

De buurt als ecosysteem voor maatschappelijke gezondheidszorg

Plan wijkverpleging alliantie in het kader van IZA transitiegelden

versie 6-8-2024

DEFINITIEF

Context: “Het moet en kan beter”

- De Nederlandse zorg dreigt vast te lopen. De vraag naar zorg stijgt sneller dan het aanbod. De personeelstekorten, hoge werkdruk en oplopende wachtlijsten zetten de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg onder druk.
- In het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt de noodklok geluid: “Het moet en kan beter, anders lopen we vast”. De ambitie is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Door de zorg anders te organiseren. Het IZA heeft aantal opgaven centraal gesteld. Met het veld zijn afspraken gemaakt om hieraan invulling te geven.
- Om de transformatie te ondersteunen, zijn voor 2023-2027 € 2,8mld transformatiemiddelen beschikbaar gesteld. Partijen uit het veld worden aangemoedigd om transitieplannen aan te dragen.
- In samenwerking met verzekeraars en gelijkgestemde zorgpartners heeft Buurtzorg een ambitieus plan opgevat. Met onze transitie moeten we terug naar de gezondheidszorg waarin het maatschappelijk belang weer prevaleert. We moeten weer kleinschalig en vanuit de buurt denken – de buurt als ecosysteem voor maatschappelijke gezondheidszorg.
- We starten met 20 buurten, maar beogen onze transitie binnen 3 jaar waar te maken in 100 buurten. In 5 jaar tijd willen we doorgroeien naar 1.000 buurten. Met generieke oplossingen die gemakkelijk in andere regio's en bij andere organisaties opgeschaald kunnen worden.
- Met deze transitie willen we aantoonbaar laten zien dat het anders kan. Mits we niet rekening hoeven te houden met bestaande structuren, betaaltitels etc. Dit moet een blauwdruk worden voor de maatschappelijke gezondheidszorg van Nederland in 2040.
- In dit document beschrijven wij ons transitieplan, onze doelstellingen .

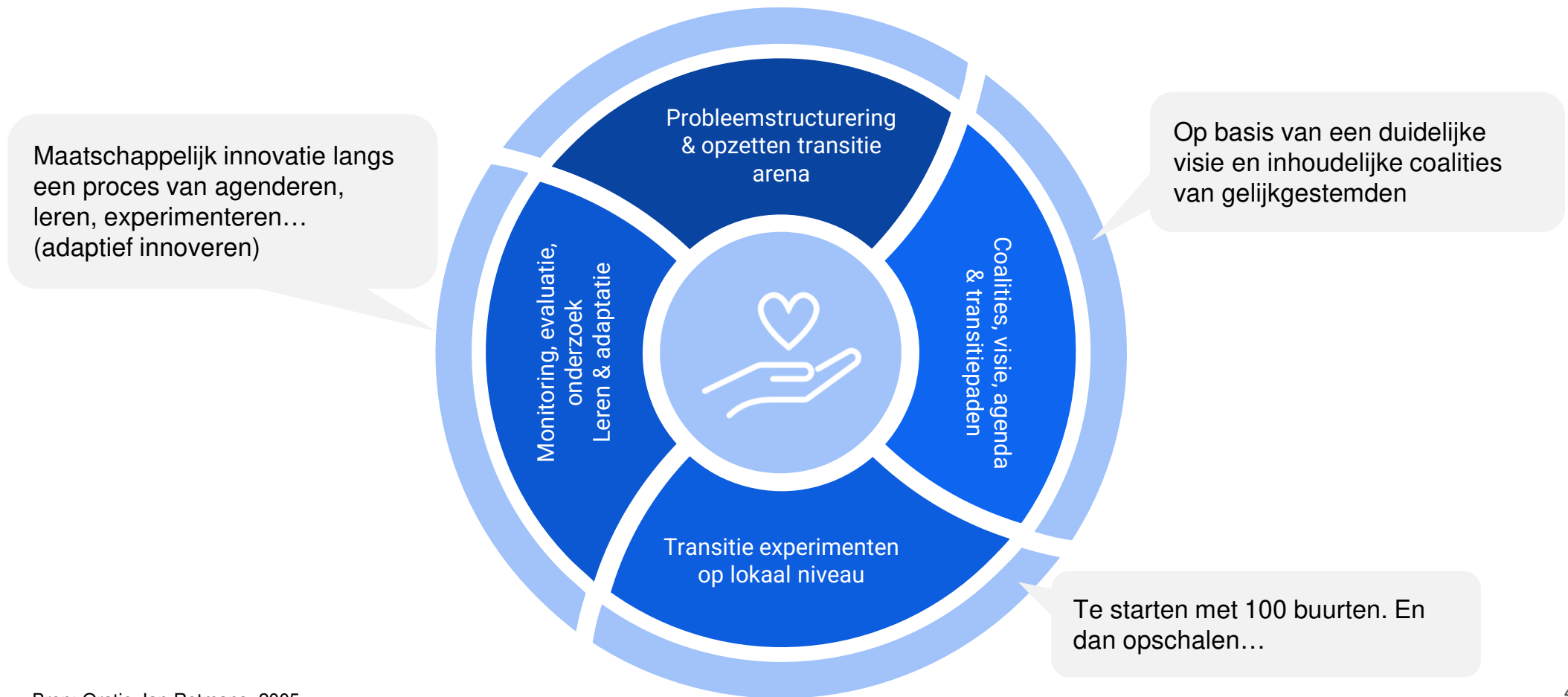
Hoe gaat het met de 'transitie'?

Jan Rotmans:

Bij een transitie slaagt het complexe, adaptieve systeem erin zich succesvol aan te passen aan de veranderende interne en externe omstandigheden en bereikt het systeem een hogere orde van organisatie en complexiteit. Dit optimale vernieuwingspad leidt tot een nieuw systeemniveau met een optimale ordening en structuur. Dit is echter eerder uitzondering dan regel: *in verreweg de meeste gevallen blijft het systeem ergens 'hangen', volgt een suboptimaal pad, graaft zich steeds verder in waardoor het uiteindelijk ineenstort en afsterft* (Rotmans, Loorbach, and van der Brugge).

We ervaren dit suboptimale pad en stellen dan ook een transitie aanpak voor om tot maatschappelijke innovatie te komen.

Rotmans' sturingsraamwerk als basis voor ons transitieplan



Agenda

- 1 Onze kijk op de uitdagingen**
- 2 Ons transitieplan
- 3 Implementatieplan
- 4 Maatschappelijke business case

Historische context nodig voor begrijpen van uitdagingen

Historische patronen: van maatschappelijkheid naar 'zorgsysteem'

1960-1990	1990-2000	2000-2010	2010-2022
Maatschappelijke zorg Gezondheidszorg heeft maatschappelijk karakter: • Sterke 1^e lijn: huisarts, wijkverpleging, Kruisverenigingen, etc. • Bescheiden en overzichtelijk aantal specialismen in ziekenhuizen	New Public Management Introductie new public management filosofie: • Marktprikkels (efficiëntie) • Bedrijfsmatige aansturing/managementlagen • Bureaucratisering & controle • Toenemende fragmentatie, scheiding van taken, specialisatie • Regionalisering, o.b.v. planningsmanagement	Hervorming zorgstelsel Nieuw zorgstelsel vanaf 2006, meer focus op marktdenken en IT ('zorgsysteem'): • Opkomst bedrijfsconsultants • Scheiding denken (manager) vs. doen (zorgprofessionals) • Taakgericht werken (bv. casemanagement dementie) • Aanpassingen AWBZ: maatschappelijke zorg in WMO en bij GGD	Transformatie behoefte • Zorginfarct! We lopen vast in structuren en patronen • Het moet anders: "verandering van tijdperken in plaats van tijdperk van verandering" (Jan Rotmans) • Start transitieprogramma's: Passende Zorg, IZA, etc.

IZA is hoopvol maar versterkt mogelijk ongunstige patronen

IZA speerpunten en hun impact op historische patronen

Regionale focus

- Om implementatie te sturen, wordt regionale focus gekozen. Met regiobeelden/ -plannen.
- Hierdoor wordt afstand tot lokale initiatieven groot. Leidt tot top-down aanpak, vanuit organisatiebelang. Minder professional betrokkenheid.
- Winst zit vooral in de buurten/ wijken. Regiosamenwerking kan hooguit helpen om grotere knelpunten aan te pakken.

Samenwerking

- Samenwerking kan effectief zijn zolang het vanuit de inhoud en cliëntbehoefte is.
- Onze ervaring is dat in samenwerkingen organisatiebelang leidend zijn. Vooral dat van ziekenhuizen.
- Gevolg: onnodig veel tijd kwijt aan afstemming/ coördinatie. Meer management/ controle, minder directe zorg. Bureaucratie.

Digitalisering

- Inzet van digitale zorg kan leiden tot arbeidsbesparing. Echter: de effectiviteit is nog onduidelijk.
- Volgens ons is er ook veel 'zinloze' tech. Wat het primaire proces in deelstapjes opknipt.
- Professionals werken hierdoor meer taakgericht. Leidt tot 'transactionele geneeskunde' en inefficiëntere/ duurdere zorg.

Agenda

- 1 Onze kijk op de uitdagingen
- 2 **Ons transitieplan**
- 3 Implementatieplan
- 4 Maatschappelijke business case

Met onze transitie zetten we in op andere patronen

Van organisatiegericht zorgsysteem...

Gefragmenteerd systeem

Opsplitsing van activiteiten/ meer specialisten

Focus op cure

Transactionele zorg

Efficiënt en taakgericht werken

Hiërarchische scheiding van denken/ doen

Focus op patiënttevredenheid

...Naar maatschappelijke zorg

Zorg is integraal, holistisch en cliëntvolgend

Vereenvoudiging door integratie van activiteiten

Beweging naar preventie

Relationele zorg

Aandacht voor uitkomsten

Zelfsturing/ autonomie voor professionals

Vergroten oplossend vermogen cliënt en netwerk

Visie en onderliggende thema's van ons transitieplan



Visie: De buurt als ecosysteem voor maatschappelijke zorg. Zorg in de buurt. Kleinschalig, eenvoudig, en integraal. Vanuit de mens en samen met netwerken. Vertrouwen en verbondenheid als basis.

Thema's



Preventie mindset

Hoe versterken we zelfredzaamheid en informeel netwerk, met focus op gezondheid?



Integrale 1^e lijn

Hoe verbeteren we verbinding en samenwerking tussen 1^e-lijn professionals?



Behandeling dichtbij

Hoe zorgen we voor specialistische behandeling en revalidatie in de buurt?



Zorgzame buurt

Hoe richten we buurten in om sociale verbondenheid en gezondheid te stimuleren?



