweging JZOJP te kunnen realiseren.

Bestuurders geven aan dat de term JZOJP niet altijd aansluit bij het sociaal domein. De term is nog zorg gefocust en mist de toevoeging van 'ondersteuning'.

Daarnaast zijn er enkele bestuurders die spreken over *Juiste Zorg op de Juiste Plek door de Juiste Professional op het Juiste Moment*. Waarmee zij impliciet aangeven dat het concept ook aspecten omvat als de gepastheid van zorg en taakherschikking.

In Tekstbox 3, aan het eind van dit hoofdstuk, wordt onder andere uitgelicht op welke verschillende doelen regionale netwerkinitiatieven zich richten bij de beweging JZOJP.

Figuur 3: Ervaringen met de bouwstenen vanuit verschillende perspectieven



3.1 Bekostiging en financiering

Toelichting bouwsteen bekostiging en financiering

Juiste zorg op de juiste plek is afhankelijk van financiering van structurele beschikbare middelen binnen de vijf stelselwetten, en ook van tijdelijke middelen voor investeringen in JZOJP, zoals het ontwikkelen van nieuwe interventies en innovaties. Bekostiging gaat over hoe middelen worden verdeeld over zorgaanbieders/zorgorganisaties, zoals een tarief per eenheid van tijd, behandeling, 'zorgepisode', of potentiële gebruiker(s) van zorg.



Deze paragraaf richt zich op de ervaringen met tijdelijke en structurele financiering en bekostiging als voorwaarden voor JZOJP. Zie [Bijlage Methoden](#) voor meer informatie over achterliggende theorieën en het analytische kader. Tijdens de actietafels van de evaluatie zijn concrete voorbeelden genoemd bij het werken met deze bouwsteen. Zie hier de bijlage van het [getekend verslag](#) van deze sessie.

Stelselwetten en bekostigingssystematiek belemmerend ervaren

Meerdere geïnterviewde bestuurders benadrukten over het algemeen positief te zijn over het Nederlandse zorgsysteem. Toch geven veel geïnterviewden aan dat de inzet voor de beweging JZOJP (waaronder verplaatsen, vervangen en voorkomen van zorg), niet gefaciliteerd of zelfs belemmerd wordt door bestaande financierings- en bekostigingsstructuren. Bestuurders, zorgverzekeraars en zorgverleners benoemen dat de verschillende stelselwetten zorgen voor 'schotten' tussen de domeinen, wat inzet op JZOJP hindert.

Bovendien wordt aangegeven dat de bekostiging van zorg per activiteit of behandeling (al dan niet in combinatie met een aanneemsom of plafondafpraak) maakt dat zorgaanbieders een financiële prikkel hebben om (teveel) zorg te leveren, welke niet altijd aansluit bij de doelen van de beweging JZOJP. Zo geven geïnterviewden aan dat de huidige bekostiging innovatie, coördinatie, of andere manieren om de (ervaren) kwaliteit of uitkomsten van zorg te verhogen niet stimuleert. Vooral zorgprofessionals zijn kritisch op de huidige eenzijdige focus op kosten, waarbij oog voor ontwikkeling van kwaliteit en uitkomsten ontbreekt.

Ook geven zowel zorgverzekeraars als wethouders aan dat het lastig is om goed in te zetten op preventie als gevolg van de verschillende wettelijke kaders. Zo is het niet altijd duidelijk welke financierer waar voor verantwoordelijk is en bestaat er onzekerheid over in hoeverre de eventueel gerealiseerde besparingen terecht komen bij degene die investeert in preventie. Bovendien geven gemeenten aan dat wanneer geld niet geormerkt is voor een specifiek doel, het ook voor andere doeleinden wordt ingezet.

Structurele inbedding van succesvolle pilots lastig maar noodzakelijk

Geïnterviewden geven aan dat tijdelijke subsidies, transitiegelden of investeringsfondsen veel goede voorbeelden van JZOJP mogelijk maken. Denk hierbij aan eHealth-oplossingen, netwerkzorg, samen beslissen en welzijn op recept. Meerdere bestuurders, zorgverzekeraars en gemeenten geven aan dat er op dit moment voldoende ruimte is om projecten in het kader van JZOJP te starten vanuit deze tijdelijke bronnen. Ook benadrukken zij dat er voldoende tijdelijke middelen beschikbaar moeten blijven voor dergelijke pilotprojecten. Betrokken inwoners, zorgprofessionals en bestuurders geven aan dat zij veel moeite hebben om tijdelijke financiering te verwerven door de ingewikkelde en tijdrovende procedures en vele administratieve hobbels, maar ook dat na een succesvolle pilot de structurele inbedding in een reguliere vorm van bekostiging meestal niet lukt. Geïnterviewden vragen zich dan ook af in hoeverre de toegankelijke, tijdelijke financieringsmogelijkheden de urgentie wegnemen voor het organiseren van structurele inbedding in reguliere bekostiging.

Zorgverzekeraars zetten nog selectief in op regionale samenwerking

Meerdere zorgverzekeraars en gemeenten geven aan dat zij zich met steeds meer ervaring en vertrouwen inzetten voor domeinoverstijgende en regionale samenwerking voor JZOJP. Vooral nog richten zorgverzekeraars zich op een selectief en beperkt aantal regio's. Hiervoor worden verschillende oorzaken genoemd.

Ten eerste zien diverse zorgverzekeraars dat een regionale aanpak binnen hun adherentiegebied niet altijd aansluit bij de geografische oriëntatie van partijen waarmee zij werken aan JZOJP. Zo geven zij aan dat zij liever in gesprek gaan met een regionale vertegenwoordiging van gemeenten, maar regelmatig merken ze dat gemeenten individueel met zorgverzekeraars in gesprek willen.

Ten tweede geven zorgverzekeraars aan dat hun interne organisaties beter ingericht moeten worden om aan te kunnen sluiten bij de uitgangspunten van de beweging JZOJP. Dit impliceert dat niet per zorgsector zorg gecontracteerd moet worden, zoals nu veel het geval is, maar juist vanuit een sectoroverstijgende visie op JZOJP.

Ten derde geven zorgverzekeraars aan dat een gebrek aan gedeeld perspectief of duidelijke beleidskaders (waaronder mededingingsregels) een belemmering kan zijn voor het volgen van elkaars regionale afspraken. Vooral nog richten zorgverzekeraars zich daarom selectief op regio's waar zij duidelijk marktleider zijn en waar er vertrouwen bestaat in het regionale samenwerkingsverband.

Bij de regio's waar dit vertrouwen onvoldoende is, houden de zorgverzekeraars vast aan de bestaande sturing via de zorgcontractering op interventie- en programmaniveau.

Meerdere partijen ervaren kennisgebrek op gebied van bekostigingshervormingen

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars experimenteren met bekostigingshervormingen (zoals integrale bekostiging van de geboortezorg en shared savings contracten) maar ook met meerjarencontracten. Hierbij is met wisselend succes ervaring opgedaan met domeinoverstijgende betaaltitels of uitkomstengerichte bekostigingsmodellen.

Echter, veel geïnterviewden vinden het ontwikkelen en implementeren van alternatieve bekostigingsmodellen (te) complex. Redenen die hiervoor worden benoemd zijn, naast de complexiteit, ook het kennisgebrek en hoge transactiekosten. Ook wordt opgemerkt dat gedetailleerde gesprekken over geld kunnen leiden tot een spanningsveld binnen de (net) opgebouwde precaire vertrouwensrelaties in de regio. Zo ervaren zorgverzekeraars vaak een gebrek aan politiek-maatschappelijk draagvlak voor hun kritische zorginkooprol.

Ook bij het aangaan van meerjarencontracten ervaren bestuurders onzekerheden. Zo spreekt men over onvoorziene risico's door het faillissement van een nabijgelegen ziekenhuis, de coronapandemie of nieuwe (duurdere) technologieën en medicatie. Bovendien benoemen zorgverzekeraars en ziekenhuizen die werken met een meerjarencontract de noodzaak van gelijktijdige meerjarencontracten met ketenpartners waaronder huisartsen. Vooral deze partijen hebben ruimte nodig om de juiste capaciteit te kunnen organiseren.

3.2 Lerend vermogen

Toelichting bouwsteen lerend vermogen

De beweging JZOJP vraagt om een andere organisatie van het zorg- en ondersteuningsaanbod. Op de vraag hoe dit georganiseerd kan worden, is geen eenduidig antwoord te geven. Dit vraagt om een continu proces van leren en reflecteren. Zowel vanuit verschillende lagen (meerlaags) als met verschillende partijen (multi-actor).



Lerend vermogen is de mate waarin individuen en organisaties in staat zijn om samen te reflecteren op acties en op basis daarvan tot nieuwe handelingen te komen en ook dat wat van buiten op hen afkomt om te zetten naar wijzigingen in strategie en acties. Ook is in de interviews gevraagd naar de rol van data-gedreven werken bij het leren. Zie [Bijlage Methoden](#) voor aanvullende theoretische verdieping en het analytische raamwerk.

Er is een grote behoefte om te leren maar dit vergt een cultuuromslag

Zowel de meerderheid van bestuurders als zorgprofessionals geeft aan behoefte te hebben om leren meer onderdeel te laten zijn van de dagelijkse werkzaamheden. Met leren bedoelen bestuurders onder andere het gezamenlijk begrip krijgen van een probleem in de regio (identificeren en prioriteren), gezamenlijke evaluatiemomenten inbouwen en het delen van *best-practices* tussen regio's. Zorgprofessionals hebben het ook over persoonlijk leren.

Enkele bestuurders geven aan dat zij hebben ervaren dat het werken met een open cultuur in het samenwerkingsverband, waarbij men open is over problemen en/of fouten en zonder verborgen agenda werkt, kan bijdragen aan een leercultuur. Andere bestuurders geven voorbeelden waaruit blijkt dat deze openheid en ruimte voor het experimenteren en anders leren werken (zonder hier op afgerekend te worden) zowel nodig is in de regio als in de eigen organisatie. Het belang van het meerlaags leren in de eigen organisaties wordt ook benoemd door andere bestuurders. Zo wordt er bijvoorbeeld gesproken over een cultuur waarbij nieuw beleid wel ontwikkeld wordt, maar oud beleid niet wordt afgebouwd.

Ook zorgprofessionals spreken over de rol van cultuur in het leren. Zo wordt door enkele verpleegkundigen aangegeven dat er de afgelopen jaren te weinig geïnvesteerd is in het

leren hoe de zorgprofessionals ook aan tafel bij het management en/of bestuur kan zitten. Hier worden kansen gezien. Verschillende zorgprofessionals geven aan dat zij waarde zien in het kunnen leren en hier ruimte en tijd voor willen krijgen. Toch geven zij ook voorbeelden waarbij men vasthoudt aan bestaande werkwijzen en terughoudend is voor vernieuwing. Redenen die hiervoor worden gegeven zijn 'dit hebben we altijd zo gedaan', maar ook de wens om de zekerheid dat iets werkt, met het idee dat zo de veiligheid voor de patiënt het beste geborgd blijft.

Lerend ecosysteem vergt mensen aan de top die [zich] kwetsbaar durven opstellen, dat ze durven aangeven dat ze fouten maken of gemaakt hebben.

- Bestuurder

Bij gezamenlijk leren veel aandacht voor de rol van data

Hoewel enkele bestuurders aangeven dat zij gezamenlijk leren door een open gesprek met elkaar te voeren en ook door *best-practices* met elkaar te delen, is er vooral gesproken over de mogelijke rol van data bij gezamenlijk leren. Bestuurders zien verschillende manieren waarvoor data benut kan worden. Ze noemen het agenderen en prioriteren van thema's in de regio, maar ook het evalueren en monitoren van (gezamenlijke) interventies. Zo zijn in de afgelopen jaren bijvoorbeeld regiobeelden gebruikt. Ook wordt met externe partijen ingezet op pilots waarbij wordt getracht om de toekomstige zorgvraag te voorspellen in de regio. Bestuurders geven hierbij wel aan dat meer nodig is om op basis van de regiobeelden een regionale visie te kunnen maken. Zo geven zorgverzekeraars enkele voorbeelden van regio's waarin gezamenlijk met bestuurders en inwoners wordt ingezet om data te bespreken en te duiden met als doel hier een regionale visie op te baseren (data dialogen).

Leren op basis van behoeften van doelgroepen/inwoners nog beperkt

Bestuurders geven aan dat behoeften van (potentiële) doelgroepen nog nauwelijks inzichtelijk worden gemaakt en dus beperkt worden meegenomen in het leerproces. Bestuurders en zorgverleners geven aan dat data ontbreekt over (specifieke) omstandigheden van inwoners, waardoor het lastig is om inzicht te krijgen in de

achterliggende gezondheidsproblematiek van mensen. Ook is het niet goed mogelijk om het zorgaanbod aan te laten sluiten bij de behoeften van inwoners. Eén bestuurder geeft wel aan dat door data te duiden, samen met inwoners, men goed inzicht kan krijgen in de werkelijke behoeften (zie paragraaf 3.4 *Inwonerparticipatie* voor meer informatie over het betrekken van inwoners).

