



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

## **Verslag indicatorenset Missie 2: Toegang tot zorg**

Auteurs: Ellen de Hollander, Suzanne Pees (Centrum Voeding,  
Preventie en Zorg, RIVM)

## Inhoudsopgave

Inleiding — 3

Methode — 6

Aanbeveling indicatorenset missie 2 'Toegang tot zorg' — 8

Overleg Ministerie van VWS — 10

Besluit indicatorenset missie 2 'Toegang tot zorg' — 11

Bijlage 1. Verslag interviews experts missie 2 'Toegang tot zorg' — 12

## Inleiding

### **Topsectorenbeleid Gezondheid en Zorg heeft vijf missies**

In het kader van het vernieuwde Topsectorenbeleid van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat (EZK) heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), op verzoek van EZK, in 2019 missies opgesteld (Tekst box 1). De centrale missie gaat over het langer leven in goede gezondheid, waarbij specifieke aandacht is voor het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Daaronder vallen vier missies die ieder aangrijpen op de achterliggende aspecten van de centrale missie: leefstijl en leefomgeving (missie 1), kwaliteit en toegankelijkheid van zorg (missie 2), participatie van mensen met een chronische ziekte (missie 3), en kwaliteit van leven van mensen met dementie in het bijzonder (missie 4)<sup>1</sup>. Deze missies geven richting aan de activiteiten van de topsectoren (inclusief de sleuteltechnologieën) in de komende jaren, zoals beschreven in de Kennis- en Innovatieagenda 2020-2023<sup>2</sup>. De eerste van deze vier missies heeft een tijdshorizon tot 2040, de andere drie tot 2030. Voor dit verschil in tijdshorizon is gekozen omdat het meerdere jaren kan duren voordat het gezondheidseffect in missie 1 zichtbaar wordt, en dus ook in de centrale missie. Bij de andere drie missies kunnen effecten naar verwachting eerder behaald worden.

### **RIVM zet de Monitor missies Gezondheid en Zorg op**

In de VWS-begroting 2020 staan de missies opgenomen zoals geformuleerd in het document 'Missies voor het topsectoren- en innovatiebeleid'<sup>2</sup> en de 'Kennis- en Innovatieagenda 2020-2023 gezondheid en zorg'<sup>1</sup> van Topsector Life Sciences & Health (LSH). Omdat deze missies in de VWS-begroting zijn opgenomen zullen deze in de jaarverslagen van een goede monitor moeten zijn voorzien. Daarnaast is gewenst gedurende de looptijd van de missies de voortgang op de realisatie van de doelstellingen te kunnen raadplegen, bijvoorbeeld ter ondersteuning van de Secretaris Generaal in zijn rol van lid van het 'Top team Life Sciences & Health'.

Om de voortgang van de vijf missies Gezondheid en Zorg te monitoren heeft het ministerie van VWS de opdracht aan het Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gegeven om tot een set van ongeveer 20 landelijke uitkomstindicatoren (hierna: indicatoren; Tekst box 2) te komen. Deze set van indicatoren wordt ontsloten op de webpagina [Monitor missies Gezondheid en Zorg](#).

### **Leeswijzer**

In dit document is beschreven hoe indicatoren zijn geïnventariseerd en welke stappen er zijn genomen om tot een selecte set van indicatoren te komen. De aanbeveling is besproken met de betrokkenen van het ministerie van VWS om tot een besluit te komen over de op te nemen indicatorenset voor missie 2 'In 2030 wordt zorg 50% meer (of vaker) in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) georganiseerd, samen met het netwerk rond mensen'. De beperkte set van indicatoren

<sup>1</sup> Gezondheid en Zorg: Missiedocument; Ministerie VWS, 2019

<sup>2</sup> Gezondheid & Zorg, Kennis- en Innovatieagenda 2020-2023: Vitaal functionerende burgers in een gezonde economie; Health Holland; 2019

zal niet het hele werkveld van de missie dekken, maar geeft een indicatie van de voortgang op de missie en/of op relevante onderwerpen binnen de missie.