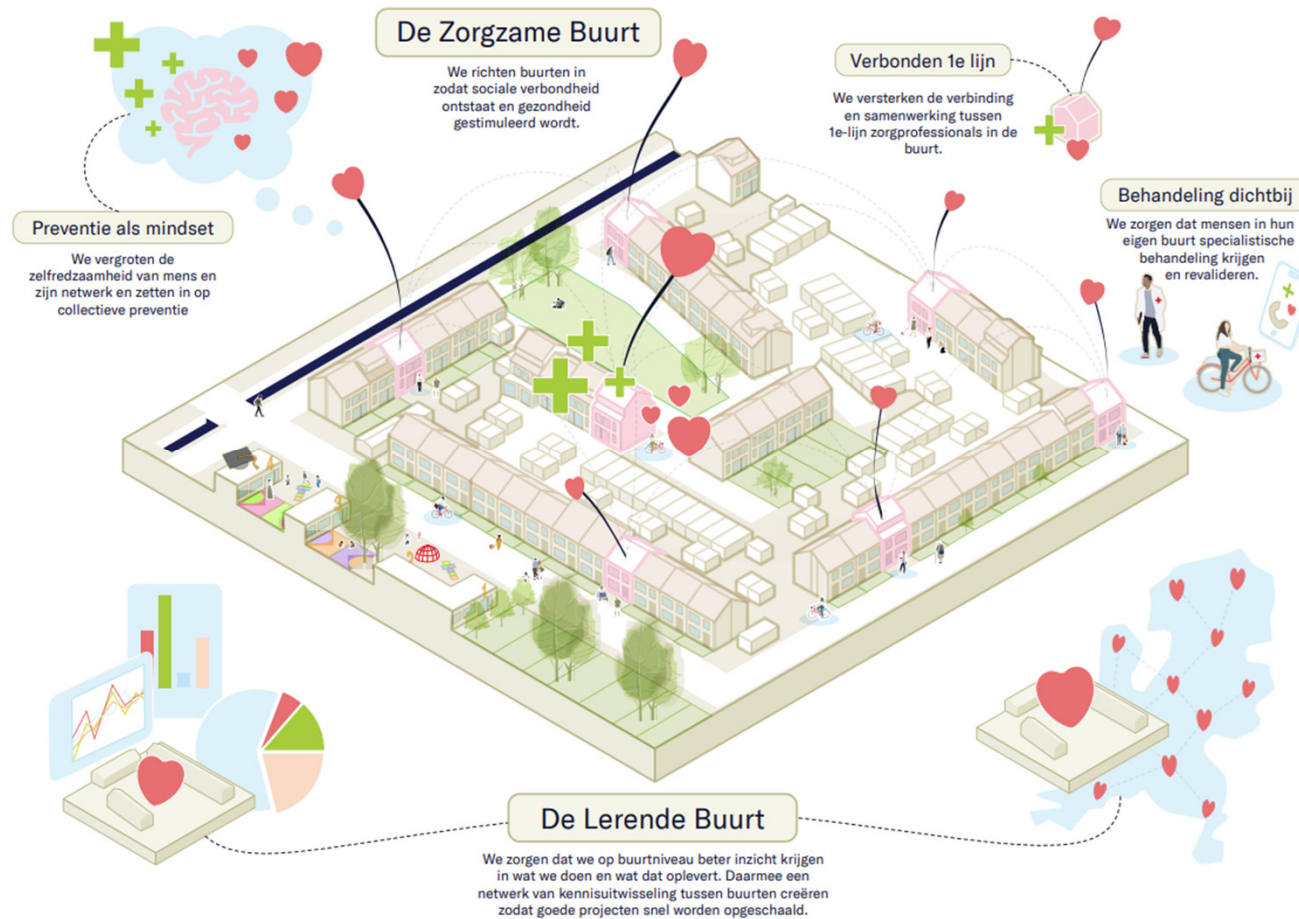
Lerende buurt

Hoe zorgen we dat buurten meer inzicht krijgen in wat ze doen en wat dat oplevert?

Overkoepelend thema

*Overkoepelend thema*₁₀

Ons toekomstbeeld van de transitie



Thema preventie als mindset



Hoe vergroten we **zelfredzaamheid** van cliënten/
patiënten en versterken we de **rol van het informele
netwerk en burgers**? En hoe zorgen we ervoor dat
professionals hierin een **faciliterende rol** aannemen?

Inhoudelijke uitwerking ‘preventie als mindset’ (1/3)

Thema	Onderwerp	<i>Preventie als mindset: van zorg- naar gezondheidssysteem. Gericht op voorkomen, uitstellen en verkleinen van zorgvraag. En anders omgaan met gezondheidsproblemen.</i>
	Thema expert	<i>[naam lid transitieteam]</i>
Doelgroep	Cliënten met kwetsbaarheid die kort- en langdurige zorg nodig hebben. En: burgers die nog niet in zorg zijn.	
Thema doelstelling	Ondersteunen zorgprofessionals en burgers om anders om te gaan met gezondheidsproblemen. Met focus op versterking van de rol van informele netwerken en burgers bij het oppakken van hulpvragen.	
IZA doelstelling	• <i>Verminderen zorggebruik in Zvw:</i> door minder inzet van wijkverpleging en huisarts per cliënt/ patiënt. • <i>Vrijspelen capaciteit zorgpersoneel:</i> door minder professionele inzet, meer vrijgespeelde capaciteit.	
Methodiek	Positieve gezondheid, sociale benadering, reablement en duurzame inzetbaarheid van informele netwerken zijn in dit thema het uitgangspunt. We volgen een parallelle aanpak: <i>Preventie mindset zorgprofessionals – interventies vanuit formeel netwerk:</i> • Stap 1: creëren bewustwording over toekomstige rol: webinars gericht op reflectie op eigen handelen (taak-/aanbodgericht) en op preventie mindset, versterking informeel netwerk, community rol. De wvpk krijgt een andere rol: spilfunctie in de buurt/ wijk, verbinding zoeken met welzijnsorganisaties en andere netwerken in buurt/ wijk (voorliggend veld), focus op preventie, tijd krijgen om andere/ praktische dingen te doen. • Stap 2: ontwikkelen en integreren interventies, benaderingen, werkwijzen in het primaire proces. ...	

Inhoudelijke uitwerking 'preventie als mindset' (2/3)

Methodiek (vervolg)

- ...Vervolg stap 2: mogelijk in te zetten interventies: holistische verkenning over langere periode (i.p.v. indicatiestelling op 1 moment): met nieuw instrumentarium kijken naar familie, netwerk, hobby's, coping strategieën, inzet arbeidsbesparende zorgtechnologie, etc. Meer tijd voor professionals om familie-/netwerkgesprekken te doen – bv. sociale benadering van dementie, reablement, ACP, Eigen Kracht Centrale. Investeren in opbouwwerk door professionals voor netwerk mobilisatie. Voorlichting voor risicogroepen.
- Stap 3: verankeren interventies/ benaderingen in opleiding & scholing: van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Via voorlichting, training en coaching. Ontwikkeling leergang preventie als mindset (evt. i.s.m. Educared).
- Stap 4: doorvertalen interventies naar ketenoverstijgende standaarden met wijkverpleging en huisartsen.

Preventieve mindset burgers – initiëren, faciliteren en versterken burgers (vooral hier ligt de winst):

Buurtburgers die willen bijdragen, moeten worden uitgenodigd door zorgprofessionals en geschikt zijn. Professionals hebben belangrijke rol in het faciliteren van burgers door kennis te delen, verantwoordelijk te maken en te coachen. We zoeken hierin expliciet de verbinding met de gemeenten en welzijnsorganisaties.

- Stap 1: We zetten een preventiehub op door een online kennisplatform te ontwikkelen. Hier bieden we informatie over gezondheid en vitaliteit, waardoor burgers kennis en vaardigheden kunnen opdoen. Daarnaast geven huisartsen/wijkverpleegkundigen voorlichting aan burgers en netwerken.
- Stap 2: opzetten initiatieven voor gezond gedrag. Zie initiatieven Collectieve Preventie (Leyden Academy). Bv. vitality club: gezamenlijke sportactiviteit met professionals. Met deze initiatieven vergemakkelijken om gezonde gedragskeuzes te maken (bv.:meer gezonde voeding in supermarkten,.meer bewegingsplekken).
- Stap 3: stimuleren van informele netwerken om preventieve rol op te pakken. Professionele begeleiding van informele netwerken (bv. dorpsondersteuner Austerlitz). Evt. i.s.m. ledenverenigingen van alliantiepartners.

Inhoudelijke uitwerking 'preventie als mindset' (3/3)

Relevante stakeholders	• Burgers: in de lead om preventie lokaal vorm te geven. • Welzijnsorganisaties/ gemeenten: voor versterking en ondersteuning van burgerparticipatie • Huisarts, wijkverpleging • Technologie leveranciers
Randvoorwaarden	Ontwikkeling scholing en opleiding. Compensatie verleturen professionals voor ontwikkeling en uitvoering preventie activiteiten (o.a. voorlichting). Inzet zinvolle technologie. Gemeente als partner voor stimuleren gezond gedrag.
Verwachte impact	Zie begeleidende brief bij de business case. Thema's 'preventieve als mindset', 'zorgzame buurten' en 'lerende buurt' hebben we samengenomen in de lijn 'samen zorgzaam' - de impact hiervan is op voorhand moeilijk te kwantificeren. Niettemin verwachten we op termijn impact op (dit monitoren we komende jaren): • Minder ureninzet per client wijkverpleging. • Minder instroom in wijkverpleging door versterking rol van burgers en informele netwerken. • Minder huisartsen- en ziekenhuiszorg. Door preventieve wijkverpleging. • Minder verloop en verzuim. Door variatie in het vak, andere/ uitdagende taken, aantrekkelijk vak. • Andere positieve effecten burgers, cliënten, buurten (bv. minder eenzaamheid, langer zelfstandig wonen).
Monitoring	Wijkverpleging: gem. ureninzet per client per jaar (abs.), instroom per jaar (% t.o.v. totaal start), gem. verloop (%), gem. verzuim (%) Overige zorgketen: # SEH bezoeken, # HAP bezoeken, # consulten per patiënt

Monitoringsplan 'preventie als mindset'

	Indicatoren	Databron	Frequentie	Actiehouder
 Adoptie door buurt	Praktische veranderingen • # geïnccludeerde cliënten • # gestarte interventies • # trainingen: # gevolgd • Ervaringen professionals	• Buurtnetwerk (via interviews) • Educared	NNB	Buurtnetwerk
 Kwaliteit	Gezondheidswinst en patiëntervaring • Zelfredzaamheid • Mantelzorgbelasting • Burger-/cliëntervaring	• Vragenlijst NNB • Vragenlijst NNB • NPS vragenlijst	Start (baseline), eind voor pilot	Buurtnetwerk
 Effectiviteit	Zvw zorggebruik en inzet zorgprofessionals • # wvpk ureninzet per cliënt • # cliënten instroom Zvw wvpk • # SEH/ HAP/ HA consulten per patiënt • % verloop, % ziekteverzuim	• Verzekeraarsdata • Verzekeraarsdata • Verzekeraarsdata • Alliantiepartners	Start (baseline), eind voor pilot	Buurtnetwerk/ lerende buurt/ research coalitie

Thema integrale 1^e lijn



Hoe verbeteren we de **verbinding** en **samenwerking** tussen **1^e-lijn professionals** om zo preventief en proactief te kunnen handelen?