Op het niveau van de spreekkamer/1-op-1-gesprekken geven zorgverleners aan dat zij zich er meer bewust van zijn dat het belangrijk is om gezondheidsbehoeften breder te bespreken, bijvoorbeeld vanuit het gedachtegoed positieve gezondheid. Aan de andere kant ervaren zij dat hier weinig tijd voor is door bureaucratie en wachttijden.

Data-gedreven werken als kans en risico ervaren

Er zijn veel bestuurders die kansen zien in data-gedreven werken om te kunnen agenderen en monitoren. Toch zien enkele geïnterviewden ook dat data-gedreven werken als een belasting ervaren kan worden. Zo geeft een zorgverzekeraar aan zich er bewust van te zijn dat data-gedreven werken ook bedreigend kan zijn voor bestuurders wanneer blijkt dat een aanpak maatschappelijk wel van nut is, maar voor de individuele zorgaanbieder niet aantrekkelijk. Ook een gedeputeerde geeft aan dat bestuurders data als een bedreiging kunnen ervaren vanwege de kans dat men hierop wordt aangesproken en afgerekend.

Verder geven bestuurders aan dat het delen van data als een risico ervaren kan worden. Aan de ene kant omdat door het delen van data bedrijfsgevoelige gegevens op straat kunnen komen te liggen. Aan de andere kant door de toegestane data-uitwisseling in het kader van ACM, zoals concurrentiegevoelige informatie. Ook onder zorgverleners worden zowel kansen als risico's rondom data-gedreven werken gezien. Een kans is om zorg op maat te leveren. Zorgverleners geven echter ook aan dat er 'data-moeheid' kan ontstaan bij het aanleveren van data. Hierbij wordt genoemd dat het voor zorgverleners van belang is dat zij het nut zien van de data, voor de behandeling of de patiënt.

We merken dat wat we tot nu toe aan data moeten aanleveren over het algemeen [als] onzinnig wordt ervaren. Over het algemeen zijn het grote projecten waarbij veel wordt uitgevraagd waarbij je je kunt afvragen wat relevant is. Dus ik vind niet dat daar erg veel enthousiasme is. Zie dat dit bestuurlijk belangrijk gevonden wordt en dat dit landelijk belangrijk is, maar nog geen juichende collega's.

- Zorgverlener

Data-infrastructuur en het delen van data tussen organisaties in de regio nog in ontwikkeling

Bestuurders geven aan dat er enkele goede voorbeelden zijn waar data tussen organisaties gedeeld wordt. Toch staan zorgorganisaties over het algemeen nog aan het begin van de ontwikkeling en inrichting van een gezamenlijke data-infrastructuur. Geïnterviewden geven aan dat organisaties vooral aandacht hebben voor hun eigen kwaliteit van zorg- en datasystemen. Daarnaast ontbreekt ook regionale regie, mankracht en geld voor een gezamenlijke data-infrastructuur, al zijn er wel verschillen tussen regio's. Zo blijken grotere organisaties als UMC's en ondersteunende regionale netwerkgroepen over het algemeen over meer middelen en kennis te beschikken. Het opzetten van een gezamenlijke data-infrastructuur wordt als complex ervaren. Dit komt mede door de verschillende registratiesystemen, verschillende manieren van registreren, beperkte mogelijkheden binnen ICT-systemen om data te koppelen en uit systemen te halen, maar ook een gebrek aan kennis en kunde om datasystemen goed in te richten.

Daarnaast geven geïnterviewde bestuurders en zorgverleners aan dat zij zich bij het delen van data voor het inzetten op de JZOJP belemmerd voelen door de AVG (algemene verordening gegevensbescherming). Er is behoefte aan bovenregionaal faciliteren van de inzet op een gezamenlijke data-infrastructuur. Bestuurders hebben wel wisselende meningen over een landelijk versus een regionaal datasysteem. Bij een landelijk datasysteem ervaren zij meer uniformiteit en minder concurrentie van de leveranciers. Bij een regionaal datasysteem ervaren bestuurders meer ruimte om als organisaties eigen keuzes te kunnen maken.

3.3 Domeinoverstijgende samenwerking

Toelichting bouwsteen domeinoverstijgende samenwerking



Domeinoverstijgende samenwerking is gericht op het delen en/of integreren van kennis, expertise, hulpmiddelen en werkzaamheden tussen organisaties uit twee of meer domeinen. Dit wordt beïnvloed door vele factoren, waaronder taal, historie, financiën, governance, en wet- en regelgeving. Domeinoverstijgende samenwerking binnen JZOJP is nodig om (de breedte aan) behoeften van de mensen centraal te kunnen zetten. Zie [Bijlage Methoden](#) voor meer informatie over achterliggende theorieën en het analytische kader. Tijdens de actietafels van de evaluatie zijn concrete voorbeelden genoemd bij het werken met deze bouwsteen. Zie hier de bijlage van het [getekend verslag](#) van deze sessie.

In de interviews spreekt men naast domeinoverstijgende samenwerking ook over regionale samenwerking. Wanneer men over (regionale) samenwerking spreekt, wordt niet altijd het samenwerken over domeinen heen bedoeld. Dit is afhankelijk van de focus van de geïnterviewde en/of de regio waarover men spreekt. Zo wordt met regionale samenwerking soms ook samenwerking in de zorgketen binnen het zorgdomein bedoeld. In onderstaande teksten worden daarom de termen gebruikt die zo specifiek mogelijk aangeven op welke manier men over samenwerking sprak.

Samenwerking vergt lange adem en inzet in onderling vertrouwen

Uit de interviews met bestuurders, regulerende partijen, inwoners en professionals komt naar voren dat domeinoverstijgende en regionale samenwerking complex is en tijd kost. Bestuurders geven aan dat voor de samenwerking vooral onderling vertrouwen, maar ook elkaar en ieders belangen kennen en het overeenkomen van een gezamenlijke visie nodig zijn. Sommige bestuurders geven aan dat zij gekozen hebben om de samenwerking klein te starten door bijvoorbeeld nog weinig partijen te betrekken en/of door zich op bepaalde thema's of casussen te focussen. Hierdoor wordt mogelijke 'stropigheid' door de afstemming met veel partijen en belangen voorkomen en kan op kleine schaal vertrouwen opgebouwd worden. Een bestuurder vanuit een van de beroepsgroepen geeft echter aan dat het ook belangrijk is alle benodigde partijen bij de start van het samenwerkingsverband te betrekken. Daarmee zijn zij ook betrokken bij het formuleren van een gezamenlijke visie en kunnen zij zich hieraan committeren. Zo geven zowel enkele landelijke beroepsgroepen, individuele zorgverleners en inwoners aan dat zij een rol voor zichzelf zien in het samenwerkingsverband, maar nog niet 'aan tafel' zitten.

Investering in domeinoverstijgende samenwerking kan knellen

Samen werken aan de beweging JZOJP vergt een investering van iedere betrokken partner in uren en/of geld. Uit de gesprekken met de bestuurders vanuit zowel het zorgdomein als het sociaal domein blijkt dat de mate waarin organisaties investeren in een samenwerkingsverband afhangt van de gevoelde urgentie en in hoeverre bestuurders hiervoor uren en/of geld voor kunnen vrijmaken. De ruimte die hiervoor is, verschilt per organisatie. Bovendien speelt hier ook de verantwoordingssystematiek van de individuele organisaties een rol. Zo geven verschillende bestuurders (zowel vanuit de regio als landelijk) aan dat de huidige verantwoordingsystemen gericht zijn op individuele organisaties en niet op hoe de regio het doet met de JZOJP. Dit bevordert de investeringen in de samenwerking niet.



Ik sprak laatst een bestuurder, ik zei ja, maar jij moet misschien echt gaan krimpen als we 'de juiste zorg op de juiste plek'. Ja, maar dat kan helemaal niet, want [...] ik sta er wel voor mijn personeel, en ik ben hun werkgever. En de raad van toezicht [...] rekt mij daarop af.

- Bestuurder



Samenwerking vraagt om een balans tussen vrijblijvendheid en sturing

Er wordt, vooral door bestuurders, aangegeven dat het belangrijk is ruimte te behouden voor variatie van inzet op domeinoverstijgende en regionale samenwerking. Ze geven aan dat deze afhankelijk is van de context waarin men werkt. Tegelijk is het zoeken naar hoe deze samenwerkingsverbanden kunnen doorontwikkelen. Dit vraagt om een balans tussen vrijblijvendheid en sturing. Aan de ene kant spreken bestuurders over de rol van vertrouwen om een samenwerkingsverband op te kunnen bouwen, en de behoefte om hier ruimte voor te krijgen. Aan de andere kant geeft een bestuurder het voorbeeld waarbij men wel vertrouwen in elkaar heeft, maar zich vanwege eigen organisatiebelangen nog niet in gelegenheid voelt om de juiste keuze voor de regio te maken.

Verskillende bestuurders geven aan een (regionale) sturingsvorm nodig te hebben om overkoepelende keuzes in de regio te maken. Daarbij zijn er verschillende ideeën over hoe dit vormgegeven moet worden. Zo wordt in enkele regio's ingezet op gezamenlijk gefinancierde regionale structuren zoals een vereniging met een programmabureau, waarbij een programmamanager verantwoordelijk is voor het formuleren van de ambitie en het bewaken van de programmalijnen. Andere bestuurders zien een rol voor zorgkantoren en/of zorgverzekeraars. Ook geven bestuurders aan sturing nodig te hebben vanuit de rijksoverheid. Daarbij verschilt de invulling van wat deze sturing betekent (zie Hoofdstuk 5.3 *Wat vinden bestuurders nodig*).

Misschien ook wel een verzekeraar die je, ja, wel scherp houdt op die route...[...] maar die je ook helpt.

- Bestuurder

Verskillende beelden over rol wetten en financieringsstructuren

Er wordt door bestuurders verschillend gesproken over de rol van mededingingsregels en de rol van financiering voor samenwerking in de regio. Enkele bestuurders geven aan zich belemmerd te voelen door de mededingingsregels wanneer zij willen samenwerken en afstemmen met andere organisaties. Zij ervaren bovendien dat het meenemen van de ACM in samenwerkingstrajecten tijd en geld kost. Anderen geven echter aan dat er binnen de mededingingsregels meer mogelijk is dan men denkt.

Er zijn enkele bestuurders die benoemen dat financiering geen excuus mag zijn voor wel of geen domeinoverstijgende samenwerking in de regio. Dit zijn bestuurders die voorbeelden geven van samenwerkingsverbanden waarbij een gezamenlijke bijdrage is geleverd of gebruik is gemaakt van innovatiegelden. Enkele andere bestuurders geven echter aan (aanvullende) financiering nodig te hebben om in te kunnen zetten op samenwerking. Bovendien vinden bestuurders dat de huidige manier van tijdelijke financiering voor samenwerking, bijvoorbeeld via subsidies of transitiegelden, vooral werkt voor de korte termijn. Bij transitiegelden geeft men aan dat veel ziekenhuizen en zorgverzekeraars hier met de regionale contracten nog niet uit komen. Meer details over deze ervaringen staan beschreven in paragraaf 3.1 *Bekostiging en Financiering*. In deze bouwsteen worden ook de ervaringen beschreven over rol van de stelselwetten bij het vormgeven van de regionale samenwerking.

3.4 Inwonerparticipatie

Toelichting bouwsteen inwonerparticipatie

Inwonerparticipatie is het betrekken van inwoners bij het vormgeven van de JZOJP. Inwonerparticipatie kan op veel verschillende manieren en niveaus worden vormgegeven: consultatieniveau (zoals enquêtes of focusgroepen), communicatieniveau (zoals online platforms, themabijeenkomsten, burgertops), participatieniveau (zoals zelf-organiseren, inwonerinitiatieven, dorps- en cliëntenraden of stuurgroepen). Inwonerparticipatie kan een meer formele, langdurige participatie zijn, zoals inwonerinitiatieven en deelname aan governancestructuren maar ook meer informele, sporadische input over interventies en beleid. (De Weger et al 2018 & 2020). Zie [Bijlage Methoden](#) voor meer informatie over de achterliggende methoden. Tijdens de actietafels van de evaluatie zijn concrete voorbeelden genoemd bij het werken met deze bouwsteen. Zie hier de bijlage van het [getekend verslag](#) van deze sessie.



Dus zo zie je, de belangen van de samenleving lopen echt niet parallel met het belang van zo'n grote organisatie.

- Betrokken inwoner

Verschillende interpretaties van inwonerparticipatie...