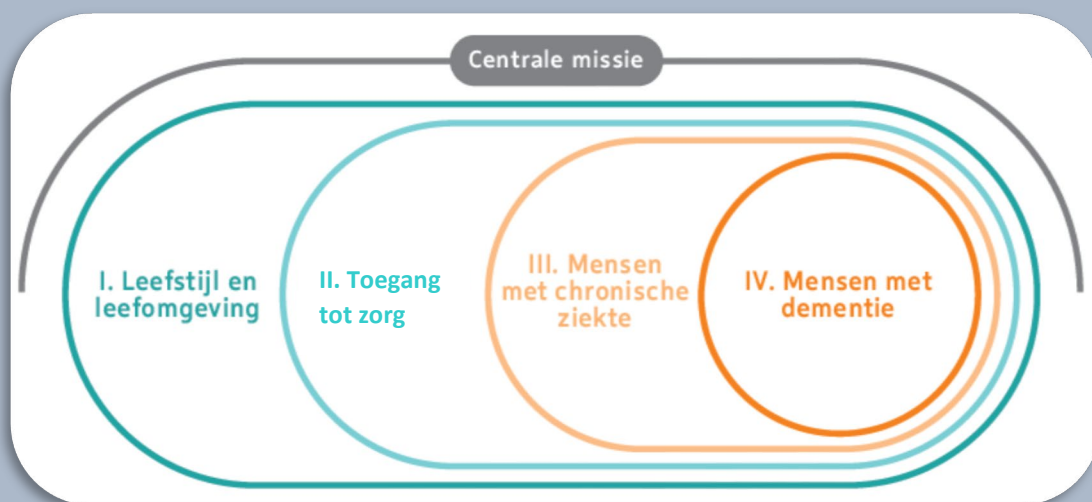
### Tekst box 1. Missies Gezondheid en Zorg

Centrale missie:

- CM. In 2040 leven alle Nederlanders tenminste vijf jaar langer in goede gezondheid, en zijn de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen met 30% afgenomen.

Missies:

- I. In 2040 is de ziektelast als gevolg van een ongezonde leefstijl en ongezonde leefomgeving met 30% afgenomen.
- II. In 2030 wordt zorg 50% meer (of vaker) in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) georganiseerd, samen met het netwerk rond mensen.
- III. In 2030 is van de mensen met een chronische ziekte of levenslange beperking het deel dat naar wens en vermogen kan meedoen in de samenleving met 25% toegenomen.
- IV. In 2030 is de kwaliteit van leven van mensen met dementie met 25% toegenomen.



## **Tekst box 2. Definitie uitkomstindicator**

Een *uitkomstindicator* geeft informatie over de uitkomst (effectiviteit) van gezondheids- en omgevingsbeleid en geleverde zorg. De indicator verwijst bijvoorbeeld naar de gezondheidstoestand, het gedrag of kenmerken van de omgeving die aan een interventie of beleidsmaatregelen toe te schrijven zijn.

Voorbeelden van *uitkomstindicatoren* zijn:

- % volwassenen dat rookt
- % 75 plussers met een goede kwaliteit van leven
- % patiënten dat tevreden is met de geleverde zorg
- Jaargemiddelde fijnstof in de lucht

Een dergelijke indicator zegt dus niets over de handelingen (proces) die daartoe hebben geleid. Dit zijn zogenoemde *procesindicatoren*.

Voorbeelden van *procesindicatoren* zijn:

- Aantal scholen met het vignet Gezonde School
- Aantal initiatieven van vernieuwende woonzorgvormen bij ouderen

## Methode

Er is een aantal stappen doorlopen om tot een voorstel te komen voor een beperkte set van indicatoren die de missies meten. De stappen worden hieronder toegelicht.

### **Uitgangspunt: per missie 2 tot 10 indicatoren**

Allereerst is in overleg met het ministerie van VWS een verdeling van het aantal indicatoren per missie gemaakt.