Inhoudelijke uitwerking 'integrale 1^e lijn' (1/4)

Thema	Onderwerp	<i>Integrale 1^e lijn: van ziekte naar gezond gedrag</i>
	Thema expert	<i>[naam lid transitieteam]</i>
Doelgroep	In principe alle patiënten in een huisartsenpraktijk, maar vooral patiënten/ burgers met kwetsbare gezondheid.	
Thema doelstelling	Inzetten op proactieve, preventieve 1e lijn met focus op preventie, gezondheidsbevordering en gedragsverandering. Door betere samenwerking binnen 1e lijn inclusief sociaal domein. Met dit thema beogen we invulling te geven aan de Visie Eerstelijnszorg 2030 van VWS.	
IZA doelstelling	• <i>Verminderen zorggebruik in Zvw:</i> door minder consumptie van huisartsenzorg per patiënt. • <i>Vrijspelen capaciteit zorgpersoneel:</i> door minder inzet van huisartsenzorg per patiënt.	
Methodiek	De 1e lijn speelt een cruciale rol in het signaleren en aanpakken van gezondheidsproblemen. Deze problemen ontstaan door leefstijlpatronen, sociaal-economische omstandigheden (buurt/ wijk en werk), generationele en culturele overdracht van potentiële gezondheidsproblemen. Voor het duurzaam beïnvloeden van gezond gedrag speelt vertrouwensrelatie met professionals een belangrijke rol. Onderzoek laat ook zien dat een goede relatie met de huisarts en andere 1^e lijns professionals leidt tot minder doorverwijzingen en SEH bezoeken. Om deze vertrouwensrelatie te ontwikkelen, is een overzichtelijke 1e lijn met beperkt aantal professionals dat persoonlijke verbondenheid met de buurt heeft essentieel. Daarom beogen we in de 1e lijn rollen en taken te combineren en integreren om preventief en effectief te werken. Ook beogen we de samenwerking...	

Inhoudelijke uitwerking 'integrale 1^e lijn' (2/4)

Methodiek (vervolg)

... tussen 1e professionals te verbeteren om zo communicatie en coördinatie problemen te verminderen.

Integrale 1e lijn behelst de huisarts, wijkverpleging maar ook fysio- en ergotherapie voor mobiliteit en zelfredzaamheid, maatschappelijk werk voor sociale problematiek, GGZ voor mentale gezondheid en verslavingszorg, Jeugdzorg voor jeugdproblematiek, en apothekers. Voor preventie werken we samen met sociale wijkteams en GGD. In de eerste fase stellen we voor om te focussen op betere samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige.

In dit thema hanteren we een aantal uitgangspunten (voor de eerste fase):

- **Van ziekte naar gezond gedrag:** we zien op dit moment dat vooral de huisartsenzorg steeds meer focust op specialistische zorg, terwijl deze zich meer moet richten op preventie. Doordat de huisarts en wijkverpleging de populatie goed kennen kan er meer preventief ingespeeld worden op potentiële gezondheidsproblemen. Relevante gezondheidsthema's worden vertaald naar buurt-/wijkinterventies & programma's (o.a. wandelgroepjes, zelfmanagement). Afhankelijk van de thema's wordt er samengewerkt met relevante 1e lijns disciplines & sociaal domein. In consultvoering wordt aandacht besteed aan coaching o.b.v. positieve gezondheid, ACP, zelfredzaamheid, inzet informele netwerken.
- **Effectieve, aantrekkelijke praktijk:** om van ziekte naar gezond gedrag te gaan, moeten we in alle buurten/ wijken een vaste huisarts (i.p.v. waarnemer) hebben. De bereidheid onder jonge huisartsen om praktijk over te nemen wordt o.a. bepaald door schaalgrootte en werkdruk. Kleinschalige, compacte praktijken met beperkte registratielast en met nauwe samenwerking met wijkverpleegkundigen en het sociaal domein als uitgangspunt. De werkdruk van de huisarts beogen we te verminderen door de samenwerking in de 1^e lijn te versterken en te kijken hoe registratielast verminderd kan worden. ...

Inhoudelijke uitwerking 'integrale 1^e lijn' (3/4)

Methodiek (vervolg)

... Bijvoorbeeld: de wijkverpleegkundige vult de rol van POH-er in. Voor diverse doelgroepen kan de wijkverpleegkundige optreden als casemanager om aantal huisartsconsulten te verminderen. Hiermee versterken we de 'oriëntatie op de buurt' in plaats van 'oriëntatie op de praktijk'. Van huisartsenpraktijk naar toekomstbestendige, eerstelijnspraktijk.

- **Populatiemanagement:** om ontwikkelingen op populatieniveau inzichtelijk te maken, worden buurtbeelden en live dashboards ontwikkeld. De dashboards worden gevoed met data van openbare bronnen (bv. CBS, Vektis, gemeenten) en andere bronnen (bv. verzekeraars, huisartspraktijken). Ter inspiratie: datawerkplaats mentale gezondheid Drenthe. Hiermee wordt inzichtelijk gemaakt wat de impact is van buurt-/wijkinterventies & programma's. Deze dashboards worden regelmatig door de huisarts/ wijkverpleegkundige besproken.

De buurt/ wijk die met dit thema aan de slag gaat, doorloopt de volgende stappen:

1. Analyse bestaande situatie: met het buurtbeeld wordt onderzocht hoe de eerste lijn georganiseerd is en welke uitdagingen/ krachten er zijn in de buurt. .
2. Inventariseren wenselijke verbeteringen met betrokken professionals, informele netwerken en burgers. O.a. inzet wijkverpleegkundige als POH-O in de huisartsenpraktijk die een preventieve, proactieve rol kan oppakken in de buurt (preventief omgaan met gezondheidsproblemen). Ontwikkeling van nieuwe werkwijzen en processen.
3. Doorvertalen gewenste verbeteringen qua organisatie/ samenwerking en inhoud naar scholing/ training en concrete interventies en naar noodzakelijke budget (incl. zorgtechnologie).
4. Uitvoeren interventies: als buurtnetwerk echt aan de slag gaan.
5. Monitoren effecten en uitkomsten: samen met stakeholders effecten meten via dashboards.

Inhoudelijke uitwerking 'integrale 1^e lijn' (4/4)

Relevante stakeholders	• Voor de eerste fase: huisarts, wijkverpleging, welzijnsorganisaties, burgers. Evt. tech leveranciers. • Voor vervolgfases: fysio- ergotherapie, GGZ, Jeugdzorg, sociale teams en GGD.
Randvoorwaarden	Uitwerking praktische werkwijze/ samenwerking met huisarts en wijkverpleging. Kwalitatief hoogwaardige data dashboards voor 'populatiemanagement', uitwerking hoe te gebruiken in de praktijk. Indien nodig: compensatie voor huisarts voor inzet wijkverpleegkundige in de praktijk. Ook compensatie voor verleturen professionals voor ontwikkeling en uitvoering concepten/ interventies/ programma's.
Verwachte impact	In de business case hebben we dit thema en thema 'integrale 1^e lijn' samengenomen in de lijn 'zorgoptimalisatie'. Voor deze lijn hebben we vervolgens geaggregeerd een aantal aannames gedaan op basis van onze praktijkervaring en ambitieniveau: • Wijkverpleging: 20-30% minder ureninzet per cliënt. Door anders om te gaan met zorgvraag. Focus op zelfredzaamheid, netwerkzorg, preventie, buurt-/ populatieaanpak. • Huisartsenzorg: 10-20% minder consulten per patiënt. Door substitutie naar wijkverpleging. • MSZ: 20-30% minder opnames per kwetsbare oudere door behandeling dichtbij. 10-20% kortere ligduur voor kwetsbare ouderen door meer expertise in de buurt/ wijk. • Hiernaast ook impact te verwachten op verloop en verzuim en op praktijkopvolging.
Monitoring	Wijkverpleging: gem. ureninzet per cliënt per jaar (abs.), gem. verloop (%) Overige zorgketen: # SEH bezoeken, # HAP bezoeken, # consulten per patiënt, # praktijken in de buurt met problemen met praktijkopvolging (vs. start)

Monitoringsplan 'integrale 1^e lijn'

	Indicatoren	Databron	Frequentie	Actiehouder
 Adoptie door buurt	Praktische veranderingen • # geïnccludeerde cliënten • # gestarte interventies • Ervaringen professionals	• Buurtnetwerk (via interviews)	NNB	Buurtnetwerk
 Kwaliteit	Gezondheidswinst en patiëntervaring • Cliëntervaring	• NPS vragenlijst	Start (baseline), eind voor pilot	Buurtnetwerk
 Effectiviteit	Zvw zorggebruik en inzet zorgprofessionals • # wvpk ureninzet/ cliënt • % verloop wvpk • # SEH/ HAP/ HA consulten/ patiënt • # praktijken met issues met praktijkopvolging	• Verzekeraarsdata • Alliantiepartners • Verzekeraarsdata • Buurtnetwerk (via interviews)	Start (baseline), eind voor pilot	Buurtnetwerk/ lerende buurt/ research coalitie

Thema behandeling dichtbij



Hoe zorgen we voor **specialistische behandeling** en **revalidatie** thuis of in de buurt? [aanvullen]

Inhoudelijke uitwerking ‘behandeling dichtbij’ (1/3)

Thema	Onderwerp	<i>Behandeling dichtbij: behandelingen in de thuissituatie en in de buurt.</i>
	Thema expert	<i>[naam lid transitieteam]</i>
Doelgroep	Patiënten die nu voor specialistische zorg worden opgenomen in het ziekenhuis (bv. COPD, infuustherapie)	
Thema doelstelling	Ontwikkelen ketenoverstijgende zorgpaden met specialistische expertise ‘zo dichtbij mogelijk’, in de buurt of thuissituatie. Landelijk schaalbare zorgpaden die ziekte-inzicht, eigen regie en zelfmanagement vergroten.	
IZA doelstelling	• <i>Verminderen zorggebruik in Zvw:</i> door minder consumptie van ziekenhuiszorg per patiënt. • <i>Vrijspelen capaciteit zorgpersoneel:</i> door minder inzet van ziekenhuiscapaciteit. • <i>Verminderen zorgvastgoed:</i> door minder ziekenhuisconsumptie minder ziekenhuisbedden/-vastgoed nodig.	
Methodiek	Afgelopen jaren zijn er meerdere initiatieven gestart om ziekenhuisbehandelingen in de thuissituatie of 1e (of anderhalve) lijn i.p.v. in het ziekenhuis te laten plaatsvinden. Dit betreft: medisch-technische behandelingen (bv. infuustherapieën, puncties, wondzorg, kleine ingrepen), monitoring van chronische ziekten zoals COPD, hartfalen, diabetes. Maar ook herstelgerichte zorg binnen GRZ. Doorgaans blijven dit soort initiatieven kleinschalig door huidige structuren en patronen, gebrek aan structurele bekostiging en door tegenstrijdige (organisatie)belangen. Met het transitieplan beogen we deze obstakels weg te nemen. Uitgangspunten in dit thema zijn: patiënten-/ cliëntenperspectief is leidend zijn en de plek van de behandeling is ‘zo dichtbij mogelijk’. Een sterke en integrale 1e lijn met ondersteunende specialisten moet leiden tot een nieuwe (kennis)infrastructuur. ...	

Inhoudelijke uitwerking 'behandeling dichtbij' (2/3)

Methodiek (vervolg)

Samen met stakeholders beogen we landelijk schaalbare, ketenoverstijgende zorgpaden te ontwikkelen. Daar waar mogelijk wordt samengewerkt met reeds gestarte initiatieven. Bv. Altide (een initiatief van Espria), 'Zorg bij Jou' van Santeon - indien gewenst: brengen we hun zorgpaden samen met de werkwijzen van wijkverpleging om de zorgpaden ketenoverstijgend te maken. Uiteraard werken we ook graag samen met regionale (niet-Santeon) ziekenhuizen om gezamenlijk zorgpaden te standaardiseren en landelijk schaalbaar maken. We snappen dat dit een regionale aangelegenheid is maar vanuit de buurten willen we deze beweging wel aanjagen.