Binnen de regio's wordt inwonerparticipatie verschillend geïnterpreteerd. De doelen van inwonerparticipatie verschillen tussen betrokken inwoners en patiënten en de andere actoren (i.e. professionals, bestuurders, regulerende partijen). Sommige bestuurders en professionals zien inwonerparticipatie als een manier om op microniveau burgers en patiënten te betrekken (bijvoorbeeld in de spreekkamer, *shared decision-making*, het vergroten van zelfregie en eigen verantwoordelijkheid), andere bestuurders spreken over meer bewustwording bij burgers voor positieve gezondheid. Weer anderen hopen door inwonerparticipatie het perspectief van patiënten en inwoners mee te nemen in het ontwikkelen van interventies, beleid en regioplannen. Betrokken inwoners en patiënten hebben daarentegen een nog breder uitgangspunt bij inwonerparticipatie en zijn meer gefocust op het verbeteren van de sociale infrastructuur, leefbaarheid, en gezondheid van gemeenschappen. Zij ervaren dat de doelen vanuit de andere actoren meer gefocust zijn op het verbeteren van het huidige zorg- en ondersteuningslandschap en het behoud van organisatiebelangen. Ook zijn er verschillende beelden bij welke mate van invloed beoogd wordt met inwonerparticipatie. Zo gaven meerdere bestuurders en professionals aan dat ze wel open staan voor het inwonerperspectief, maar dat (mede)zeggenschap en inspraak van inwoners een stap te ver is. Een kleiner aantal bestuurders is juist wel zoekend naar succesvolle manieren om inwoners meer inspraak te geven. Daarentegen geven betrokken inwoners en patiënten aan dat ze juist meer als gelijkwaardige partners gezien willen worden.

... leiden tot verschillende vormen van inwonerparticipatie

Door de verschillende interpretaties van inwonerparticipatie worden inwoners op verschillende manieren bevroegd en betrokken. Dit varieert van het ophalen van de behoeften van inwoners en patiënten via vragenlijsten, het organiseren van themabijeenkomsten en focusgroepen, tot het aanhaken van ervaringsdeskundigen of het organiseren van vertegenwoordiging van inwoners en patiënten bij stuurgroepen. Tegelijkertijd hebben betrokken inwoners veel initiatieven opgericht om zelf zorg en ondersteuning te leveren binnen hun eigen gemeenschappen. Sommige bestuurders onderzoeken hoe bestaande organen (zoals cliëntenraden en adviesraden) ook ingezet kunnen worden op regionaal niveau, terwijl andere regio's nieuwe vormen verkennen om inwoners aan te haken. Ook regulerende partijen zijn nog zoekend naar hoe ze niet alleen patiënten maar ook inwoners mee kunnen nemen in de toezichthoudende rol. Vooral nog is de ervaring van alle betrokkenen dat inwoners en patiënten, en vooral kwetsbare groepen onvoldoende betrokken zijn bij de beweging JZOJP.

Zoektocht naar welke inwoners betrokken kunnen en willen zijn

Naast de manier of vorm van inwonerparticipatie, speelt ook de vraag wélke inwoners en patiënten betrokken moeten worden. Is het genoeg om alleen de al betrokken inwoners (door de geïnterviewden soms aangeduid als *'usual suspects'* of *'excuus-burgers'*) te betrekken of moet er juist ook gezocht worden naar manieren om andere, (meer kwetsbare) groepen te betrekken? Hierbij speelt voor bestuurders de vraag of één mondige burger een hele groep kan vertegenwoordigen. Bijvoorbeeld of deze persoon voldoende zicht heeft op de behoeften van andere inwoners. Betrokken inwoners geven aan dat ze met hun inwoner-initiatieven juist wel een signaalfunctie (kunnen) hebben over de bredere behoeften binnen hun eigen gemeenschappen, doordat ze door de initiatieven dichterbij hun mede-inwoners staan en de relaties al hebben opgebouwd met hen. Zij zijn vaak al voor de ontwikkeling van hun eigen initiatief het gesprek aangegaan met hun gemeenschap. Bijvoorbeeld over waar hun zorg- en ondersteuningsbehoeften liggen en waar het gat tussen die behoeften en het huidige aanbod ligt. Om vervolgens te kijken welke (in)formele zorg het initiatief zelf kan regelen en leveren om dat gat te dichten.

Lastig om initiatieven en input van inwoners mee te nemen in zorg- en ondersteuningslandschap

Betrokken inwoners vinden het lastig om hun eigen initiatieven en inzet in de (in)formele zorg/nuldelijn meer onderdeel te laten uitmaken van het zorg en ondersteuningslandschap. Denk bijvoorbeeld aan het leveren en inkopen van zorg en welzijn voor kwetsbare ouderen. Zo geven betrokken inwoners en patiënten aan dat het zorg- en ondersteuningslandschap voor hen vaak ontoegankelijk is. Bijvoorbeeld omdat ze een contactpersoon missen of omdat de initiatieven vaak niet gezien worden als gelijkwaardige partner. Patiënten geven aan dat hun ideeën en input (zoals bij het (door) ontwikkelen van regioplannen) vaak onopgemerkt blijven. Ook betrokken inwoners ervaren dat zorgverzekeraars en gemeenten hun initiatieven vaak over het hoofd zien. Daarnaast zien ze dat de verantwoording, toezichtskaders en eisen van financiers en regulerende partijen vaak niet aansluiten bij de meer organische en dynamische kracht van gemeenschappen, de informele zorg en nuldelijn.

Weinig tijd, kennis en middelen voor succesvolle inwonerparticipatie

Tegelijkertijd geven bestuurders en regulerende partijen aan dat ze inwonerparticipatie als complex ervaren en dat ze te weinig kennis, tijd, en middelen hebben om inwonerparticipatie succesvol vorm te geven. Ook ervaren ze dat het betrekken van inwoners op regionaal en/of strategisch niveau lastiger is dan op lokaal en/of praktisch niveau omdat lokale thema's minder abstract zijn voor inwoners en dichterbij hun eigen leefwereld staan.

3.5 Kwetsbare groepen

Toelichting bouwsteen kwetsbare groepen

Er is geen duidelijke, gezamenlijke definitie of afbakening voor 'kwetsbare groepen', maar vaak gaat het om mensen voor wie deelnemen aan de samenleving niet vanzelfsprekend is.

Kwetsbaarheid kan ontstaan door een samenspel van verschillende factoren, zoals (meerdere) fysieke en mentale chronische aandoeningen, sociaal-economische factoren zoals financiële onzekerheid en laaggeletterdheid, gemeenschaps- en leefomgevingsfactoren.



De zorg en ondersteuning die kwetsbare groepen nodig hebben, wordt door verschillende organisaties in verschillende domeinen geleverd. Denk naast medische zorg aan maatschappelijk werk, ouderenzorg, mantelzorg en geestelijke gezondheidszorg. Om JZOJP voor kwetsbare groepen te realiseren, is het essentieel om over de domeinen heen samen te werken. Ook is het belangrijk om inzicht te hebben op de toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen (Levesque et al., 2013). Zie [Bijlage Methodes](#) voor meer informatie over de achterliggende methoden. En zie hier voor [verslagen van de actietafels van de lerende evaluatie](#), met onder andere voorbeelden gericht op de inzet op kwetsbare groepen.

Nog beperkte inzet op kwetsbare groepen op regionaal niveau

Het belang om zorg en ondersteuning te verbeteren voor kwetsbare groepen wordt duidelijk door geïnterviewden erkend. Bestuurders, betrokken inwoners en patiënten, en professionals ervaren dat het huidige aanbod van zorg en ondersteuning vaak niet passend is bij de complexe behoeften van kwetsbare groepen. Bijvoorbeeld omdat het huidige aanbod ontoegankelijk is voor kwetsbare groepen of het aanbod niet aansluit op hun bredere behoeften. Enkele bestuurders en zorgprofessionals geven aan dat men met de gebruikelijke interventies en campagnes die vanuit het systeem worden bedacht (bijvoorbeeld over gezonde leefstijl) een grote groep inwoners kunnen bereiken en activeren maar vaak juist niet de kwetsbare groepen. Zij zien dat bij kwetsbare groepen, vooral met een lagere sociale economische status (SES), een andere aanpak nodig is, maar vinden het ontwikkelen van gerichte en meer passende domeinoverstijgende interventies lastig. Sommige inwoners en bestuurders vrezen daarom dat het huidige

aanbod van zorg en ondersteuning de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) alleen maar vergroot.

Ondanks de gevoelde urgentie, blijkt uit gesprekken met bestuurders dat niet alle regio's expliciet beleid of interventies ontwikkeld hebben voor kwetsbare groepen. In de regio's waar er wel op wordt ingezet, gebeurt dit vaak op project- en interventieniveau. Voorbeelden hiervan zijn Welzijn op Recept, aanpassen van informatievoorzieningen voor laaggeletterden, aanhaken van ervaringsdeskundigen en het verbeteren van interdisciplinaire afstemming tussen zorgverleners vanuit verschillende domeinen. De interviews duiden aan dat de kwetsbare groepen waar de meeste interventies en beleid voor zijn ontwikkeld zijn: (kwetsbare) ouderen, inwoners uit achterstandswijken en mensen met complexe geestelijke gezondheidszorgproblematiek.

Ik ben paar keer mee gegaan naar achterstandswijken, die bereik je niet met campagnes en kletsen over leefstijlkeuzes. Dat werkt gewoon niet, hun complexe behoeften liggen ergens anders. Daar is andere gerichte aanpak voor nodig. Bij brede aanpak, daar kan je best veel mensen mee bereiken, maar lage SES moet je anders op in zetten.

- Bestuurder

Ontwikkeling van domeinoverstijgend aanbod nog in de kinderschoenen

Op basis van de ervaringen van bestuurders en professionals blijkt dat domeinoverstijgende samenwerking en het ontwikkelen van een passend aanbod nog in de kinderschoenen staat. Zo zoeken bestuurders naar manieren hoe er zo goed mogelijk aangesloten kan worden bij de complexe behoeften van kwetsbare groepen en geven zij aan dat ze deze behoeften onvoldoende in beeld hebben. Bestuurders geven aan dat ze in hun regio's in eerste instantie 'brandhaarden' of 'veelgebruikers' in beeld proberen te krijgen met behulp van cliënt- en wijkprofielen of regiobeelden. Daarbij wordt het koppelen van domeinoverstijgende data als een knelpunt ervaren, maar ook het ontbreken van informatie over de specifieke omstandigheden (context) van inwoners.

Professionals en bestuurders geven aan dat het uitwisselen van patiëntgegevens over organisaties heen een knelpunt is (Zie ook paragraaf 3.2 *Lerend vermogen*). Sommige regio's proberen de behoeften van kwetsbare groepen in kaart te brengen door het bevragen van adviesraden of het aanhaken van ervaringsdeskundigen, maar geven daarbij aan dat de doelgroep zelf alsnog veelal ontbreekt.

Verder ervaren bestuurders knelpunten in de financiering en bekostiging voor het ontwikkelen van domeinoverstijgend aanbod (Zie ook paragraaf 3.1 *Bekostiging en Financiering*). Bovendien wordt aangegeven dat het huidige personeelstekort het moeilijker maakt om JZOJP te leveren voor kwetsbare groepen en dat ze op zoek zijn naar geschikte manieren om capaciteit meer te bundelen (bijvoorbeeld door betere interdisciplinaire afstemming, verbeteren van triage en doorstroming). Betrokken inwoners hebben het gevoel dat ze de behoeften van kwetsbare groepen (vooral kwetsbare ouderen) voldoende in beeld hebben en deels ook adresseren met hun inwonersinitiatieven (Zie paragraaf 3.4 *Inwonerparticipatie* voor meer informatie).

Ook ervaren sommige bestuurders een gemis aan een regionale, domeinoverstijgende samenwerking om organisaties uit de zorg en sociaal domein goed aan te haken rondom de complexe behoeften. Ze vinden dat de schotten tussen het zorgdomein en het sociaal domein maken dat organisaties vaak bij hun eigen organisatorische kaders blijven. De behoeften van kwetsbare groepen die niet binnen deze eigen kaders passen, pakken zij daarmee niet op en daarmee vallen deze groepen tussen wal en schip. Tegelijkertijd voelen bestuurders van de verschillende organisaties zelf de verantwoordelijkheid niet om de zorg voor kwetsbare groepen op te pakken of te coördineren.

De verantwoordelijkheid [voor kwetsbare groepen] is onder alle partijen verdeeld, maar als iedereen verantwoordelijk is, is niemand echt verantwoordelijk. Dus dat brengt iedereen in de gelegenheid om gewoon niks te doen.