De centrale missie is helder geformuleerd en makkelijker te vatten in een beperkte set indicatoren dan de andere missies. Omdat onder missie 1 de meeste onderwerpen vallen (Tekst box 1), is er voor gekozen de meeste indicatoren aan deze missie toe te bedelen. Bij de selectie van indicatoren is uit gegaan van de volgende verdeling:

- Centrale Missie: +/- 2
- Missie 1: +/- 10
- Missie 2: +/- 5
- Missie 3: +/- 5
- Missie 4: +/- 5

### **Inventarisatie indicatoren door interviews met experts**

Om geschikte indicatoren voor missie 2 'Toegang tot zorg' te identificeren zijn zestien experts<sup>3</sup> geïnterviewd die werkzaam zijn op het gebied van deze missie. Tijdens de interviews is ingegaan op de interpretatie van de missie om het gesprek in te leiden en inzicht te krijgen in welke aspecten van belang zijn ten aanzien van het meten van de missie. Deze aspecten zijn meegewogen in het advies voor een indicatorenset. Vervolgens is ingegaan op welke onderwerpen voor deze missie relevant zouden zijn, en welke indicatoren daarvoor gemeten zouden moeten worden. Sommige experts raadden aan om bestaande monitors te bekijken voor passende indicatoren op de door hen genoemde onderwerpen. Deze zijn meegenomen in de inventarisatie. In Bijlage 1 zijn de gesprekken samengevat.

### **Selectie van indicatoren**

Uit de inventarisatie kwamen 57 indicatoren. Omdat het lastig was om voor deze veelomvattende missie concrete criteria op te stellen om indicatoren te selecteren is eerst een gesprek met het ministerie van VWS gevoerd om te bepalen waar de focus moet liggen.

### ***Stap 1. Aanscherping focus aan de hand van input ministerie van VWS***

Met een aantal betrokkenen van het ministerie van VWS<sup>4</sup> is bepaald welke onderwerpen prioriteit verdienen binnen deze missie. Dat zijn:

1. substitutie
2. e-health
3. langer thuis

<sup>3</sup> Carolien van den Brink, Henriette Giesbers, Hanneke Drewes, Peter Paul Klein, Anita Suijkerbuijk, Simone de Bruin, Fatiha Baâdoudi (RIVM), Ingrid Seinen, Wouter Hobbelink, Thesra Hilde-Olde Scheper, Hanneke Starmans-van Galen (NZA), Randy Poelman (ZIN), Mark Nielen (NIVEL), Laura Voorrips, Rik Schürmann, Agnes de Bruin (CBS).

<sup>4</sup> Valentin Neevel, Caroline Baan, Rafael Lizanzu, Myrte Tjoa (MEVA), Adriaan Brouwer (Z), Nienke Zwennes (I&Z), Joline de Rijt (DMO).

Substitutie gaat om het vervangen en verplaatsen van zorg waarbij de afhankelijkheid van ziekenhuiszorg en andere instellingen wordt verminderd. De achterliggende gedachte is dat dit leidt tot een kostenbesparing en dat het voor de patiënt fijner is om zorg dicht bij huis te krijgen. Dit betreft met name curatieve zorg.

E-health is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren. E-health toepassingen (o.a. e-consulten, telefonische consulten, thuismonitoring) kunnen voor verschillende doeleinden worden ingezet zoals het verplaatsen van zorg naar de eigen leefomgeving, bevorderen van eigen regie en voorkomen van zorg.

Bij langer thuis is de achterliggende gedachte dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen, waarbij ondersteuning, (langdurige) zorg en de woning aansluit bij hun persoonlijke behoeften.

### **Stap 2. Selectiecriteria indicatoren**

Uit de inventarisatie zijn vijf indicatoren geselecteerd (Tabel 1) die voldoen aan de volgende criteria:

1. *Onderwerp (ja/nee)*: de indicator zegt iets over: substitutie, e-health of langer thuis
2. *Korte termijn effecten (ja/nee)*: de indicator moet korte termijn effecten (een verandering in levering van zorg) in kaart brengen.
3. *Relevant (ja/nee)*: de indicator representeert iets substantieels en het verwijst naar iets waar veel patiënten, thuiswonende ouderen of uitvoerenden mee te maken hebben. Het is relevant tav het organiseren van zorg in de eigen leefomgeving en/of verbeteren van de efficiëntie van zorg.
4. *Validiteit (ja/nee)*: de indicator meet op correcte wijze het fenomeen dat de indicator wenst te meten. De indicator meet niet allerlei andere fenomenen zoals (verschillen in) kenmerken van de doelgroep. Er is in de wetenschappelijk literatuur een duidelijke relatie aangetoond tussen de indicatorscore en (aspecten van) zorg, of een dergelijke relatie is plausibel.
5. *Gevoeligheid (ja/nee)*: de gevoeligheid is hoog als deze kleine veranderingen in de tijd kan detecteren. Als de gevoeligheid laag is, zullen veranderingen pas gemeten kunnen worden als deze groot zijn.
6. *Beïnvloedbaarheid (ja/nee)*: dát wat de indicator meet, kan beïnvloed worden door het handelen van de Rijksoverheid, gemeentelijke overheden of organisaties. Zij hebben mogelijkheden om structuren of processen waarnaar de indicator verwijst, te veranderen. De bruikbaarheid is laag als de indicator niet beïnvloed wordt, als in alle situaties al optimaal gepresteerd wordt of als er te veel obstakels zijn om de betreffende structuren of processen te verbeteren.
7. *Meetbaarheid<sup>5</sup> (ja/nee)*: de indicator is goed meetbaar en wordt naar verwachting in de toekomst met dezelfde methode op basis van dezelfde bron gemeten, zodat trends gevolgd kunnen worden.

<sup>5</sup> Bij het criteria meetbaarheid kan het voorkomen dat het wel meetbaar is, maar dat de cijfers (nog) niet openbaar zijn. Deze indicatoren worden wel meegenomen in het advies met de kanttekening dat de cijfers *nog niet* beschikbaar zijn.

## Aanbeveling indicatorenset missie 2 'Toegang tot zorg'

In Tabel 1 staat de aanbevolen set van vijf indicatoren beschreven. Per indicator zijn kort de voor- en nadelen beschreven.

*Tabel 1 Indicatoren per onderwerp*

Onderwerp	Indicator	Teller	Noemer	Rationale	Nadeel
Substitutie	1. Substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg per subgroep (bijvoorbeeld COPD)	nvt	nvt	De indicator wordt voor de Staat VenZ ontwikkeld en zal goed de verplaatsing van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg weergeven. Tijdens de ontwikkeling van deze indicator zal kritisch worden gekeken hoe tweedelijnszorg wordt verplaatst naar eerstelijnszorg aan de hand van zorginhoudelijke gegevens (Bijlage 1)	De indicator is in ontwikkeling en zal nog gevuld moeten worden.
	2. Percentage verwijzingen van huisarts naar tweedelijnszorg (medisch specialist) binnen een subpopulatie (bijv. diabetici)	Aantal verwijzingen naar medisch specialistische zorg binnen een subpopulatie (bijv. diabetici)	Aantal personen binnen een subpopulatie (bijv. diabetici)	De indicator is een proxy voor substitutie van tweedelijns naar eerstelijnszorg, waarbij wordt aangenomen dat een daling in de indicator verplaatsing van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg weergeeft. Deze indicator is beschikbaar voor diabetes en zou voor andere subpopulaties berekend kunnen worden op basis van bestaande data.	Voor andere subpopulaties dan diabetes zou bij bijvoorbeeld Vektis gevraagd moeten worden dit te berekenen.
E-health	3. Percentage zorgverleners dat aangeeft dat reguliere zorgprocessen (deels) worden vervangen door digitale processen	Aantal zorgverleners dat aangeeft dat reguliere zorgprocessen (deels) worden vervangen door	Totaal aantal zorgverleners	De indicator geeft vervanging van zorg weer door e-health toepassingen. Dit past bij het onderwerp substitutie van zorg en geeft daarmee weer dat er meer zorg in de eigen leefomgeving wordt ontvangen. Deze indicator komt in de 'E-healthmonitor 2021-2023' <sup>2</sup> . De eerste gegevens worden in 2022 verwacht en	De data worden dit jaar verzameld en komen in 2022 beschikbaar. De e-healthmonitor loopt tot en met 2023. Vanuit VWS zal moeten worden bepaald of en hoe deze monitor wordt vervolgd.