Buurten/ wijken die met dit thema aan de slag gaan, volgen de volgende stappen:

1. Inventariseren huidige situatie m.b.t. behandeling dichtbij: evt. gebruikmaken van ziekenhuisdata: welke ziektebeelden of handelingen zitten in de top-10 opnames? Met welke gaan we aan de slag (zie ook regiobeelden/ -plannen)?
2. Ontwikkelen en standaardiseren zorgpaden met alliantiepartners, ziekenhuizen en huisartsen: o.b.v. bestaande kennis en zorgpaden (niet opnieuw het wiel uitvinden)? Mogelijk maken we een bibliotheek/ menukaart met zorgpaden aan waaruit buurten/ wijken kunnen kiezen. Behandeling kan in thuissituatie geboden worden, maar ook in het verpleeghuis of in ELV.
3. Analyseren mogelijke uitbreidingsmogelijkheden van zorgpaden/ interventies: evt. aansluiten bij ontwikkelingen met Zorg bij Jou of andere (tech) innovaties. Inspiratie uit internationale voorbeelden.
4. Realiseren voorwaarden voor kennis/ capaciteit in de buurt/ wijk en benodigd budget: hoe zorgen we voor noodzakelijke kennis/ capaciteit i.s.m. ziekenhuizen/ huisartsen? Hoeveel € middelen nodig?
5. Uitvoeren zorgpaden: behandeling dichtbij aanbieden.
6. Monitoring effecten: wat is het effect op zorgconsumptie in wijkverpleging, huisarts en ziekenhuis?

Inhoudelijke uitwerking ‘behandeling dichtbij’ (3/3)

Relevante stakeholders	• Wijkverpleging, huisartsen, verpleegkundig specialisten • Ziekenhuizen • Intramurale/ transmurale VVT (GRZ/ ELV). Evt. wijkziekenhuis en herstelkliniek. • Patiënten met chronische ziekten die regelmatig opgenomen worden
Randvoorwaarden	Nauwe, constructieve samenwerking met medisch specialisten en huisartsen (vertrouwen in elkaars expertise). Kennis en capaciteit beschikbaar om behandeling dichtbij te leveren. Specialistische expertise op afstand beschikbaar om mee te kijken (monitoring). Compensatie voor betrokkene professionals voor inzet behandeling dichtbij.
Verwachte impact	In de business case hebben we dit thema en thema ‘integrale 1^e lijn’ samengenomen in de lijn ‘zorgoptimalisatie’. Voor deze lijn hebben we vervolgens geaggregeerd een aantal aannames gedaan op basis van onze praktijkervaring en ambitieniveau: • Wijkverpleging: 20-30% minder ureninzet per cliënt. Door anders om te gaan met zorgvraag. Focus op zelfredzaamheid, netwerkzorg, preventie, buurt-/ populatieaanpak. • Huisartsenzorg: 10-20% minder consulten per patiënt. Door substitutie naar wijkverpleging. • MSZ: 20-30% minder opnames per kwetsbare oudere door behandeling dichtbij. 10-20% kortere ligduur voor kwetsbare ouderen door meer expertise in de buurt/ wijk. • Hiernaast ook impact te verwachten op verloop en verzuim en op praktijkopvolging.
Monitoring	Wijkverpleging: gem. ureninzet per cliënt per jaar (abs.) Huisarts: # visites per patient, # consulten per patiënt (geen hypothese hierbij) Ziekenhuis: per doelgroep (bv. COPD) # SEH bezoeken, # opnames, gem. ligduur per patiënt.

Monitoringsplan 'behandeling dichtbij'

	Indicatoren	Databron	Frequentie	Actiehouder
 Adoptie door buurt	Praktische veranderingen • # zorgpaden gestart • # cliënten/ pt geïnccludeerd • Ervaringen professionals	• Buurtnetwerk (via interviews)	1x per kwartaal	Buurtnetwerk
 Kwaliteit	Gezondheidswinst en patiëntervaring • Klachten ontwikkeling • Patiëntervaring	• Vragenlijst afh. van zorgpad • NPS vragenlijst	Start (baseline), einde zorgpad	Buurtnetwerk
 Effectiviteit	Zorgconsumptie en inzet professionals • # wvpk ureninzet/ cliënt • # HA visites en consulten/ patiënt • # SEH/ opnames/ ligduur per patiënt	• Verzekeraarsdata	Start (baseline), einde 1jr na uitvoering	Buurtnetwerk/ lerende buurt/ research coalitie

Overkoepelend thema zorgzame buurt



Hoe richten we buurten in om **sociale verbondenheid** en **gezondheid** te **stimuleren**?

Inhoudelijke uitwerking ‘zorgzame buurt’ (1/3)

Thema	Onderwerp	<i>Zorgzame buurt: samen voor elkaar.</i>
	Thema expert	<i>[naam lid transitieteam]</i>
Doelgroep	Alle burgers in deelnemende buurten	
Thema doelstelling	Versterken sociale verbondenheid in de buurt/ wijk door aanpassingen in infrastructuur en door ‘verbindende’ werkwijzen.	
IZA doelstelling	Dit thema is overkoepelend en draagt bij aan het realiseren van de impact van de overige thema’s. We verwachten door dit thema de informele netwerken te versterken. Ondersteuning van mantelzorgers vanuit burgers zodat zij langer voor de kwetsbare naasten kunnen zorgen en minder professionele zorg nodig is.	
Methodiek	Sociale verbondenheid in de buurt/ wijk versterken we door inzet op 2 onderdelen: 1. Aanpassingen in infrastructuur: wat helpt mensen om elkaar te ontmoeten en/ of (mantel/informele/formele) zorg in hun omgeving te ontvangen? a. <i>Realiseren ontmoetingsplekken:</i> bv. buurthuis, gemeenschappelijke ruimte, buurttuinen, dementievriendelijke buurten, Alzheimer cafe. Afhankelijk van visie op de buurt/ woonzorgvisies. b. <i>Faciliteren reden tot ontmoeting:</i> ontmoetingsplekken zijn niet voldoende. Burgers moeten reden hebben om elkaar te ontmoeten, bv. gedeelde hobby of hetzelfde gezondheidsprobleem (diabetes, mobiliteit/rollator). Het fysieke contact zorgt ervoor dat burgers meer voor elkaar willen doen. Bv. samen koken en eten, bij elkaar klusjes rond huis doen, de hond van de ander uitlaten als het even niet gaat, meegaan met ziekenhuisbezoek, etc.	

Inhoudelijke uitwerking 'zorgzame buurt' (2/3)

Methodiek (vervolg)

2. **Verbindende werkwijzen, patronen, interventies:** welke interventies leiden tot meer verbinding in de buurt?
 - a. *Vanuit burgers, vrijwilligers/ mantelzorgers:* het versterken van lotgenotencontacten door mensen aan elkaar te verbinden die dezelfde problemen hebben. Bv. iemand die voor een stoma naar het ziekenhuis moet, verbinden aan iemand die het proces al heeft doorgemaakt. En ook groepsvoorlichting aan mensen die in dezelfde soort situaties zitten: cursus voor familieleden over hoe om te gaan met dementie, sociale benadering etc. Het opzetten van voorzorgcirkels in elke buurt. Gebruik maken van eenvoudige apps waardoor men op laagdrempelige wijze hulp kan vragen en hulp kan bieden. Dit gaat uit van het principe dat er in Nederland veel vitale 65 plussers zijn die best eens een handje willen helpen in de buurt. Als een buurt groot genoeg is dan gaat ook op: vele handen maken licht werk.
 - b. *Vanuit professionals:* hier gaat het om netwerkzorg en community building (zie ook thema 'preventie als mindset'). Professionals worden getraind en krijgen handvatten om vrijwilligers/ mantelzorgers en burgers op het juiste moment actief te betrekken in de zorg. Hierdoor vergroot je de verbindingen in en betrokkenheid vanuit de buurt. Voor community building maken we gebruik van de methodieken die we met Leyden Academy en Nederland Zorgt Voor Elkaar ontwikkeld hebben (bv. inzet dorpsondersteuner).

Inhoudelijke uitwerking 'zorgzame buurt' (3/3)

Relevante stakeholders	Nederland Zorgt Voor Elkaar. KBO. Burgers. Gemeenten. Woningcorporaties. Welzijnsorganisaties. Ledenorganisaties.
Randvoorwaarden	Nauwe betrokkenheid van gemeenten in ontwikkeling van plannen voor infrastructurele aanpassingen (wie betaalt dit?). Duidelijkheid rondom rol van verbinder/ dorpsondersteuner.
Verwachte impact	Zie begeleidende brief bij de business case. Thema's 'preventieve als mindset', 'zorgzame buurten' en 'lerende buurt' hebben we samengenomen in de lijn 'samen zorgzaam' - de impact hiervan is op voorhand moeilijk te kwantificeren. Niettemin verwachten we op termijn impact op (dit monitoren we komende jaren): • Minder ureninzet per client wijkverpleging. • Minder instroom in wijkverpleging door versterking rol van burgers en informele netwerken. • Minder huisartsen- en ziekenhuiszorg. Door preventieve wijkverpleging. • Minder verloop en verzuim. Door variatie in het vak, andere/ uitdagende taken, aantrekkelijk vak. • Andere positieve effecten burgers, cliënten, buurten (bv. minder eenzaamheid, langer zelfstandig wonen).
Monitoring	Monitoring op implementatie (# gestarte initiatieven) en ervaringen burgers/ professionals.

Monitoringsplan 'zorgzame buurt'

	Indicatoren	Databron	Frequentie	Actiehouder
 Adoptie door buurt	Praktische veranderingen # initiatieven ontwikkeld # deelnemende burgers	Buurtnetwerk	Elk kwartaal	Buurtnetwerk
 Kwaliteit	Gebruikservaring - Ervaring burgers - Ervaring professionals	NPS vragenlijst	Elke 6 maanden	Buurtnetwerk
 Effectiviteit	n.v.t.			

Overkoepelend thema lerende buurt



Hoe stimuleren we **kennisoverdracht binnen en tussen buurten**? En hoe zorgen we dat buurten **meer inzicht** krijgen in wat ze **doen** en wat dat **oplevert**?

Inhoudelijke uitwerking 'lerende buurt' (1/3)

Thema	Onderwerp	<i>Lerende buurt</i> : landelijk leernetwerk met buurten/ wijken. Gericht op uitwisseling van kennis en ervaringen binnen en tussen buurten/ wijken.
	Thema expert	[naam lid transitieteam]
Doelgroep	Alle burgers van deelnemende buurten. Mogelijk wel NL-breed.	
Thema doelstelling	Vergroten collectieve kennis bij deelnemende buurten en externe stakeholders over gezondheid en over interventies en uitkomsten.	
IZA doelstelling	Hoewel geen directe link met IZA doelstellingen, is het in lijn met de geest van IZA en passende zorg. Door onderling te leren en reflecteren en best-practices over te nemen, kunnen buurten de zorg effectiever maken en onnodige zorg voorkomen.	
Methodiek	In het transitieplan wordt de kennisoverdracht op verschillende manieren gefaciliteerd: • Formele route: Professionals delen kennis <u>met elkaar</u> door maandelijkse intervisies. Hierin wordt het buurtbeeld, uitkomstendashboard, de ingezette interventies en de ervaringen met elkaar doorgenomen. De intervisies leveren 1-2 keer per jaar een buurtverslag op. Deze wordt met de buurtbewoners gedeeld. De professionals delen praktische kennis <u>met de buurt</u> via een platform. Dit is bedoeld om vaardigheden aan te leren voor meer zelfredzaamheid, eigen regie en netwerkzorg. Daarnaast zijn professionals actieve kennisdelers door burgers en vrijwilligers/mantelzorgers te trainen en te coachen. • Informele route: cliënten/ patiënten, vrijwilligers/ mantelzorgers en burgers worden ingezet om andere burgers te ondersteunen om kennis en vaardigheden te ontwikkelen. Bv. ouderen die elkaar lesgeven en ondersteunen bij praktische zaken. Om de inzet van ervaringsdeskundigheid te vergroten.	