- Bestuurder

Tekstbox 3. Regionale inzet op beweging JZOJP

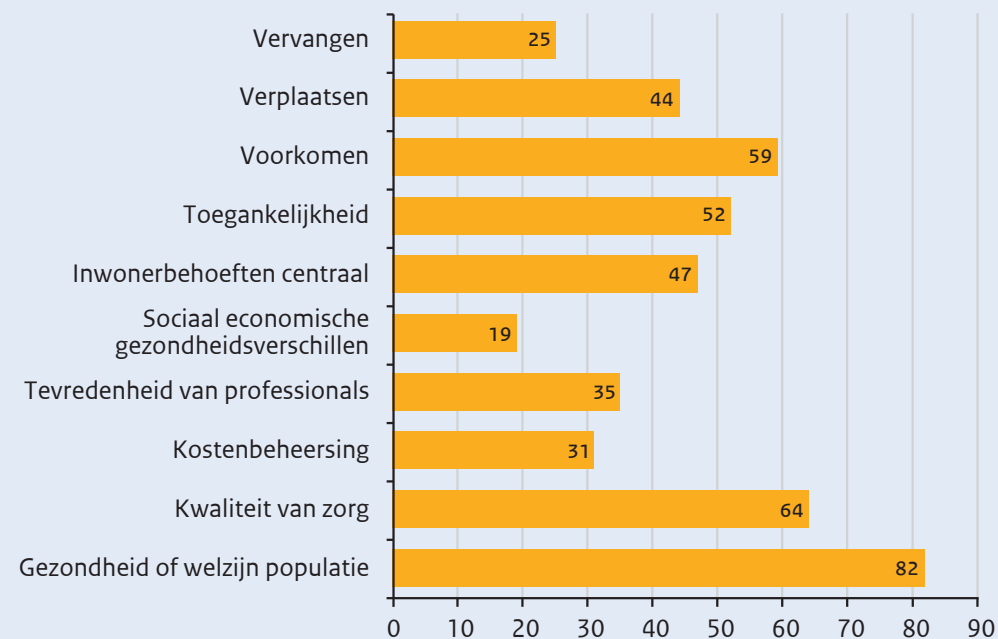
In een uitvraag onder 227 netwerkiniciatieven¹ zijn er 118 regionale netwerkiniciatieven geïdentificeerd die domeinoverstijgend werken aan zorg, preventie of welzijn. Navraag naar het type doel van het initiatief (meerdere antwoorden waren mogelijk) toonde dat 59% procent zorg wil voorkomen, 44% procent wil zorg verplaatsen en 25% wil zorg vervangen. Ook geeft een deel van de initiatieven aan te werken aan de 'Quintuple Aim' doelen: de gezondheid of het welzijn van de populatie (82%), kwaliteit (64%), betaalbaarheid van de zorg (31%), werkplezier (35%) en sociaal economische gezondheidsverschillen (19%). Verder geeft 47% van de initiatieven aan dat het centraal stellen van de behoeften van inwoners een doel is (Figuur 4).

In deze initiatieven zien we dat huisartsen (103, 88%), en gemeenten het vaakst betrokken zijn (100, 85%). Ook zorgverzekeraars, welzijnsorganisaties, paramedici, thuiszorg, perifere ziekenhuizen, sociaal werk, GGZ en de inwonervertegenwoordiging zijn bij meer dan de helft van de bevroagde initiatieven betrokken. Academische ziekenhuizen (17%) en zelfstandige klinieken (5%) zijn in minder initiatieven betrokken. De inwoners worden op verschillende – soms meerdere – manieren betrokken in de initiatieven. Inwoners worden het vaakst alleen geraadpleegd (24%). Bij 19% van de initiatieven zijn inwoners onderdeel van een bestuur of stuurgroep van het initiatief.

In een deel van de initiatieven wordt ingezet op een aanpaste bekostiging, bijvoorbeeld middels een NZa regeling (16, 14%), het afstemmen van betaling uit diverse stelselwetten (12, 10%), meerjarige contracten (11, 9%), of uitkomstengerichte bekostiging (10, 8%).

Voor het leerproces binnen het initiatief, zetten 67% van de bevroagde initiatieven evaluaties in. Meer dan de helft doet dat met regiobeelden en/of proces evaluaties. Implementatieonderzoeken, haalbaarheidsonderzoeken en economische evaluaties zijn minder vaak uitgevoerd.

Figuur 4: Percentage regionale netwerkiniciatieven per categorie doel m.b.t. JZOJP



¹ Deze uitvraag is onderdeel van de jaarlijkse evaluatie Preventie in het Zorgstelsel (RIVM, 2020b). Dit jaar zijn 191 bekende initiatieven aangeschreven, gericht op samenwerking door gemeenten en zorgverzekeraars. Via een open aanschrijving reageerden aanvullend 36 nieuwe initiatieven met een JZOJP subsidie.

4. Merkbare resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van Pijler 3 omschreven. Zoals vermeld in de methoden sectie is er in 2021 ingezoomd op de merkbare resultaten vanuit de vier verschillende actoren: (a) betrokken inwoners en patiënten; (b) professionals; (c) bestuurders van de organisaties uit de tien leerregio's, HLA partijen en langdurige zorg partijen, en zorgverzekeraars; (d) regulerende partijen. De resultaten gaan voornamelijk over procesuitkomsten zoals samenwerking. De meetbare effecten zullen in een volgende rapportage in 2022 aan bod komen (Tekstbox 4).

Toename in multidisciplinaire afstemming en regionale samenwerking

Vershillende bestuurders, zorgprofessionals en betrokken inwoners, geven aan dat er meer samenwerking is tussen organisaties en over de domeinen. Zo geven betrokken inwoners aan dat er regionale samenwerkingsverbanden tussen inwoner-initiatieven zijn opgericht om elkaar beter te ondersteunen en kennis uit te wisselen. Professionals en bestuurders ervaren dat er meer afstemming is tussen zorgprofessionals, bijvoorbeeld door meekijkconsulten van specialisten bij de huisarts of multidisciplinaire overleggen tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen en buurtteams. Ook op regionaal niveau zien bestuurders dat er meer toenadering en afstemming tussen de organisaties in de regio plaatsvindt.

Terwijl de meeste bestuurders en professionals stellen dat er veel losse projecten en interventies onder de noemer van de beweging JZOJP zijn gestart, geeft een aantal bestuurders en professionals aan dat er meer ruimte en structuur is gecreëerd om van losse projecten bredere transformatieprojecten te maken (onder andere door de rol van regionale programmamanagers en transformatiegelden). Dit zou het opschalen van pilots en kleinere projecten meer mogelijk maken.

De grootste verandering is het dialoog die [...] nu ontstaat en de bereidheid om naar elkaar toe te schuiven en in gesprek te zijn. [...] Het gaat om vertrouwen, samenwerken en aanvullen. Het is belangrijk dat iedereen gelijkwaardig is, en dat dit gevoeld wordt.

- Bestuurder

Meer bewustwording van de gezamenlijke stip op de horizon

Sommige betrokken inwoners, professionals en bestuurders zien dat er meer bewustwording en aandacht is voor de noodzaak van een gezamenlijke stip op de horizon om de beweging JZOJP te realiseren. Daarnaast geven sommige professionals aan dat er nu meer verschillende manieren ingezet worden om JZOJP aan patiënten te leveren o.a. samen beslissen, meer zorg zo dicht mogelijk bij mensen thuis. Betrokken inwoners en patiënten ervaren dat er binnen het zorgsysteem een groter gevoel van urgentie is om samen te werken over de domeinen heen – of in ieder geval om over de verschillende lijnen heen, de eerste, tweede en derde lijn, af te stemmen en samen te werken.

Ik denk dat die stippen op de horizon, die zijn gezet en dat er meer samenwerking opgezocht wordt. Dus ik zie wel de eerste tekeningen dat er urgentie is en besef is, hè dat dat systeem, om anders te gaan werken. Ik denk dat nu de kunst is om al die elementen, al die dingen bij elkaar te brengen en op de juiste manier van energie te voorzien.

- Betrokken inwoner

In het beeld van de voortgang van JZOJP is het glas halfleeg én halfvol

Diverse geïnterviewden hebben kritiek over de voortgang van JZOJP. Verschillende bestuurders geven aan dat er vooral rondom andere vormen van bekostiging en financiering, alsook de beoogde cultuuromslag naar een meer preventief gezondheids-systeem, te weinig is gebeurd in de afgelopen vijf tot tien jaar. Anderen zien dat er wel veel projecten zijn gestart, maar dat de oplevering van de projectresultaten te langzaam gaat (o.a. door wisselingen in bestuurders, beschikbaarheid van data over resultaten, de COVID-19 pandemie). Daarnaast geven meerdere bestuurders aan dat er nog teveel vanuit het systeem wordt gedacht en te weinig vanuit het patiënten of inwoners-perspectief. De betrokken inwoners die kritiek hebben, zien dat inwoner-initiatieven nog te weinig meegenomen worden in het zorg- en ondersteuningslandschap (zie paragraaf 3.4 *Inwonerparticipatie*).

Andere bestuurders zijn minder kritisch over de voortgang en benadrukken dat een transitie zoals beoogd met de beweging JZOJP een lange adem vergt. Zij zien dat, alhoewel er nog geen sprake is van meetbare resultaten op regionaal niveau, er wel al de eerste resultaten op projectniveau zichtbaar zijn. Voorbeelden die zij geven zijn toegenomen patiëntentevredenheid of gezondheidsuitkomsten bij specifieke interventies zoals de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) of schuldhulpverleningsinterventies. Deze bestuurders vinden dit motiverend om door te pakken op de beweging JZOJP. Veel van de bestuurders die positiever tegenover de resultaten staan geven aan dat het belangrijk is om de beweging meer tijd te gunnen.

Terwijl het implementeren, het uitvoeren ontzettend onderschat wordt in Nederland. En dat geldt ook voor de beweging [JZOJP]. Iedereen die denkt dat je daar dus nu binnen een paar jaar wel de resultaten kan laten zien, terwijl de mindset nog niet veranderd is. En de voorwaarden nog niet gecreëerd zijn. En de stimulansen maar mondjesmaat te verkrijgen zijn. Ja, die is veel te optimistisch.
- Bestuurder

Het blijft een uitdaging om (regionale) resultaten in kaart te brengen

Binnen verschillende regio's zijn er pogingen gedaan om de regionale kwantitatieve resultaten in kaart te brengen, bijvoorbeeld door het meten van kwaliteit van leven en het meten van de eventuele verplaatsing van ziekenhuiszorg naar zorg geleverd door huisartsen of buurtteams. Veel bestuurders ervaren dat het moeilijk is om de resultaten van de beweging JZOJP op regionaal niveau kwantitatief inzichtelijk te maken. Meerdere bestuurders geven aan dat het op project/interventie niveau soms nog wel lukt, maar dat een volledig overzicht voor de regio ontbreekt. Sommige bestuurders ervaren dat dit vooral komt doordat de data- infrastructuur onvoldoende ondersteunend is (zie ook paragraaf 3.2 *Lerend vermogen*), anderen geven aan dat het nog te vroeg is om resultaten in kaart te kunnen brengen met betrekking tot kosten en/of effectiviteit. Daarom geven sommige bestuurders aan (nog) geen energie te steken in het ophalen van de resultaten of de focus juist te leggen op de kwalitatieve resultaten (de verhalen of merkbare resultaten). Andere bestuurders daarentegen geven aan hier juist wel op in te zetten (zie paragraaf 3.2 *Lerend vermogen*).

Tekstbox 4. Vaststellen indicatorenset in 2022

Om resultaten van de beweging naar JZOJP ook meetbaar te maken, wordt er binnen de lerende evaluatie een indicatorenset ontwikkeld. Deze indicatorenset kan ook in regionale samenwerkingsverbanden gebruikt worden om zelf te kunnen zien hoe de regio ervoor staat op verschillende belangrijke thema's en daarmee de beweging JZOJP verder vorm te geven.

Om te zorgen dat de indicatorenset aansluit bij wat betrokkenen belangrijk vinden, wordt er een Delphi-methode toegepast. Het Delphi-onderzoek kent drie rondes waarin wordt samengewerkt met de betrokken zorgprofessionals, patiëntvertegenwoordigers, afgevaardigden van regionale initiatieven, zorgverzekeraars, academici en kennispartners.

De eerste twee rondes, die zijn gehouden in 2020 en 2021, resulteerden in een selectie van 25 relevante thema's. Vervolgens zijn voor deze 25 thema's, zo volledig mogelijk, de beschikbare indicatoren geïnventariseerd op basis van (grijze) literatuur en raadpleging van experts.

In de derde ronde, gehouden in oktober 2021, is met een online vragenlijst aan betrokkenen gevraagd om per thema de geschiktheid van beschikbare indicatoren te scoren. Ook werd gevraagd in hoeverre het thema anders gemeten zou moeten worden dan met de reeds beschikbare indicatoren. In elke ronde is ook kwalitatieve feedback ontvangen.

De analyse van de derde ronde wordt nu uitgevoerd en deze zal naar verwachting begin 2022 zijn afgerond. Er is dan, per thema, een selectie van indicatoren beschikbaar en daarnaast ook een ontwikkelagenda. Deze ontwikkelagenda wordt mede gebaseerd op kwalitatieve feedback en beschrijft stappen om voor elk thema tot een overeengekomen selectie van geschikte indicatoren te komen. Vervolgstappen door de lerende evaluatie worden opnieuw met betrokkenen afgestemd.

5. Wat vindt men nodig om de beweging verder te brengen?

In dit hoofdstuk word vanuit de vier eerder benoemde perspectieven gekeken naar de vraag 'wat vindt men nodig om de beweging JZOJP verder te brengen. Het gaat om de perspectieven: (1) betrokken inwoners en patiënten, (2) zorgprofessionals, (3) bestuurders van organisaties in de tien leerregio's, HLA-partijen en langdurige zorgpartijen, zorgverzekeraars, wethouders en gedeputeerden (4) regulerende en toezichhoudende organisaties. (Zie [Bijlage Methoden](#) voor meer informatie over het aantal interviews per perspectief)

5.1 Wat vinden betrokken inwoners en patiënten nodig

Betrokken patiënten en inwoners als gelijkwaardige partners in de beweging JZOJP

Betrokken inwoners en patiënten vinden het belangrijk dat ze als gelijkwaardige partner worden gezien, zodat het inwonerperspectief daadwerkelijk centraal staat bij de beweging JZOJP. Betrokken patiënten willen dat hun ervaringen en ideeën meer meegenomen worden in regioplannen, projecten, stuurgroepen en financieringsstromen. Betrokken inwoners stellen dat hun initiatieven gelijkwaardig meegenomen moeten worden in het zorg -en ondersteuningslandschap door gemeente, zorgverzekeraars, en ook regulerende partijen. Ook willen zij dat er meer dan één patiënt of inwoner aanhaakt bij stuurgroepen en projecten. Met meer inwoners aan de overlegtafel kunnen de input, ideeën en ervaringen beter meegenomen worden in de plannen en ontwikkelingen. Tenslotte geven sommige patiënten aan dat ze het belangrijk vinden een duidelijke rol te krijgen bij het beoordelen van subsidieaanvragen van nieuwe projecten. Hierdoor wordt het patiëntenperspectief beter meegewogen bij de besluitvorming. Tegelijkertijd geven sommige inwoners aan dat ze graag meer taken van de zorgverzekeraars rondom de zorginkoop willen overnemen, omdat zij meer inzicht hebben in de behoeften en contexten van gemeenschappen zelf. Zo kan het lokale aanbod volgens hen beter aansluiten bij de lokale situatie.

Ontwikkeling van gemeenschappelijke visie voor JZOJP en rol inwoners

Betrokken inwoners en patiënten willen dat er meer geïnvesteerd wordt in de cultuuromslag die zij nodig vinden om meer (mede)zeggenschap te krijgen in de beweging JZOJP. Zo vinden ze het belangrijk om een gezamenlijke visie te formuleren op basis van maatschappelijke belangen in plaats van de systeembelangen. Op dit moment

ervaren ze het huidige verantwoordingsstelsel als een belangrijk knelpunt. Om dat te veranderen zou de verantwoordingsstelselmatiek meer in lijn moeten zijn met maatschappelijke belangen.

Verbeteren dialoog en relaties tussen inwoners, patiënten en het zorg- en ondersteuningslandschap

Gerelateerd aan de benoemde visie, stellen betrokken inwoners en patiënten dat er meer dialoog tussen betrokken inwoners en patiënten en het zorg en ondersteuningslandschap moet komen. Daarmee kan samen gekeken worden naar waar de kracht, interesses en motivatie van inwoners en patiënten liggen om JZOJP te realiseren en hoe de samenwerking tussen inwoners en patiënten en het zorg -en ondersteuningslandschap het beste vormgegeven kan worden. Het is daarbij belangrijk om relaties op te bouwen met betrokken en nog-niet-betrokken inwoners en patiënten zodat hun inzichten, ervaringen, en input beter meegenomen kunnen worden in de beweging JZOJP.

Krachtige leiders en kartrekkers voor het faciliteren van inwonerparticipatie en gemeenschapskracht

Betrokken inwoners geven aan dat krachtige kartrekkers, sleutelfiguren en leiders vanuit zowel de gemeenschappen als ook het zorg -en ondersteuningslandschap nodig zijn om inwonerparticipatie beter vorm te kunnen geven, de gemeenschapskracht aan te zwengelen en inwonerinitiatieven op de kaart te zetten.

Financiële verankering van inwonersinitiatieven nodig

Ook geven inwoners aan dat inwonerinitiatieven meegenomen moeten worden in structurele financieringsstromen, zodat deze belangrijke bijdragen kunnen blijven leveren in de beweging JZOJP. Het kost inwoners nu (te) veel tijd om subsidies te organiseren voor hun inwonerinitiatieven. Dit kan de (door)ontwikkeling van een initiatief belemmeren.

Investering in de sociale infrastructuur

Betrokken inwoners geven aan dat er een investering nodig is in de sociale infrastructuur en inwonerinitiatieven om de leefbaarheid, gezondheid en sociale cohesie van de gemeenschappen te verbeteren. Met sociale infrastructuur wordt niet alleen de fysieke infrastructuur zoals pleinen, buurthuizen en bibliotheken bedoeld, maar juist ook de middelen voor sociale gemeenschappen en gemeenschapskracht; bijvoorbeeld, sociale

cohesie, zeggenschap, inwoner-initiatieven, en sociale netwerken. De sociale infrastructuur draait voor een belangrijk deel om de gemeenschapskracht. Vooral in gemeenschappen met weinig sociale cohesie en grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen is een investering in de sociale infrastructuur nodig. Daarmee kunnen gemeenschappen relaties met kwetsbare groepen opbouwen en inventariseren waar de behoeften en interesses van deze groepen liggen. Dit kan maatwerk en persoonsgerichte zorg bevorderen voor kwetsbare groepen. Het zou ook de toegankelijkheid verbeteren voor kwetsbare groepen. Betrokken inwoners zien hier een rol voor gemeenschappen zelf omdat kwetsbare groepen via hun eigen leefomgeving gemakkelijker te bereiken zijn.

Wat wij gedaan hebben is een sociale infrastructuur gebouwd waardoor mensen veel later pas in die zorg terecht komen. En op een manier dat ze meteen op de goede plek terecht komen en niet gaan zwerven binnen het stelsel.

- Inwoner

5.2 Wat vinden zorgprofessionals nodig

Ruimte en investering nodig voor een gelijkwaardige rol aan tafel

Verschillende typen zorgprofessionals, zoals paramedische zorgverleners, huisartsen en (wijk)verpleegkundigen, geven aan dat zij (eerder) aan tafel willen zitten binnen de eigen organisatie en binnen de regio om mee te praten over JZOJP. Hiervoor is het belangrijk dat zij als gelijkwaardige partners worden gezien. Daarnaast geven vooral verpleegkundigen aan dat het nodig is dat er in hen wordt geïnvesteerd, zodat zij een gelijkwaardige positie aan tafel kunnen innemen. Dit is investeren in tijd en ruimte, maar ook in leer- en ontwikkelmogelijkheden. Zo wordt een idee voor een 70-30-verdeling genoemd (afhankelijk van persoon en talenten), waarbij er 30% ruimte is voor persoonlijke ontwikkeling en om contacten te kunnen leggen en te benutten, zodat verpleegkundigen, buiten zorg verlenen, hun meerwaarde kunnen laten zien. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat verantwoordelijkheid bij verpleegkundigen gestimuleerd moet worden om zélf het initiatief te nemen zich meer bezig te houden met leren en ontwikkelen. Enkele wijkverpleegkundigen zien door meer leer- en ontwikkelmogelijkheden meer toekomst in hun werk.

Duidelijkheid nodig over taakverdeling en kennis over elkaars werkwijze

Zorgverleners geven aan de taakverdeling onduidelijk te vinden, en dan vooral taken die vallen onder de verschillende stelselwetten (Zvw, Wlz, Wmo). Ook is meer zicht krijgen op elkaars werkzaamheden nodig. Mogelijk leidt dit tot een betere doorverwijzing van de patiënt. Zorgverleners geven aan dat meer dan de helft van de kwetsbare groepen niet de juiste zorg door de juiste professionals ontvangt. Zo komen patiënten met een zorgvraag bij de huisarts, terwijl die beter opgepakt worden door een ander sector. Een regionale infrastructuur tussen zorgverleners (huisartsen, wijkteams, GGZ, jeugd) kan een mogelijke oplossing zijn om elkaar beter te kennen en te weten welke doorverwijzingsmogelijkheden er zijn.

Wij zeggen altijd JZOJP voor de juiste professional. [...] Omdat we zien dat [...] hoe we het zorglandschap hebben ingericht en het samenlopen met bijvoorbeeld sociaal domein of andere sectoren, dat het niet altijd lukt om de juiste professional het werk te laten doen.

- Vertegenwoordiger branchevereniging

Ook wordt een suggestie gedaan om professionals op verschillende plekken te laten werken of mee te laten lopen met een collega uit een ander domein (bijvoorbeeld een verpleegkundige in de wijk én in het ziekenhuis), om zo de verschillende contexten te leren kennen en een bredere blik op zorgverlening te krijgen. Verder wordt benoemd dat zorgprofessionals nog erg specialistisch opgeleid worden en het kan helpen om in de opleiding een integrale blik centraal te stellen.

Passende bekostiging om zorg anders te organiseren en aan te sluiten op de behoeften

Verpleegkundigen en huisartsen geven aan dat, om samen tot een besluit te komen, het nodig is om een goede relatie met een cliënt op te bouwen, zodat de behoeften goed in kaart gebracht kunnen worden. Hiervoor is in de spreekkamer meer tijd en bijbehorende financiering nodig. Ook geeft een koepelorganisatie aan dat een andere professional deze rol (meer tijd voor de cliënt) wellicht ook kan vervullen. Andere zorgprofessionals geven aan dat door tijdgebrek het lastig is de patiënt van goede informatie te voorzien.

Ook voor samenwerking rondom bijvoorbeeld het verplaatsen of vervangen van zorg, zoals het opzetten van een expertisecentrum of anderhalvelijnszorg, is passende bekostiging nodig. Vanuit de inhoud kunnen dit soort initiatieven goed worden vormgegeven, maar ze stranden op de onderlinge verdeling van budgetten en een tekort aan financiën, omdat het initiatief in eigen tijd wordt opgezet. Lokale initiatieven worden dan ook beperkt opgeschaald. Zorgverleners, en ook koepelorganisaties, geven aan een rol voor de overheid te zien om onderlinge afspraken af te dwingen en landelijke afspraken te maken.

Enkele specialisten geven aan dat het nodig is dat zorgverzekeraars niet alleen keuzes maken die op korte termijn geld opleveren, maar ook om te investeren in initiatieven die op de lange termijn rendement opleveren. Deze zorgverleners geven aan dat naast meerjarencontractering ook andere bekostigingsvormen nodig zijn om de zorg op de lange termijn anders te kunnen organiseren.

Data die aansluit bij doelen van de zorgverleners

Zorgprofessionals zien kansen in het gebruik van data. Zo kan men door data inzicht krijgen in de gezondheid en zorgbehoefte van inwoners van een regio en zorg meer passend te laten zijn. Echter geven zorgprofessionals wel aan dat het nodig is om data van patiënten te mogen delen. Zo geeft een zorgprofessional aan dat het zou helpen als er een systeem komt waarbij standaard staat ingesteld patiëntgegevens te mogen delen, tenzij patiënt anders aangeeft (*opt-out* versus *opt-in*). Zorgprofessionals geven tegelijkertijd aan dat het ook als een belasting wordt ervaren wanneer er veel data aangeleverd moet worden die niet direct voor hun eigen werkzaamheden van toepassing is. Hierbij helpt het als zorgprofessionals weten waar de data voor gebruikt worden en zij zelf ook direct voordeel zien voor de zorgverlener en/of de patiënt.

5.3 Wat vinden bestuurders nodig

Ruimte om te ontwikkelen in de regio

Door bestuurders vanuit verschillende domeinen wordt benoemd dat er ruimte nodig is om te kunnen ontwikkelen naar JZOJP in de regio. Men spreekt over ruimte op verschillende manieren. Zo heeft men ruimte en tijd nodig om vertrouwen op te kunnen bouwen in een samenwerkingsverband en om in te kunnen zetten op inwonerparticipatie. Ook is (regel)ruimte nodig voor het opbouwen van gezamenlijke inzet voor kwetsbare groepen, zoals voor goede afstemming tussen beroepsgroepen voor het leveren van een passend aanbod.

Verder hebben bestuurders ruimte nodig in eigen organisaties en regio om te kunnen leren. Denk aan ruimte om fouten te mogen maken, tijd om te leren en transparantie en vertrouwen in de regio om hier samen aan te werken. Ook geven vooral zorgpartijen aan dat tijdelijke financiering en mogelijkheden tot structurele hervorming van bekostiging door zorgverzekeraars meer of beter ingezet kunnen worden om ruimte te maken voor innovaties die bijdragen aan JZOJP.

Regie in de regio om in te kunnen zetten op een gezamenlijke opgave

Veel bestuurders geven aan dat er een vorm van regie in de regio nodig is. Zo wordt bijvoorbeeld gesproken over regie gericht op samenwerking (hoe worden gezamenlijk keuzes gemaakt, wie stuurt hier op), of regie gericht op het samen leren en het opbouwen van een data-infrastructuur.