Inhoudelijke uitwerking 'lerende buurt' (2/3)

Methodiek (vervolg)

- Data-gedreven kennisoverdracht binnen en tussen buurten:
 - Uitwerking buurtbeeld ('nulmeting'): uitgewerkte regiobeelden worden doorvertaald naar een buurtbeeld door het buurtnetwerk. Kenmerken van de buurt worden in kaart gebracht (bv. zorgconsumptie, socio-demografische data, SES, etc.). Op basis hiervan worden de lokale uitdagingen (maar ook krachten) geformuleerd en de buurtagenda met thema's & plannen opgesteld - met welke van de thema's en concrete plannen gaan we aan de slag. Het buurtbeeld is meteen ook de nulmeting/ basis van het uitkomsten dashboard. Buurtzorg heeft in 2020 zo'n buurtbeeld met succes ontwikkeld voor 10 gemeenten (G10 project), dit kan als inspiratie dienen.
 - Ontwikkeling uitkomsten dashboard: met dit dashboard beogen we de impact van de plannen en initiatieven inzichtelijk te maken voor de buurt zelf en voor andere buurten. Zo leren we welke interventies wat voor uitkomsten genereren. En kunnen we buurten met vergelijkbare uitdagingen maar andere uitkomsten aan elkaar koppelen. Hiermee faciliteren we een leernetwerk tussen de buurten. Bedoeling is dat het buurtnetwerk elke 2 maanden eigen dashboard doorneemt (ze hebben ook toegang tot de dashboards van andere buurten). Op totaalniveau houdt het transitieteam de voortgang bij. Buurten die impact hebben, krijgen podium om 'best practices te delen en inspiratie te bieden. Het dashboard moet visueel aantrekkelijk, bruikbaar (relevant voor burgers en professionals) en gebruiksvriendelijk zijn. In dit dashboard moeten openbare en niet-openbare databronnen geïntegreerd worden, bv. zorgverzekeraarsdata in 1e en 2e lijn, gemeentedata over wmo gebruik.

Inhoudelijke uitwerking 'lerende buurt' (3/3)

Relevante stakeholders	Leveranciers voor ontwikkeling kennisplatform en trainingen i.s.m. professionals. Verzekeraars, data analyse leverancier en BZ betrokken bij ontwikkeling uitkomsten dashboard. Nauwe samenwerking met onderzoekscoalitie (waarin meerdere universiteiten en onderzoeksinstellingen zijn betrokken).
Randvoorwaarden	Ontwikkeling kennisplatform voor burgers en trainingen door professionals. Ontwikkeling uitkomsten dashboard vereist medewerking van verzekeraars en gemeenten om data te delen.
Verwachte impact	Zie begeleidende brief bij de business case. Thema's 'preventieve als mindset', 'zorgzame buurten' en 'lerende buurt' hebben we samengenomen in de lijn 'samen zorgzaam' - de impact hiervan is op voorhand moeilijk te kwantificeren. Niettemin verwachten we op termijn impact op (dit monitoren we komende jaren): • Minder ureninzet per client wijkverpleging. • Minder instroom in wijkverpleging door versterking rol van burgers en informele netwerken. • Minder huisartsen- en ziekenhuiszorg. Door preventieve wijkverpleging. • Minder verloop en verzuim. Door variatie in het vak, andere/ uitdagende taken, aantrekkelijk vak. • Andere positieve effecten burgers, cliënten, buurten (bv. minder eenzaamheid, langer zelfstandig wonen).
Monitoring	Uitkomsten dashboard per buurt: de uitkomstindicatoren van gekozen thema's hierin opgenomen. Hiernaast: monitoring op implementatie (# modules/ trainingen) en ervaringen burgers/ professionals.

Monitoringsplan 'lerende buurt'

	Indicatoren	Databron	Frequentie	Actiehouder
 Adoptie door buurt	Praktische veranderingen - kennisplatform ontwikkeld: # modules, # gebruikers # trainingen - uitkomsten dashboard ontwikkeld: # buurtbeelden,, # 2-maandelijkse sessies, # best-practices	- Leverancier kennisplatform - Buurtnetwerk & transitieteam - Data analyse leverancier/ verzekeraars/ gemeenten	Elke maand na start	Buurtnetwerk & transitie
 Kwaliteit	Gebruikservaring - Ervaring burgers - Ervaring buurtwerken/ professionals	NPS vragenlijst	Elke 6 maanden	Buurtnetwerk & transitieteam
 Effectiviteit	n.v.t.			

Met menukaart laden we deze thema's met bewezen plannen

Noodzaak voor snelle start

- We hebben slechts 3 jaar de tijd om resultaten te laten zien.
- Dus belangrijk dat buurten/ wijken snel aan de slag gaan met de transitie. En zo snel mogelijk het transitieplan implementeren.

Menukaart als katalysator

- Om de implementatie te versnellen, stellen we menukaart met bewezen plannen/ initiatieven op voor elk thema.
- Dit zijn plannen met aantoonbare impact op doelmatigheid, kwaliteit en efficiency. Ter inspiratie.
- We halen deze plannen op bij deelnemende partners en uit de wetenschappelijke literatuur.

En dan actie!

- Buurten/ wijken krijgen bij start deze menukaart aangeboden.
- Ze hoeven dan niet opnieuw het wiel uit te vinden. En kunnen direct aan de slag.
- Ze kiezen met welke plannen ze starten. Leggen evt. contact met initiatiefnemers of andere buurten/ wijken die ook ermee starten
- En dan: executie, executie, executie!

Agenda

- 1 Onze kijk op de uitdagingen
- 2 Ons transitieplan
- 3 **Implementatieplan**
- 4 Maatschappelijke business case

Ons implementatieplan bestaat uit meerdere onderdelen

A



Plan van aanpak

Wat doen we wanneer? Met welke/ hoeveel buurten starten we? Hoe kiezen we de 'juiste' buurten?

B



Governance

Wat is een effectieve governance voor deze transitie? Zonder zelfsturing van buurtnetwerken te ondermijnen

C

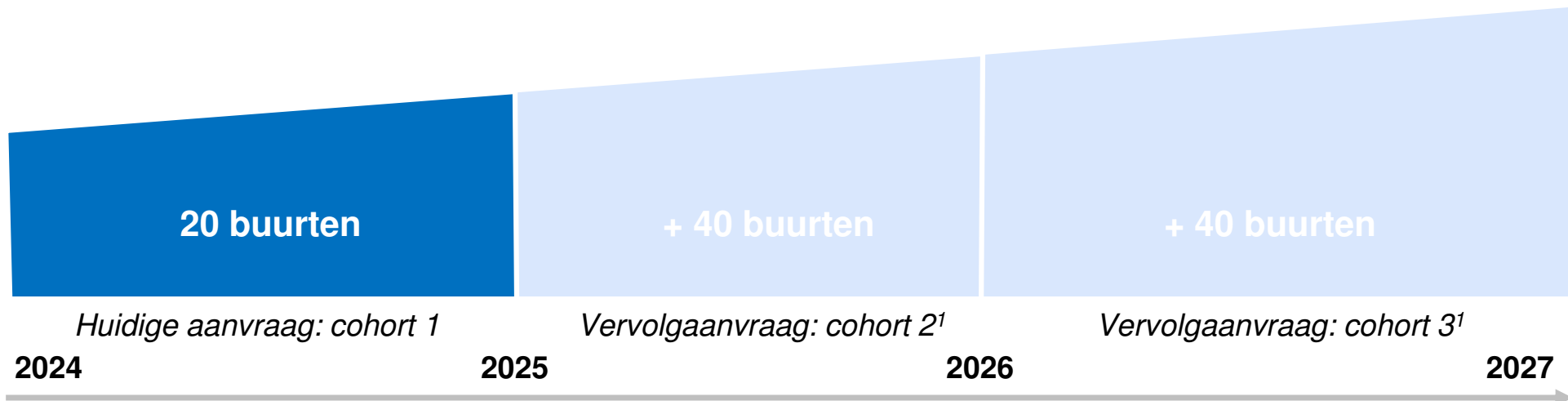


Deelnemende partners

Met welke partners gaan we aan de slag in deze transitie? Wie doet wat en met wie?

Onze ambitie 2024-27: stapsgewijze transitie in 100 buurten

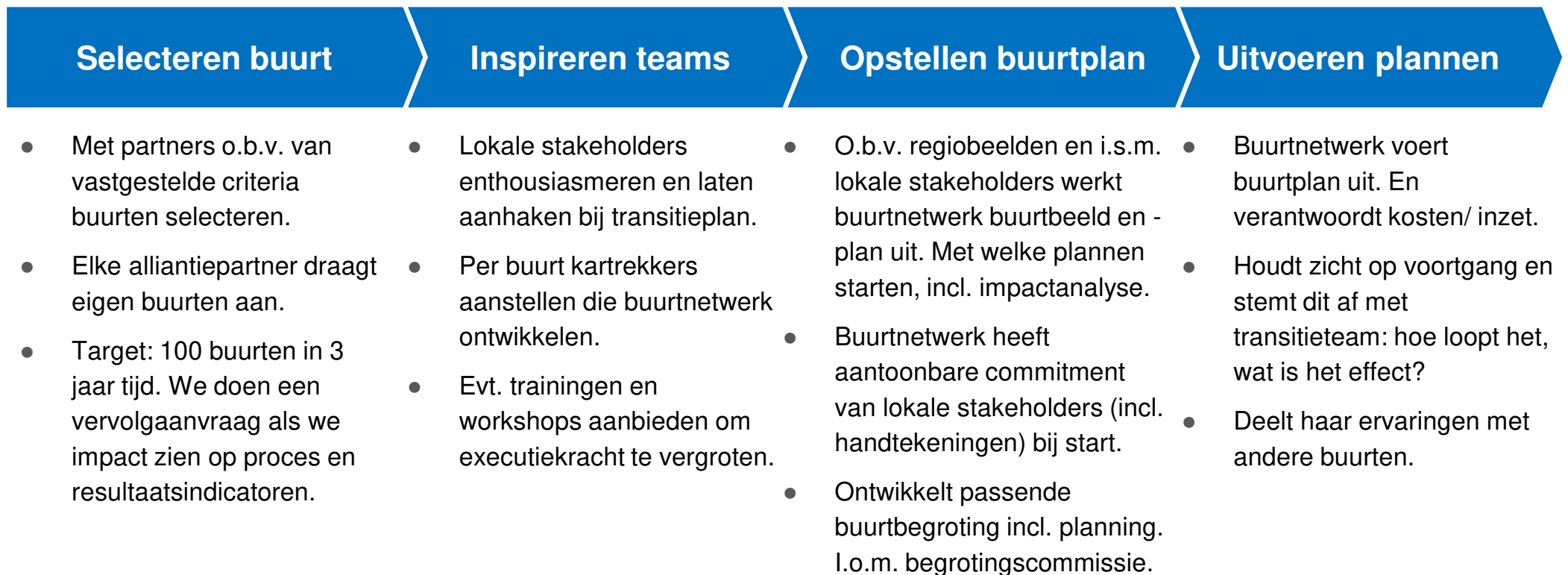
We starten met 20 buurten maar de ambitie is om uit te breiden naar 100 buurten binnen 3 jaar



1) Opschaling naar meer buurten is pas nadat eerste impact in de eerste 20 buurten zichtbaar is. Bij zichtbare impact volgen vervolgaanvragen die versneld beoordeeld worden.