Er zijn verschillende beelden bij hoe dit opgepakt moet worden. Zo werken verschillende regio's met een gezamenlijke structuur om te sturen op en te werken aan regionale doelen. Bijvoorbeeld door een stuurgroep met een programmamanager of een gezamenlijk gefinancierd programmabureau binnen een vereniging. Een aantal bestuurders zien een rol voor de zorgverzekeraar om op onderdelen nog meer regie te pakken. Bijvoorbeeld bij het coördineren van de verplaatsing van zorg van tweede naar eerste naar nulde lijn, of bij het inzichtelijk maken van data voor de regio. Anderen zien juist, vanwege een gebrek aan vertrouwen in zorgverzekeraars of zorgkantoren en/of het idee dat zij niet het juiste (overkoepelende) belang hebben, geen centrale rol voor deze partijen. Deze bestuurders zien meer in een onafhankelijke partij die stuurt op regionale doelen. Ook zijn er verschillende beelden over wat men nodig heeft aan sturing van de landelijke overheid.

Een landelijke overheid die de beweging richting geeft

Verschillende bestuurders willen een actieve(re) rol van de landelijke overheid. Men spreekt hierbij over verschillende dingen. Bestuurders geven aan dat de overheid de rol heeft om aan te geven waar de beweging naar toe moet gaan en welke keuzes hierin wel/niet gemaakt kunnen of moeten worden. Daarnaast is behoefte aan ondersteuning op momenten dat een groep bestuurders geen regionale keuze kan maken, bijvoorbeeld als het om keuzes gaat die het bestaan van een zorgorganisatie in gevaar brengen. Men zoekt dan naar helderheid wie de regie heeft en wie hierover een beslissing kan nemen.

Het is nog onduidelijk hoe groot de sturende rol van de overheid in de regio moet zijn. Zo spreken enkele geïnterviewden over de behoefte aan doorzettingsmacht in de regio. Hierbij wordt ook de rol van de overheid benoemd, maar een concreet beeld over wat dit zou inhouden is niet gegeven. Andere geïnterviewden, vooral zorgverzekeraars, vinden dat er niet te veel vanuit de overheid op regioniveau gestuurd moet worden, omdat dit vertrouwensopbouw binnen regio's mogelijk hindert en overlapt met het mandaat van de zorgverzekeraars. Zij vinden het vooral nodig om gezamenlijk beleid aan te scherpen, zoals het gezamenlijk komen tot uitgangspunten voor een volgebeleid met betrekking tot JZOJP in de regio.

Enkele bestuurders vragen om regie van de overheid om te komen tot een eenduidige inzet van registratiesystemen. Er zijn wisselende beelden of er hierbij sturing zou moeten zijn op een landelijke eenduidige data-infrastructuur of dat er nog regionale variatie mogelijk moet blijven.

Financiering en bekostiging die regionale inzet ondersteund

Enkele bestuurders uit de regio's geven aan dat er grote veranderingen nodig zijn in het stelsel van financiering en bekostiging. Zij voelen zich nu gehinderd door de huidige financieringsstructuur. Andere bestuurders en zorgverzekeraars zitten juist niet te wachten op stelselhervormingen en pleiten voor kleinere aanpassingen. Zo geven zij bijvoorbeeld aan dat de transformatiegelden nog onvolledig benut worden, wellicht omdat de invulling hiervan te vrij is gelaten. Er wordt voorgesteld om dit bij een onafhankelijke partij te beleggen. Eén bestuurder suggereert deze gelden ook voor andere segmenten van de zorg aan te wenden en niet alleen binnen de medisch-specialistische zorg.

Een ander voorbeeld is de bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking. Subsidies en andere tijdelijke gelden blijft men nodig vinden om ontwikkelingen van JZOJP mogelijk te maken, maar het moet minder tijdrovend zijn om deze gelden aan te vragen. Tegelijkertijd moet bij de verstrekking van tijdelijke gelden worden afgewogen hoe de inzet op JZOJP uiteindelijk ook op de lange termijn geborgd kan worden. Verder geven vooral wethouders aan dat zij voor de inzet op preventie geholpen zijn met

specifiek hiervoor toegewezen geld, omdat hier in de bestaande budgetten vanwege tekorten geen ruimte voor gemaakt wordt. Ook zorgverzekeraars geven aan dat er behoefte is aan een meer ondersteunende structuur voor inzet op preventie. Zo geeft één zorgverzekeraar aan dat het fijn zou zijn als de overheid aangeeft hoe financieringsstromen aan elkaar gekoppeld kunnen worden en hoe verschuivingen mogelijk gemaakt kunnen worden.

Inzet op JZOJP in de regio vraagt om aanvullende investeringen

Er worden verschillende voorbeelden gegeven waar extra (financiële) investering nodig is voor inzet op JZOJP. Zo zijn er voorbeelden van bestuurders en samenwerkingsverbanden die (met steun van een zorgverzekeraar of gemeente) gezamenlijk zorgen voor financiering van de samenwerking (bijvoorbeeld voor een programmamanager). Een enkeling geeft aan aanvullende financiering van de overheid nodig te hebben voor domeinoverstijgende samenwerking (bijvoorbeeld door het vrijmaken van preventiegelden hiervoor). Er wordt verschillende keren benoemd dat er (aanjaag)geld nodig is voor de inzet op een regionale data-infrastructuur. Verder stelt men dat er afspraken nodig zijn met de zorgverzekeraar over de compensatie voor organisaties die krimpen door het vervangen of verplaatsen van zorg. Daarnaast geven sommige bestuurders, met name programma managers, aan dat er een investering nodig is voor inzet in de sociale infrastructuur binnen regio's, bijvoorbeeld inzet op relatie opbouw en zicht krijgen op wat in de gemeenschap nodig is.

Investering in kennisontwikkeling essentieel

Ook blijkt uit de gesprekken dat op verschillende thema's kennisontwikkeling nodig is. Zo geven bestuurders aan dat er (meer) kennis nodig is over passende governance vormen voor samenwerking, mogelijkheden om JZOJP passender te bekostigen, en kennis over succesvolle manieren om inwoners en patiënten te betrekken. Voor dit laatste vindt men het belangrijk dat er geïnvesteerd wordt in kennisontwikkeling tussen regio's (bijvoorbeeld door het delen van *best-practices*) en dat de dialoog wordt aangegaan met patiënten en inwoners.

Verder geven bestuurders aan dat er ondersteuning en expertise nodig is om gezamenlijk te leren in de regio. Het gaat hierbij om ondersteuning bij het leerproces en expertise bij het gebruik van data in dit proces. Zo geven meerdere bestuurders aan dat er kennis nodig is bij de interpretatie van de AVG-wetgeving, maar ook in het gebruik van data en de vertaling naar handelingsopties. Ook vinden enkele bestuurders dat regiobeelden en wijk -en clientprofielen meer gebruikt moeten worden om te inventariseren waar 'brandhaarden' zijn in de regio en waar meer domeinoverstijgende inzet nodig is.

5.4 Wat vinden regulerende partijen nodig

Meer samenwerking tussen de regulerende partijen nodig...

Regulerende partijen¹ werken al samen, bijvoorbeeld in het advies over passende zorg voor het functioneren van inwoners (ZiN & NZa, 2020). Ook hebben zij periodiek gezamenlijk overleg. Deze samenwerking moet verder worden uitgebreid. Er is meer afstemming van hun takenpakket en onderlinge verbinding nodig om verbeteringen in kwaliteit en veiligheid van zorg en innovaties in samenwerking en bekostiging te stimuleren.

Hierin vinden sommige regulerende partijen, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland (ZiN), het belangrijk om niet alleen advies en kaders te delen over hoe JZOJP gerealiseerd kan worden, maar ook over welke zorg gestopt kan worden, als deze zorg, op basis van onderzoek, niet bijdraagt aan het functioneren van inwoners of patiënten. Daarnaast hopen de partijen elkaar beter aan te vullen in het voorzien van informatiebehoeften en het faciliteren van de regio's. Denk hierbij aan de AVG, de mededingingsregels, mogelijkheden tot bekostigingshervormingen en de rol zorgverzekeraars in de regio's.

...en ook aanpassing van wettelijke kaders

Sommige regulerende partijen geven aan dat het bijstellen van hun wettelijke kaders nodig is om de onderlinge samenwerking en afstemming beter te stimuleren. Zo ervaart Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) dat door de huidige kaders het toezicht nog te veel op individuele instellingen is gericht. IGJ stelt daarom voor om de kaders aan te passen zodat het verantwoordingsstelsel meer op regionale en domeinoverstijgende samenwerking aansluit.

Relaties opbouwen tussen regulerende partijen en de regio's

Volgens de regulerende partijen is het belangrijk dat zij vaker in gesprek gaan met de regio's om mogelijkheden voor domeinoverstijgende samenwerking aan te kaarten en *best-practices* te delen. Ook hopen zij daarmee de koudwatervrees bij regio's weg te nemen om regulerende partijen al vroeg bij hun plannen te betrekken. Zo ontwikkelde de NZa een referentiekader JZOJP zodat zorgverzekeraars meer inzicht hebben in hoe ze kunnen bijdragen aan de beweging JZOJP in de regio's en werkt de NZa ook aan directe kennisuitwisseling met regio's (onder andere door werksessies). IGJ en Autoriteit Consument & Markt (ACM) zoeken daarnaast naar manieren om inwoners, en niet alleen patiënten, te betrekken bij het toezichthouden (bijvoorbeeld door panels en gezondheidsbeurzen) zodat hun verwachtingen, ervaringen en wensen meer meegenomen worden.

Er is een drempelvrees om met ons in contact te komen. We hebben veel presentaties gehouden over wat wel allemaal kan [...] We gaan graag het gesprek aan [met de regio's] en willen meedenken met casussen en best-practices formuleren.

- Regulerende partij

Verbinding van financieringsstromen en ondersteunende bekostiging

Sommige regulerende partijen erkennen dat er veel aparte subsidies zijn voor individuele interventies, projecten en programma's. Daarnaast zien ze ook dat regio's het als belemmerend ervaren dat voor domeinoverstijgende programma's de kosten vallen bij de ene partij en de baten neerslaan bij een andere. Daarom vinden sommige partijen het nodig dat financieringsstromen meer aan elkaar verbonden worden en dat ondersteunende bekostigingsinstrumenten (bijvoorbeeld een vast tarief of maximale prijs in plaats van vrij tarief) worden ontwikkeld om innovatie in de regio's te stimuleren (bijvoorbeeld voor e-health) en om domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal domein en het medisch domein te ondersteunen. ACM benadrukt hierin dat het belangrijk is om nieuwe/innovatieve partijen niet uit te sluiten.

Stimuleren van innovatief, adaptief en lerend systeem

Het is volgens regulerende partijen belangrijk om experimenteerterruimte te (blijven) creëren voor regionale ontwikkelingen en projecten. Op dit moment zijn er allemaal aparte evaluaties en onderzoeken gericht op specifieke projecten of vraagstukken, maar een gezamenlijk leersysteem kan ervoor zorgen dat geleerde lessen worden gedeeld en succesvolle projecten worden opgeschaald. Voor dit adaptief leersysteem is het belangrijk dat er ook gezamenlijke afspraken gemaakt kunnen worden op basis van de geleerde lessen. Hierbij geven sommige partijen aan dat meer sturing nodig is vanuit het ministerie van VWS. Dit zou het gevoel van urgentie voor het realiseren van JZOJP bij regio's vergroten.

¹ Met regulerende partijen worden in deze rapportage zowel regulerende als toezichthoudende partijen bedoeld.

6. Discussie

Deze update van de lerende evaluatie JZOJP beschrijft de ervaringen met de beweging JZOJP in 2021 en wat men nodig vindt om deze beweging verder te brengen. Daarnaast is aan de actoren gevraagd wat naar hun idee de merkbare resultaten van de beweging zijn tot nu toe. Deze ervaringen zijn gebaseerd op interviews vanuit vier perspectieven:

1. Betrokken inwoners en patiënten,
2. Professionals in zorg en ondersteuning,
3. Bestuurders van organisaties in de tien leerregio's, bestuurders van HLA-partijen en langdurige zorgpartijen, en zorgverzekeraars, wethouders en gedeputeerden, en
4. Regulerende en toezichhoudende partijen.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen bediscussieerd.

Concept JZOJP is niet eenduidig en lijkt vaak alleen over zorgdomein te gaan

Het concept 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' is in het rapport van de Taskforce JZOJP (Taskforce, 2018) geïntroduceerd. In het rapport werden het functioneren en de behoeften van mensen centraal gesteld, niet alleen medisch, maar ook sociaal. Uit de resultaten van deze update blijkt dat in de praktijk de beelden en interpretaties van JZOJP verschillen. Zo zien we aan de hand van de interviews dat er een grote focus op samenwerken binnen de zorg is. Ook in andere rapporten zien we een groeiend gevoel van urgentie om de zorg doelmatiger vorm te geven, wellicht versterkt door de ervaringen met de COVID-19-pandemie en het urgente arbeidsvraagstuk binnen het zorgdomein. Zo heeft men het over samenwerken tussen de eerste, tweede en derde lijn en het niet meer uitvoeren van bewezen niet-effectieve zorg en het werken aan 'passende zorg' (ZiN & NZa, 2020; ZEGG, 2021). Tegelijk wordt door de WRR aangegeven dat het van belang is juist verder te kijken dan het zorgdomein (bijvoorbeeld naar preventie) om de zorg houdbaar te blijven houden (WRR, 2021). Hierbij is het de vraag of het concept van JZOJP dan voldoende aansluit bij wat men hiermee bedoelde. Zo gaf men in interviews aan dat de term 'zorg' in de term JZOJP tot minder aansluiting bij het sociaal domein kan leiden; het woord 'ondersteuning' wordt hier gemist.

JZOJP is een complexe beweging en door de verschillende termen en betekenissen die men hier aan geeft, is het moeilijk om te begrijpen waar het precies over gaat en ligt miscommunicatie op de loer. Dit toont aan dat het belangrijk is om het concept JZOJP helder te krijgen en te houden; eenheid van taal is cruciaal. Hierbij is het belangrijk om de oorspronkelijke uitgangspunten van JZOJP niet uit het oog te verliezen en daarmee de

stip op de horizon waar het allemaal om begonnen is: het functioneren van mensen met aandacht voor de bredere determinanten van gezondheid. Deze bredere invalshoek onderschrijft het belang van domeinoverstijgend samenwerken in en tussen het zorgdomein, preventie en het sociaal domein.

Ook doelen van JZOJP niet eenduidig...

Mede door de verschillende interpretaties van het concept is er ook brede variatie in de doelen die beoogd worden met de initiatieven binnen de beweging JZOJP. In de schriftelijke uitvraag die is gedaan onder regionale samenwerkingsverbanden voor deze update (zie Tekstbox 3), maar ook in uitvragen van eerdere jaren (RIVM, 2021) geven respondenten aan dat er aan een of meer doelen gewerkt wordt: bijvoorbeeld de drie V's, *Triple Aim*, gezondheid, en behoeften van inwoners. Uit de interviews in deze update, maar ook uit ander onderzoek (RIVM, 2018b) komt echter naar voren dat men in de uitvoering nog aan de start staat. De focus ligt met name op onderlinge afstemming (bijvoorbeeld binnen het zorgdomein) en inzet op specifieke interventies, maar er is nog weinig inzet van interventies op het regionale domeinoverstijgende niveau.

Preventie blijft een lastig dossier binnen de beweging JZOJP, zo blijkt ook uit de interviews, onder andere door het financieringsvraagstuk tussen gemeenten en zorgverzekeraars (wie is waar van?) en de verdeling van de eventueel gerealiseerde besparingen. Maar ook de aansluiting met het sociale domein blijkt nog lastig vorm te geven binnen veel samenwerkingsverbanden, waardoor met name zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen nog niet aansluit bij de behoeften. Ook komt uit de interviews naar voren dat er niet altijd overeenstemming over de doelen gevoeld wordt tussen de actoren binnen een samenwerkingsverband, wellicht doordat nieuwe actoren die aan het samenwerkingsverband deelnemen (deels) andere of zelfs tegengestelde doelen voor ogen hebben dan eerder zijn vastgesteld. Dat het niet makkelijk is om veel verschillende partijen bij elkaar te brengen en te houden, is niet nieuw. Het creëren en behouden van draagvlak voor een gezamenlijke visie, en hierbij zicht houden op ieders motivatie bleek ook in eerdere evaluaties van belang (RIVM, 2018b; van Vooren et al., 2020). Hiervoor is het nodig om inzicht te hebben in hoe de beweging zich ontwikkelt, zowel regionaal als landelijk. Op dit moment is er geen goed landelijk beeld van wat er regionaal gebeurt ten aanzien van JZOJP, niet in termen van het aantal en type initiatieven/projecten, en ook niet in kwantitatieve resultaten. Dit maakt het lastig voor de verschillende actoren om het gesprek te voeren over de voortgang en eventuele bijstelling van visie, doelen en activiteiten.

Regionaal leren is in ontwikkeling

Uit de resultaten komt naar voren dat alle actoren het belang van gezamenlijk leren onderkennen voor het verder brengen van de beweging JZOJP én er tegelijkertijd mee worstelen hoe dat vorm te geven. Er is veel aandacht voor kwantitatieve data als een belangrijk instrument om te leren. Er is dan ook grote behoefte aan een, al dan niet regionale, data-infrastructuur. Veel regio's kunnen zelf onvoldoende investeren in de ontwikkeling van een dergelijke infrastructuur, zowel qua benodigde kennis als qua tijd en geld. Voor individuele organisaties lijkt de prioriteit momenteel nog meer te liggen bij de eigen interne infrastructuur dan de regionale infrastructuur. Dat roept de vraag op of een dergelijke infrastructuur regionaal ontwikkeld moet worden of dat de landelijke partijen de regionale ontwikkeling meer moet ondersteunen en aanjagen. Hierover lopen de meningen uiteen, maar het algemene beeld is wel dat er meer inzet vanuit de landelijke overheid nodig is om een aantal generieke vraagstukken, bijvoorbeeld rondom AVG en toegankelijkheid van registratiesystemen, mee op te helpen lossen.

Naast de grote nadruk op data, zijn ook andere elementen van leren genoemd zoals het uitwisselen van ervaringen en *best practices*, het genereren van voldoende tijd om te kunnen reflecteren, en het vergroten van de kennis en vaardigheden om te kunnen leren. Het belang van leren in de eigen organisatie en in de regio's is ook omschreven in meerdere rapporten en in de literatuur (Van Mierlo 2020; Nystrom et al., 2018).

Gelet op de complexiteit van JZOJP is het belangrijk om het leren goed vorm te (gaan) geven. Dat vraagt wel wat van alle partijen: een openheid en nieuwsgierigheid, een bereidheid om kennis en ervaringen te delen, bereidheid om aan te passen, te veranderen en óók om fouten te maken. Experimenteer- en leerruimte dus, in de volle breedte van het woord. De veranderopgave ligt op álle niveaus: landelijk, regionaal, organisatie-niveau, en op het niveau van de professionals, patiënten en inwoners. Maatschappelijke vraagstukken als JZOJP laten zich moeilijk binnen de randen en kaders van één bestuurslaag oplossen. Het gaat dan ook om meer niveaus die onderling ook op elkaar inwerken; inzet op het ene niveau heeft directe gevolgen voor het andere. Dat vraagt om een aanpak waarin er voortdurend wordt uitgewisseld tussen die lagen (meerlaags werken) (NSOB, 2018).

Stapsgewijs verbreden of gelijk samen aan tafel

Door meerdere geïnterviewden is benoemd dat men bewust met een selectieve groep van betrokkenen is gestart in de samenwerking, soms met een focus op bepaalde casuïstiek of thema's. Dit om complexiteit te voorkomen en vertrouwen op te kunnen bouwen. Dit is vergelijkbaar met wat gevonden is in een eerdere evaluatie van regionale samenwerkingsverbanden (RIVM, 2018b). Hierbij werd de ontwikkeling binnen regio's

aangeduid met vier verschillende fasen (van de bereidheid tot deelname, tot aan het integreren en reorganiseren en het komen tot een nieuwe norm) (van Vooren et al., 2020) waarbij meerdere regio's de samenwerking binnen het zorgdomein startten om daarna verbreding naar andere domeinen te zoeken. Beginnen met een selectieve groep (destijds met name binnen het zorgdomein) bleek van belang voor de opbouw van vertrouwen, draagvlak en inzet op het juiste leiderschap.

Het dilemma bij een stapsgewijze aanpak is dat een deel van de actoren die een rol kunnen spelen in de beweging JZOJP (nog) niet aan tafel zit en dat hierdoor de snelle start later weer teniet gedaan kan worden als er in het vervolg nieuwe partijen aanschuiven met andere visies, doelen en inzichten. Dit kan leiden tot een nieuw spanningsveld tussen actoren binnen de regionale samenwerking, en kan vertraging veroorzaken. Zo bleek eerder dat wanneer men geen draagvlak (meer) voelde voor de gezamenlijke aanpak, men zelfs in ontwikkelingsfasen terug kon vallen (RIVM, 2018b; van Vooren et al., 2020). Ook in deze update wordt de soms smalle opstartbasis benoemd als een nadeel door verschillende betrokkenen (bijvoorbeeld huisartsen, verpleegkundigen en inwoners). Het is van belang om verschillende invalshoeken aan tafel te hebben: bestuurders, zorgprofessionals en de inwoners zelf. Dit om van elkaar te kunnen leren, en zicht te hebben op wat werkt (Sligo et al., 2019; KNMG, 2021).

Het blijft dus nog een zoektocht naar hoe domeinoverstijgende samenwerking op een passende manier ingericht kan worden met de juiste actoren aan tafel op het juiste moment, passende bij de regionale context. Als men er voor kiest om met een brede vertegenwoordiging aan tafel te zitten, dan is gelijkwaardigheid van belang, vooral voor zorgprofessionals, patiënten en inwoners. Zo ervaren de geïnterviewde betrokken inwoners en patiënten dat ze niet als gelijkwaardige partner worden gezien in de beweging JZOJP, en geven ook enkele verpleegkundigen aan ondersteuning te wensen in het leren en zich ontwikkelen om aan tafel betrokken te kunnen zijn. Van bestuurders vraagt dit een zekere openheid om van de inwoners en professionals te willen leren. Uit de update blijkt dat de ervaringen hierbij wisselend zijn en dat niet alle bestuurders hier een meerwaarde in zien of open durven te staan voor de consequenties van de inbreng die dan gegeven wordt.

Behoeften van inwoners onderbelicht; inwonerparticipatie biedt kansen

Uit dit onderzoek blijkt dat de behoeften van inwoners nog niet echt centraal staan in de beweging JZOJP. Professionals, betrokken inwoners en patiënten geven aan dat het huidige zorgaanbod niet goed aansluit bij de bredere en domeinoverstijgende behoeften van inwoners en patiënten. Dit geldt vooral voor kwetsbare groepen waar de verbinding tussen het sociale domein, het medische domein en de gemeenschapskracht van extra

belang is. De schotten in het systeem zorgen ervoor dat inwoners het zorg- en ondersteuningslandschap als ontoegankelijk ervaren.

Tegelijkertijd geven professionals, bestuurders, en regulerende partijen aan niet genoeg kennis, kunde en tijd te hebben om de behoeften van inwoners op te halen en in beeld te brengen. Sommige bestuurders en professionals stellen voor de behoeften vooral via al bestaande data op te halen. Anderen stellen voor dat het hierbij betrekken van patiënten, ervaringsdeskundigen en inwoners belangrijk is voor het ophalen van de behoeften. Ook heersen er verschillende beelden over de mate waarin de behoeften van inwoners centraal moeten staan in de beweging JZOJP. Dit heeft wellicht ook te maken met het feit dat sommige actoren het moeilijk vinden om hiernaar te handelen.

Voor zowel het ophalen van de behoeften, het duiden van deze informatie, als het vertalen naar hoe hierop te acteren, lijkt inwonerparticipatie een logische sleutel. De bereidheid van inwoners om hieraan bij te dragen is groot: er zijn bijvoorbeeld al ongeveer 1500 inwonerinitiatieven voor een op gezonde leefomgeving in kaart gebracht (NZLVE, 2020). Sommige professionals, bestuurders en regulerende partijen hebben aangegeven vaker het gesprek aan te willen gaan met inwoners, patiënten, en ervaringsdeskundigen. De geïnterviewde betrokken inwoners geven aan dat ze een signaalfunctie kunnen en willen hebben rondom de behoeften van hun eigen gemeenschap naar het zorg- en ondersteuningslandschap. Ze geven aan dat ze de behoeften van hun gemeenschap in beeld hebben en ook dat hun inwoner-initiatieven deze behoeften vaak al adresseren. Dit is in tegenstelling tot verschillende andere actoren die betwijfelen in hoeverre de betrokken inwoners en patiënten (de ‘usual suspects’) de bredere behoeften van (ook moeilijk bereikbare) inwoners kennen en kunnen vertegenwoordigen.

Men is nog zoekende naar hoe en in welke mate behoeften centraal gesteld kunnen worden. Het meer betrekken van inwoners bij dit vraagstuk biedt hierbij kansen. Echter ook hier is men nog zoekende naar kennis over hoe dit ingericht kan worden en naar goede voorbeelden.