De buurten volgen een stapsgewijs proces bij uitvoering

Uitvoeringproces per buurt



We hanteren criteria voor selectie van de ‘juiste’ buurt

Om de transitie te laten slagen is het belangrijk om zorgvuldig de buurten/ wijken te selecteren. We hebben de criteria van een ‘ideale buurt/ wijk’ in kaart gebracht. Deze criteria nemen we expliciet mee in de selectie van de buurten/ wijken.

Criteria	Toelichting
✓ Enthousiaste 1 ^e lijns professionals	Professionals (incl. buurtbewoners) zijn enthousiast over de transitie. Alignment op visie en thema's. Ze staan open voor verandering.
✓ Betrokken burgers	Sociaal netwerk in de buurt/ wijk is goed georganiseerd. Met burgers die betrokken zijn bij en actief zijn in het oppakken van zorgvragen.
✓ Goede samenwerking in de keten	Wijkverpleging werkt al goed samen met de HA, sociaal domein en evt. ziekenhuis. Professionals weten elkaar makkelijk te vinden.
✓ >50% marktaandeel deelnemers	De wijkverpleging alliantie heeft in de gekozen buurt/ wijk een marktaandeel van >50% heeft. Dit is nodig om impact te hebben.
✓ Duidelijke ‘case for change’	Lokale zorg staat onder druk. Vooral de toegankelijkheid. Professionals zijn actief op zoek naar een alternatief.
✓ Executiekraft in buurtnetwerk	Professionals hebben de tijd en capaciteiten, al dan niet met ondersteuning, om plannen zelf uit te werken en te implementeren.

Voorlopig overzicht van de eerste 20 transitiebuurten

Versie apr-2024

#	Buurt/ wijken	Regio	Alliantiepartner
1	De Vijfhoek	Haarlem	Zorgbalans
2	Kleverpark-Zuid	Haarlem	Zorgbalans
3	Buurt Wijk bij Duurstede	Wijk bij Duurstede	Sante Partners
4	Waterkwartier (Biezen)	Nijmegen	ZZG
5	Buurt Gorinchem	Gorinchem	Rivas
6	Buurt Papendrecht	Papendrecht	Rivas
7	Buurt Son-Breugel	Son-Breugel	Zuizorg
8	Groenewoud	Tilburg	Thebe
9	Buurt Goirle	Goirle	Thebe
10	Buurt Lochem	Lochem	Sensire
11	Oranjebuurt	Bleiswijk	Vierstroom
12	Buurt Wierden	Wierden	Zorgaccent
13	Buurt Emmen	Emmen	Icare/ Espria
14	Zwolle Zuid	Zwolle	Icare/ Espria
15	Buurt Veendam	Veendam	Zorggroep Meander
16	Oude Dorp	Nieuw Vennep	Amstelring
17	Westwijk	Amstelveen	Amstelring
18	Sterrenwijk	Utrecht	Careyn
19	Buurt Haaksbergen	Haaksbergen	Buurtzorg
20	Buurt Bronckhorst	Bronckhorst	Buurtzorg

- Alliantiepartners hebben in apr-24 voorlopig lijst met de eerste 20 transitiebuurten aangeleverd.
- Met deze buurten hebben we een goede verdeling over Nederland te pakken. Een ook een goede SES mix.
- Bij de opschaling in de komende jaren beogen we stapsgewijs op te schalen naar 100 buurten in 2026.
- Deze lijst wordt in aug-24 aangescherpt en voorgelegd aan NLZVE en KBO ter advies. Bedoeling dat we in sept-24 echt starten.

Om commitment te borgen is het buurtnetwerk breed samengesteld

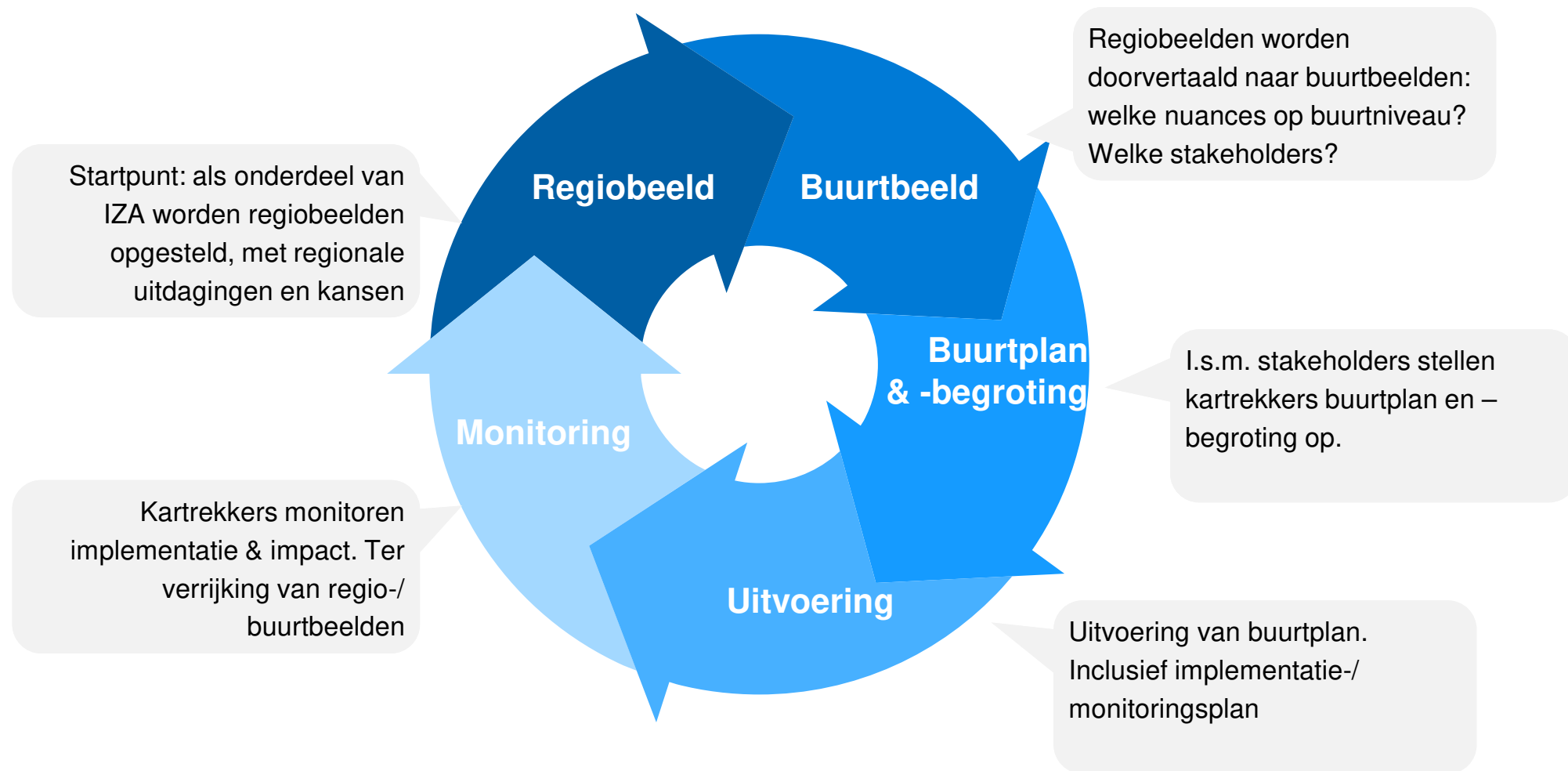
Kartrekkers

- Elk buurtnetwerk krijgt 2 kartrekkers waaronder een wijkverpleegkundige
- De kartrekkers zijn in de lead om het buurtnetwerk te vormen
- De kartrekkers zijn aanpakkers en kennen de buurt en het lokale netwerk goed
- De projectcoördinator (aangesteld vanuit de alliantiepartner) ondersteunt de kartrekkers/ het buurtnetwerk waar nodig

Buurtnetwerk

- Bestaat uit ca. 4-6 leden die in verbinding staan met de buurt en de professionals
 - Beide kartrekkers (waaronder wijkverpleegkundige)
 - Burgervertegenwoordiging
 - Huisartsenpraktijk
 - Sociaal Domein
 - Gemeente
- Ontwikkelt o.b.v. de lokale problemen het buurtplan
- Is verantwoordelijk voor de uitvoering van het buurtplan
- Rapporteert actief over de voortgang en werkt nauw samen met de projectcoördinator en transitiecoach

Regio- en buurtbeelden als basis voor buurtplan



Buurtbeeld vormen we o.b.v. desk research en lokale inzichten

Desk research

- Regiobeeld vertalen naar buurniveau: welke uitdagingen uit de regio gelden ook voor de buurt?
- Het transitieteam bereidt per buurt analyses voor (dashboard), o.b.v. publieke data.
- Dashboard wordt aangevuld door buurtnetwerk.

Inzichten vanuit buurtnetwerk

- Buurtnetwerk gaat ook in gesprek met lokale professionals en buurtbewoners om inzichten uit de data te verrijken.
- Mogelijk leidt dat tot aanvullende, aangescherpte inzichten.

Buurtbeeld¹

- Met bovenstaande input stelt het buurtnetwerk buurtbeeld op:
 - Welke belangrijke uitdagingen zien we in onze buurt?
 - Waarom zijn deze uitdagingen belangrijk?
 - Wat gebeurt er in onze buurt als we deze uitdagingen aanpakken?

1) Het transitieteam stelt hiervoor een standaardformat beschikbaar

Buurtnetwerk stelt vervolgens buurtplan en -begroting op

Proces op hoofdlijnen: buurtplan en -begroting opstellen

1 Buurtplan maken

- Het uitgangspunt is dat elke buurt met alle 5 de thema's aan de slag gaat.¹
- Elk thema heeft een gestandaardiseerd programma van activiteiten (nog in uitwerking)
- Per thema geeft het buurtnetwerk aan hoe het invulling geeft aan de activiteiten.
- Onze inschatting is dat een buurtplan binnen een week opgesteld kan worden.