Huidige financiering en bekostiging stimuleren de beweging JZOJP niet, kennis ontbreekt

Alle actoren onderkennen dat de huidige financierings- en bekostigingskaders niet de prikkel bevatten om JZOJP vorm te geven en zelfs belemmerend werken. Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat dat het betalen per verrichting aanzet tot ‘volume’ en niet tot het voorkomen van onnodige, niet-effectieve of onnodig dure zorg (Miller, 2009; Zuvekas et al., 2015). Bovendien ontmoedigt het de samenwerking tussen aanbieders

omdat de bekostiging is geënt op afzonderlijke aanbieders en afstemming niet wordt beloofd. Meerdere actoren merken op dat er sinds een aantal jaren meer ruimte wordt geboden door de regulerende partijen om te gaan experimenteren met alternatieve bekostigingsmodellen waaronder de beleidsregel Innovatie (NZa, 2018) en de ‘facultatieve prestatie’ (NZa, 2021). Ondanks deze ruimte worden alternatieve bekostigingsmodellen vooralsnog mondjesmaat toegepast en beperken zich tot het medische zorgdomein. In de afgelopen jaren zijn er ook diverse meerjarige contracten afgesloten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Alhoewel de invulling hiervan sterk varieert, verandert in de meeste gevallen alleen de duur van de contracten, maar niet de onderliggende manier van bekostigen (RIVM, 2018c).

Het ontwerpen en implementeren van alternatieve bekostigingsmodellen wordt door alle actoren momenteel als te complex en te intensief ervaren. Ze geven aan dat er een gebrek is aan kennis over de mate waarin alternatieve bekostigingsmodellen leiden tot betere resultaten in termen van kwaliteit, uitkomsten en zorguitgaven, over welke specifieke designkeuzes daarbij een rol spelen, en welke contextuele factoren en mechanismen bijdragen aan de geobserveerde resultaten. Het ontwikkelen en borgen van dergelijke kennis en het gelijktijdig ondersteunen van regio’s lijkt in toenemende mate van belang om de beweging JZOJP te stimuleren. Ook hier is het gezamenlijk leren essentieel.

Investerings nodig in expertise, ontwikkeling, financiering voor regionaal samenwerken en de sociale infrastructuur

Alle actoren geven aan dat er aanvullende investeringen nodig zijn om de beweging JZOJP verder te brengen. Bestuurders en regulerende partijen geven aan dat er meer middelen beschikbaar gesteld moeten worden voor de regio’s om samen te werken en gezamenlijk te leren, zoals voor een programmamanager, of gezamenlijke data infrastructuur. Het gaat hier zowel om financiering als om het vrij maken van tijd en experimenteerruimte. Bestuurders geven aan dat ze meer tijd en ‘regelrust’ nodig hebben om de regionale samenwerkingsverbanden te versterken en relaties en vertrouwen op te bouwen. Alle actoren hebben ook aangegeven dat er investeringen nodig zijn om expertise in de regio’s te ontwikkelen – bijvoorbeeld over passende governance vormen, ondersteunende bekostigingsvormen, gezamenlijk leren en het vormgeven van inwonerparticipatie. Ook professionals willen graag meer tijd en ruimte om hun eigen expertise door te ontwikkelen en om beter samen te kunnen leren en afstemmen.

Daarnaast geven bestuurders en de betrokken patiënten en inwoners aan dat een investering in de sociale infrastructuur belangrijk is, waarbij het sociale domein en de nuldelijn gezien worden als (een gelijkwaardig) onderdeel van de beweging JZOJP.

Een investering in de sociale infrastructuur gaat over het nauwer aansluiten van de formele en informele zorg, onder andere door het opbouwen van relaties met nog niet-betrokken inwoners en patiënten, het versterken van sociale netwerken van inwoners, de gemeenschapskracht en vergroten van de verbinding tussen het sociaal domein, het medisch domein, de nulde lijn en de informele zorg. Betrokken inwoners en patiënten zien hier een rol voor henzelf weggelegd en vragen om een investering in de inwoner-initiatieven die al zorg leveren aan hun eigen gemeenschappen.

De sociale infrastructuur biedt aanknopingspunten voor preventie, alsook voor het vervangen en verplaatsen van zorg. In de literatuur is aangetoond dat door te investeren in de sociale infrastructuur er wellicht minder geleund hoeft te worden op zorg en ondersteuning vanuit het professionele circuit, de SEGV verkleind kunnen worden en er aanknopingspunten ontstaan voor preventiebeleid en interventies (Finlay et al., 2019; Latham & Layton 2019). Vooral in achterstandswijken is een investering in de sociale infrastructuur nodig om de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning te verbeteren en om de gemeenschapskracht en sociale cohesie te verstevigen. De algemene veronderstelling is hierbij dat de behoeften complexer zijn in achterstandswijken en dat de sociale cohesie en gemeenschapskracht juist minder sterk aanwezig zijn.

Waar staat de beweging JZOJP: is het glas half vol of half leeg?

Er zijn verschillende beelden bij de actoren over hoe het nu gaat met de beweging JZOJP. Enerzijds is er ongeduld en ongemak over 'te weinig snelheid en resultaten' en anderzijds is er het besef dat dergelijke transformaties nu eenmaal tijd vragen en er best stappen in de goede richting zijn en worden gezet. Zo worden er knelpunten genoemd zoals financiering, bekostiging, delen van data, en het betrekken van inwoners en patiënten. Er zijn echter ook goede voorbeelden te vinden waar het wel op onderdelen lukt. Dit zijn dan vaak projecten op kleinere schaal en vooralsnog onvoldoende schaalbaar naar het landelijke niveau. Er is echter niet één waarheid en het is van belang om dat te onderkennen. Enerzijds omdat dit de verwachtingen beïnvloedt over de beweging JZOJP en anderzijds omdat dit ook van invloed is op mogelijke aanpassingen om de beweging te versnellen.

De geïnterviewden in deze update is gevraagd wat er nodig zou moeten zijn om de beweging JZOJP verder te brengen. Vanuit alle perspectieven zijn hiervoor benodigdheden genoemd gericht op de structuren waar men tegen aan liep, bijvoorbeeld de financiële kaders, de rol van wetgeving, geen tijd en ruimte hebben om samen te werken, of te leren binnen en tussen organisaties. Tegelijkertijd worden er ook goede voorbeelden genoemd. Dit laat zien dat het wel mogelijk is om te werken aan de beweging JZOJP, alleen verschilt de mate waarop dit kan per regio. Hierbij speelt ook een rol dat er

vanuit zorgverzekeraars een bewuste keuze is gemaakt om gericht in te zetten op het ontwikkelen van regionale samenwerkingsverbanden in specifieke regio's. Daarmee is hun strategie niet zozeer gericht op landelijke invoering, maar eerder om het in regio's waar een aantal randvoorwaarden voor mogelijk succes aanwezig lijken te zijn, uit te proberen en hiervan te leren.

Tot slot

Deze update beschrijft de inzet en ervaringen van de actoren die werken aan het realiseren van de beweging JZOJP en de hierbij benodigde domeinoverstijgende samenwerking. Vele regio's en landelijke partijen zijn momenteel actief om de beweging JZOJP te realiseren, maar inzet en ervaringen zijn wisselend. Ook de oplossingsrichtingen die men ziet om de beweging verder te brengen zijn divers. Veel lijkt te gaan over de balans tussen enerzijds ruimte geven aan de regio's en partijen om, toegespitst op de eigen regionale context, JZOJP vorm te geven en anderzijds om meer landelijke sturing en op die manier meer doorzettingsmacht te creëren en de beweging wellicht te versnellen. Wel blijkt uit deze update dat het belangrijk is om eenheid in taal te creëren rondom het concept JZOJP en de doelen, en om te investeren om de lerende de beweging verder te brengen. Het is hierbij van groot belang om de succesvolle en minder succesvolle voorbeelden en oplossingen te delen zodat iedereen samen kan leren, maar ook om inzichtelijk te krijgen wat er landelijk en regionaal gebeurt ten aanzien van de beweging JZOJP.

Referenties

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

Cresswell, J.W. & Clark, V.L.P. (2017). Designing and conducting mixed methods research. Sage Publications.

Finlay J., Esposito M., Kim M.H., Gomez-Lopes, I. & Clarke, P. (2019) Closure of 'third places'? Exploring potential consequences for collective health and wellbeing. *Health and Place*, 60. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102225>.

Heerkens, Y.F, de Weerd, M., Huber, M., de Brouwer, C.P., van der Veen S., Perenboom, R.J., Van Gooi, C.H., Ten Napel, H., Van Bon-Martens, M., Stallinga, H.A. & van Meeteren, N.L. (2018). Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives form the Netherlands for a global debate. *Disability and rehabilitation*, 40(5), 603-611.

KNMG, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2021). Dokters in tijden van corona. Conclusies en aanbevelingen werkconferenties.

Latham A. & Layton (2019). Social infrastructure and the public life of cities: Studying urban sociality and public spaces. *Geography Compass*, 13: 12444.

Mierlo, B. van & Beers, P.J. (2020). Understanding and governing learning in sustainability transitions: a review. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 34, 255-269.

Miller (2009). From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Affairs*, 28, 5.

NLZVE, Nederland Zorg Voor Elkaar (2020). Monitor zorgzame gemeenschappen (2020). En groeiende beweging van bewonersinitiatieven in welzijn, wonen en zorg. Verkregen op 25-11-2021, via: [Infographics - NLZVE \(nlzorgtvoorelkaar.nl\)](https://nlzorgtvoorelkaar.nl).

NSOB, Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (2018). Effectief sturen met multi-level governance. Snel en slim schakelen tussen schalen. Verkregen op 25-11-2021, via [NSOB-2018-Effectief-Sturen-met-Multi-level-Governance.pdf](#).

Nystrom M.E., Hoog E., Garvare R., et al. (2018). Exploring the potential of a multi-level approach to improve capability for continuous organizational improvement and learning in a Swedish healthcare region. *BMC Health Services Research*, 18: 376.

NZa, Nederlandse Zorgautoriteit (2018). Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. Verkregen op 25-11-2021, via: [Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten - BR/REG-19158 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#).

NZa, Nederlandse Zorgautoriteit (2021). Facultatieve prestatie msz aanvragen. Verkregen op 25-11-2021, via: [Facultatieve prestatie msz aanvragen | Medisch-specialistische zorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#).

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018a). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Een gezond vooruitzicht. RIVM rapportnummer: 2018-0030. Bilthoven: RIVM.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018b). Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen. *Bilthoven: RIVM*.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018c). Meerjarige contracten in de zorg: stand van zaken anno 2018. Bilthoven: RIVM.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2020a). Lerende evaluatie Juiste zorg op de Juiste plek. Plan van aanpak op hoofdlijnen. Bilthoven: RIVM.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2020b). Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel. Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie in 2020. Bilthoven: RIVM.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2021). Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek. Voortgang en agenda 2021. Bilthoven: RIVM.

Sligo, J., Roberts, V., Gauld, R., Villa, L. & Thirlwall, S. (2019). A checklist for healthcare organisations undergoing transformational change associated with large-scale health information systems implementation. *Health Policy and Technology*, 8, 237-247.

Steenkamer, B., de Weger, E., Drewes, H., Putters, K., Van Oers, H., & Baan, C. (2020). Implementing population health management: an international comparative study. *Journal of Health Organization and Management*, 34(3), 273-294.

Taskforce JZOJP (2018). De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Wie durft?

Van Vooren, N. J. E., Steenkamer, B. M., Baan, C. A., & Drewes, H. W. (2020). Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management initiatives. *Health Policy*, 124(1), 37-43.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Kabinetsreactie op Rapport van de Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek. Kamerstuk 29 689. Nr. 896.

Weger, E. de, Vooren, N. van, Luijkx, K.G., Baan, C.A. & Drewes, H.W. (2018). Achieving succesful community engagement: a rapid realist review. *BMC Health Services Research*, 18, 285.

Weger, E. de, Vooren, N.J.E. van, Drewes, H.W., Luijkx, K.G. & Baan, C.A. (2020). *BMC Public Health*, 20, 508.

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

ZEGG, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (2021). Jaarplan 2021-2022. Samen voor de bewezen beste zorg voor de patiënt: Een transitie naar een lerend gezondheidszorgsysteem. Verkregen op 25-11-2021, via [ZEGG Jaarplan 2021 2022 \(adobe.com\)](#).

ZiN & NZa, Zorginstituut Nederland & Nederlandse Zorgautoriteit (2020). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Verkregen op 25-11-2021, via: [NZa_20220_Rapport+-+Samenwerken+aan+passende+zorg.pdf](#).

Zuvekas, S.H. & Cohen, J.W. (2015). Fee-for-service, while much maligned, remains the dominant payment method for physician visits. *Health Affairs*, 35(3), 411-414.

Contact

Natascha van Vooren, RIVM, Centrum voor Voeding,
Preventie en Zorg
Natascha.van.vooren@rivm.nl

Auteurs

N.J.E. van Vooren, H.W. Drewes, E. de Weger, C. Bos,
M.A.P. Vugts, C.A. Baan, J.N. Struijs

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

December 2021

De zorg voor morgen begint vandaag