2 Buurtbegroting opstellen

- Voor elke activiteit worden verwachte kosten begroot²
- Hiervoor is een begrotingsformat beschikbaar
- Er is een begrotingscommissie die de begrotingen beoordeelt en hierin kan meedenken
- Buurtnetwerk stelt in één middag de buurtbegroting op

3 Commitment borgen

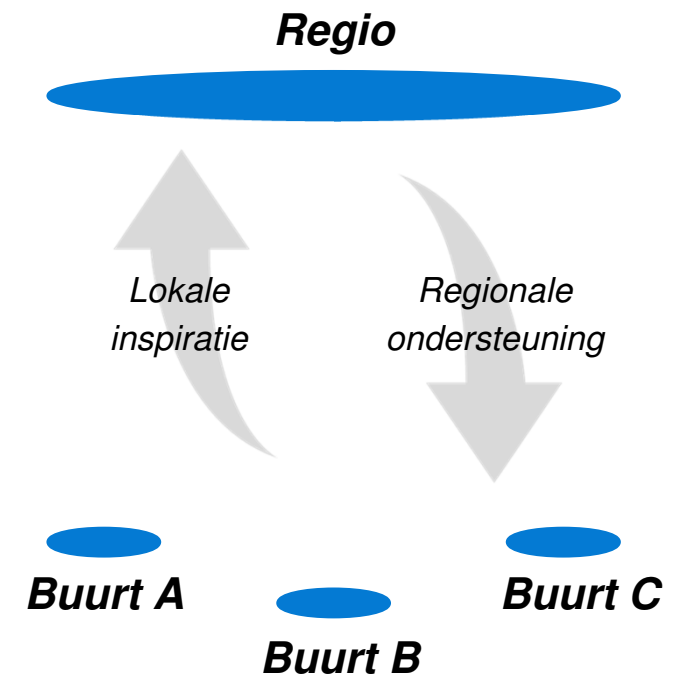
- De buurt vraagt aantoonbaar commitment van de lokale stakeholders
- Handtekeningen op het buurtplan én de buurtbegroting

1) Als een thema niet van toepassing is voor een buurt, dan wordt dit onderbouwd aan het transitieteam. De thema's 'Zorgzame buurt' en 'Lerende buurt' zijn voor elke buurt verplicht. Alle thema's worden in ieder geval verkend als voorbereiding op het opstellen van het buurtplan

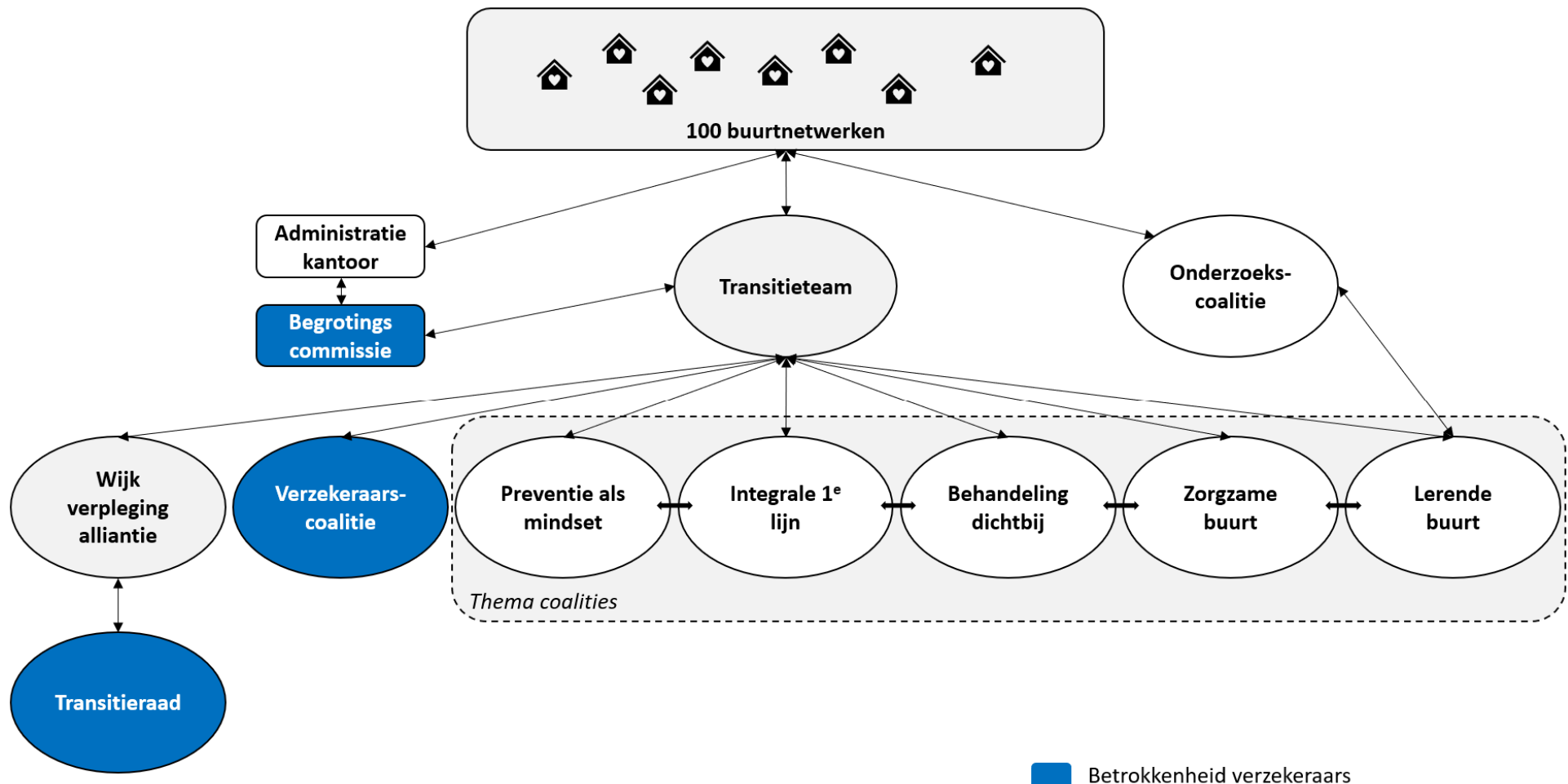
2) Het transitieteam stelt een standaardformat van de begroting beschikbaar..

De buurtagenda als vliegwiel voor regionale aanpak

- In het IZA wordt ingezet op regionale samenwerking om passende zorg te organiseren. Partijen hebben afgesproken om regiobeelden en vervolgens regioplannen op te stellen.
- In ons transitieplan kiezen we ervoor om de buurt als de schaal te nemen. Hiermee maken we de transitie kleinschaliger/ lokaler en meer gedreven vanuit de mens en zijn directe omgeving (bottom-up benadering).
- Zo versterken we buurtnetwerken. Lokale professionals en buurtbewoners gaan met hun uitdagingen zelf aan de slag.
- Onze focus op de buurt staat niet haaks op de IZA regionale aanpak. We zijn overtuigd dat onze focus inhoudelijke invulling geeft aan deze aanpak. We zien nu dat ons transitieplan als inspiratie wordt meegenomen in de regiogesprekken.
- Sterker: het buurtplan kan als vliegwiel fungeren voor veranderingen op regionaal niveau. Maar ook regionale samenwerking kan lokale veranderingen versnellen en buurtnetwerken ondersteunen bij de uitvoering van de plannen.



Governance structuur van het transitieplan¹



1) Wijkverpleging alliantie bestaat uit bestuurlijke afvaardiging van de alliantiepartners. Transitieraad en themacoalities worden nog geladen. Themacoalities zullen bestaan uit experts.

Wijkverpleging alliantie voor transitieplan – 16 aanbieders



Agenda

- 1 Onze kijk op de uitdagingen
- 2 Ons transitieplan
- 3 Implementatieplan
- 4 **Maatschappelijke business case**

Voor uitwerking van de business case volgen we 2 lijnen

De thema's van het transitieplan hebben andere dynamiek en hun impact loopt via andere mechanismen. Om hun impact te duiden, hebben we de thema's globaal langs 2 lijnen ingedeeld. Deze lijnen hangen uiteraard nauw samen.

	Toelichting	Thema's	'Hardere' KPIs	Berekening impact
Lijn 'zorgoptimalisatie'	Dit gaat over andere organisatie van de zorg. O.b.v. bestaande initiatieven. Dus we weten duidelijk hoe de impact loopt.	• Integrale 1^e lijn • Behandeling thuis	Ja. O.b.v. onderzoek en ervaring weten we welke impact te verwachten.	Ja. Deze lijn hebben we doorgerekend in de BuCa.
Lijn 'samen zorgzaam'	Dit is meer een sociaal experiment. Dit levert zeker vroeg of laat baten op. Alleen zijn die vooraf moeilijk te voorspellen & te kwantificeren.	• Preventie mindset • Zorgzame buurten • Lerende buurten	Te grote variatie tussen buurten maakt het lastig om harde KPIs af te spreken.	Niet meegenomen in de BuCa. Nemen we wel mee in monitoring.

Zie begeleidende brief van de Transitieraad

Voor de business case hebben we bredere scope genomen

Uitgangspunten maatschappelijke business case transitieplan (apr-2024)

- ✓ **In BuCa gekeken naar gehele Zvw:** we verwachten impact in de Zvw, en dan vooral in de wijkverpleging, huisartsenzorg en MSZ. Ongetwijfeld is de impact breder; Wlz (o.a. uitstel opname verpleeghuis), Wmo (o.a. minder formele ondersteuning). Om complexiteit te voorkomen, hebben we in BuCa Wlz en Wmo buiten beschouwing gelaten.
- ✓ **Impact doorrekening bij landelijke opschaling:** met de IZA impulsinvestering beogen we komende 3 jaar te gebruiken om de basis te leggen voor landelijke opschaling. En stakeholders een lonkend perspectief te bieden van hoe zorg anders ingericht kan worden als je de buurt & burger centraal zet. We kijken daarom in de BuCa naar de impact als je het plan landelijk opschaaft.
- ✓ **Impact doorrekening in 2033:** om deze landelijke schaal te bereiken en om de impact volledig te laten materialiseren, hebben we tijd nodig. Met 10 jaar weten we zeker dat de impact, in de mate zoals wij die voorspellen, zichtbaar zal zijn.
- ✓ **Resultaat KPI afgesproken met de verzekeraars voor de 20 transitiebuurten in komende 3 jaar:** we hebben met de verzekeraars een resultaat KPI op Zvw wijkverpleging afgesproken. Vergeleken met onze niet-transitiebuurten, verwachten we in de transitiebuurten -15% reductie in ureninzet per client per jaar in Zvw wijkverpleging in 3 jaar tijd te realiseren. Dit is ook opgenomen in het mijlpalenoverzicht van de verzekeraars.

Onderliggende aannames van maatschappelijke BuCa

Aannames

Wijkverpleging

15% minder ureninzet per client per jaar in transitiebuurten vs. niet-alliantiebuurten. Door inzet op informele netwerken, preventie en zelfredzaamheid, en door substitutie naar Wlz en Wmo.

Huisarts

10-20% minder consulten per patient per jaar vs. startpunt in transitiebuurten. Doordat wijkverpleegkundige taken van huisarts en POH overneemt. Door inzet op preventie en zelfredzaamheid in de wijk.

MSZ

20-30% minder opnames per patient in de doelgroep kwetsbare ouderen. 10-20% kortere ligduur voor dezelfde doelgroep. Vs. startpunt in transitiebuurten Door betere doorstroming naar de buurt/ verpleeghuis. Door zelfmanagement. Door monitoring op afstand.

Onderbouwing

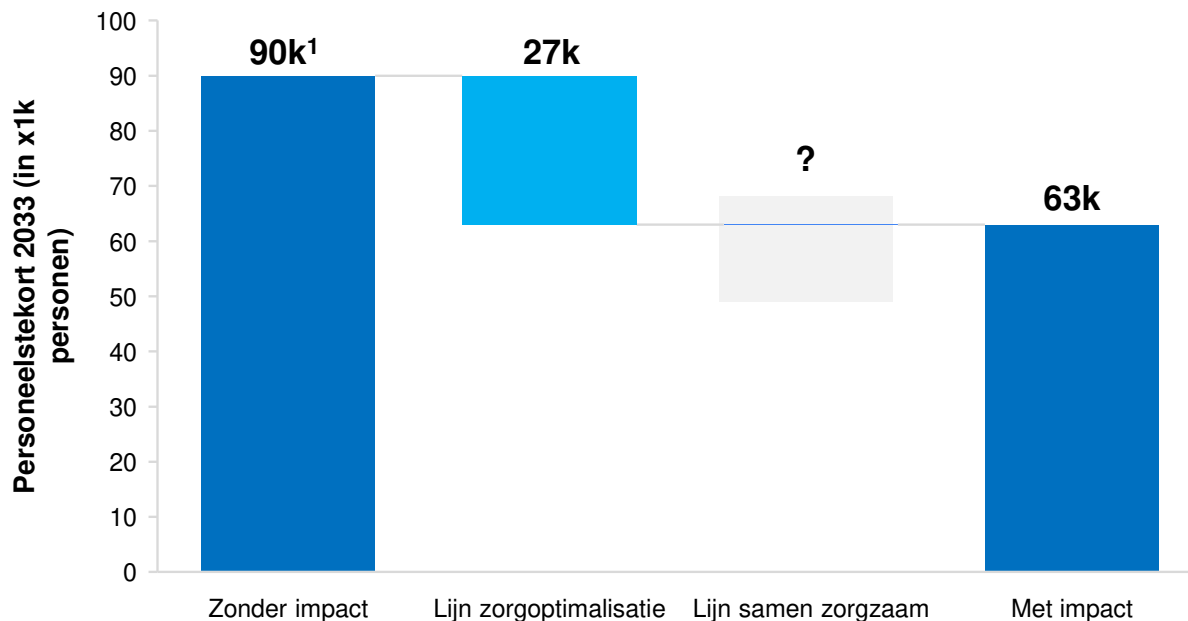
Aannames zijn gebaseerd op een combinatie van:

- **Praktijkervaringen met vergelijkbare projecten.** O.a. collectieve preventie in Buurtzorg. Wijkverpleging in de praktijk in ZuidZorg, thuismonitoring Espria.
- **Wetenschappelijke literatuur en input van experts:** bv. Vilans, Leyden Academy, VU. Zie onderzoeksagenda.
- **Bestuurlijk ambitieniveau:** gezien dubbele vergrijzing moeten we ambitieus zijn!

Zie ook onderliggende excel met BuCa

Bij landelijke opschaling 30% minder personeelstekort in 2033

Verwachte impact transitieplan: 27k minder personeelstekort in 2033 in NL, in x1.000 personen



Toelichting

- Met het transitieplan verwachten we ~30% van het verwachte personeelstekort op landelijk niveau op te vangen.²
- Dit betekent een structurele besparing van ~ €1,5 miljard per jaar vanaf 2033.^{3,4}
- Mogelijk is dit impact groter, omdat we de effecten van de lijn 'samen zorgzaam' niet hebben meegenomen in de BuCa.

Zie de bijgevoegde excel voor uitwerking business case incl. onderbouwing

1) Tekort heeft alleen betrekking op Zvw sectoren: MSZ (37k), huisartsen (6k), wijkverpleging (47k). Niet meegenomen Wlz: verpleging & verzorging (52k).

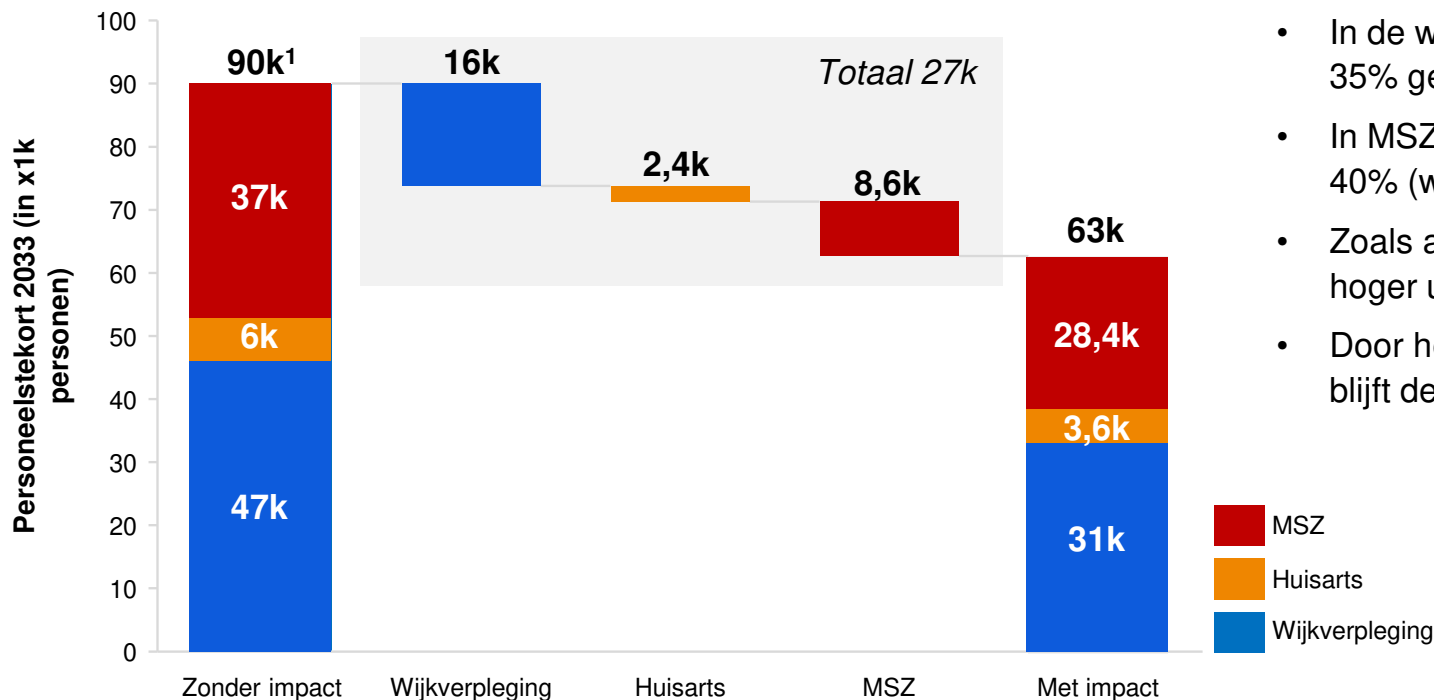
2) Deze analyse is gebaseerd op productieve uren. Gezien de complexiteit zijn de niet-productieve uren hierin niet meegenomen. Zie ook de excel met BuCa voor toelichting

3) Geschatte eurowaarde per FTE per jaar: € 90K. 4) We hebben hier gekeken naar totale Zvw zorgconsumptie.

Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn. Analyse wijkverpleging alliantie.

Dit personeelstekort wordt vooral verkleind in wijkverpleging

Impact op verwacht personeelstekort in 2033 in NL per zorgsector, in x1.000 personen



Toelichting

- In de wijkverpleging wordt het tekort met bijna 35% gereduceerd.²
- In MSZ is dat 23%. En in de huisartsenzorg zo'n 40% (wel lager aantal)
- Zoals aangegeven kan de impact mogelijk nog hoger uitvallen.
- Door het verminderen van het personeelstekort blijft de zorg (Zvw) toegankelijk.

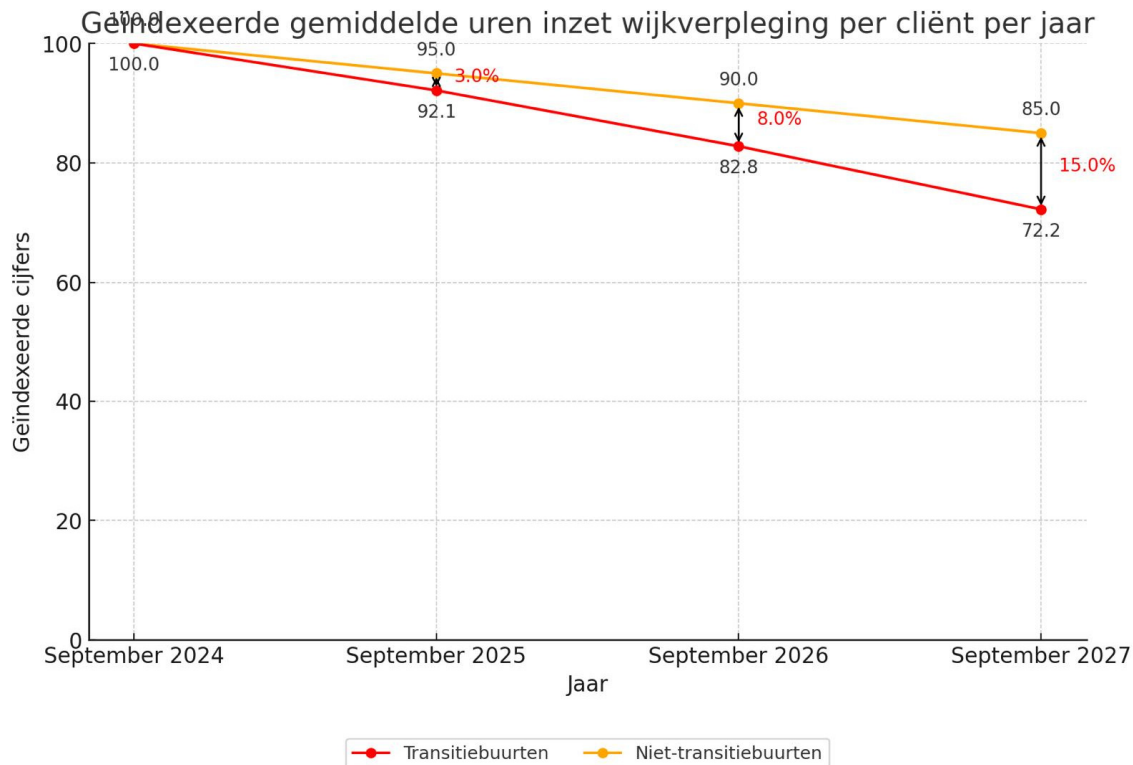
1) Tekort heeft alleen betrekking op Zvw sectoren: MSZ (37k), huisartsen (6k), wijkverpleging (47k). Niet meegenomen Wlz: verpleging & verzorging (52k).

2) Deze analyse is gebaseerd op productieve uren. Hierin zijn de niet-productieve uren niet meegenomen. Zie ook de excel met BuCa voor toelichting

Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn. Analyse wijkverpleging alliantie.

Verwachte impact wijkverpleging: -15% in 3 jaar tijd

Verwachte ontwikkeling ureninzet per client jaar transitiebuurten vs. niet-transitiebuurten (2024=index)



Toelichting

- Door met geïndexeerde cijfers te werken, vergelijken we de trends met elkaar (difference-in-difference methode). Uitgangspunt: startpunt tussen de buurten moet redelijk gelijk zijn.
- Over 3 jaar tijd verwachten we in de transitiebuurten ~15% reductie in ureninzet per client per jaar, vs. niet transitiebuurten.
- Omdat de landelijke trend ~5% reductie in wijkverpleging ureninzet laat zien, is onze ambitie fors te noemen.
- We hebben resultaat KPIs opgenomen in het mijlpalenoverzicht.

Bron: mailwisseling met bestuurders ZK en VGZ juni-2024.

De buurt als ecosysteem voor maatschappelijke gezondheidszorg

Op naar een transitie in de zorg... 