Onderwerp	Indicator	Teller	Noemer	Rationale	Nadeel
		digitale processen		zijn beschikbaar voor de volgende zorgdomeinen: Eerstelij, tweedelij, GGZ, ouderenzorg, zorg voor mensen met een (verstandelijke) handicap.	
	4. Percentage patiënten, cliënten en bewoners dat aangeeft door digitale toepassingen minder gebruik te maken van (reguliere) zorg	Aantal patiënten, cliënten en bewoners dat aangeeft door digitale toepassingen minder gebruik te maken van (reguliere) zorg	Totaal aantal patiënten, cliënten en bewoners	De indicator geeft weer of door e-health toepassingen meer zorg kan worden voorkomen (door bijvoorbeeld therapietrouw en zorggerelateerde preventie), waardoor druk op instellingen kan worden verlicht. Deze indicator komt in de 'E-healthmonitor 2021-2023' <sup>2</sup> . De eerste gegevens worden in 2022 verwacht en zijn beschikbaar voor de volgende zorgdomeinen: Eerstelij, tweedelij, GGZ, ouderenzorg, zorg voor mensen met een (verstandelijke) handicap.	De data worden verzameld in dit jaar en komen in 2022 beschikbaar. De e-healthmonitor loopt tot en met 2023. Vanuit VWS zal moeten worden bepaald of en hoe deze monitor wordt vervolgd.
Langer thuis	5. Percentage 75-plussers dat ondersteuning en zorg naar eigen zeggen goed geregeld krijgt	75 plussers die bij zes of meer levensgebieden <sup>1</sup> aangeven "niet méér of andere hulp of hulpmiddelen nodig te hebben; het gaat goed".	Totaal aantal 75 plussers in panel	De indicator is een voorwaarde voor langer thuis wonen. Wanneer ouderen de zorg en ondersteuning goed geregeld krijgen wordt verondersteld dat zij langer thuis kunnen wonen. De data worden structureel verzameld in mijnkwaliteitvanleven.nl en worden gepubliceerd in de Monitor Langer thuis.	Als de Monitor Langer Thuis stopt, zullen nieuwe afspraken gemaakt moeten worden met de Patiëntenfederatie voor het verstrekken van deze cijfers t.b.v deze Monitor missies Gezondheid en Zorg.

<sup>1</sup>Levensgebieden: Gaan en staan, Huishouden, Rol vervullen, Tijd besteden, Rondkomen van inkomen, Sociale contacten, Persoonlijke verzorging, Werk, en Cursus/opleiding.

<sup>2</sup>E-health monitor 2021-2023 is in opdracht van het ministerie van VWS opgezet door het RIVM in samenwerking met het Nivel en het National eHealth Living Lab (NeLL)

## Overleg Ministerie van VWS

De aanbevolen indicatorenset (Tabel 1) is voorgelegd aan de betrokkenen van het Ministerie van VWS<sup>4</sup>. Vanwege hun input is er een aantal aanpassingen gedaan aan de indicatorenset. De overwegingen daarbij worden hieronder beschreven.

Tijdens het overleg is ter sprake gekomen dat het in kaart brengen van verplaatsing van zorg in de volle breedte (tweedelijnszorg, eerstelijnszorg, zorg uit het sociale domein, zorg op vrijwillige basis) wenselijk is, maar dit is te complex om in kaart te brengen. Desondanks blijft het voor beleid interessant om te monitoren of er in bepaalde subpopulaties, zoals COPD en hart- en vaatziekten, tweedelijnszorg wordt verplaatst naar eerstelijnszorg. Daarom is er voor gekozen om de eerste indicator 'Substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg per subgroep (bijvoorbeeld COPD)' in de monitor op te nemen. Aan de ontwikkeling van deze indicator wordt gewerkt door NIVEL, ZIN, NZA en CBS zodat deze indicator opgenomen kan worden op de Staat van Volksgezondheid en Zorg. De tweede indicator 'Percentage verwijzingen van huisarts naar tweedelijnszorg (medisch specialist) binnen een subpopulatie (bijv. diabetici)' wordt niet meegenomen, omdat het eigenlijk een uitwerking van de eerste indicator is.

Omdat de topsectoren zich voornamelijk richten op technologische toepassingen en er behoefte was om informatie op te nemen over secundaire en tertiaire preventie, zelfredzaamheid en shared decision making is er voor gekozen om twee extra indicatoren uit de E-health monitor op te nemen. Naast de indicatoren 'Percentage zorgverleners dat aangeeft dat reguliere zorgprocessen (deels) worden vervangen door digitale processen' en 'Percentage patiënten, cliënten en bewoners dat aangeeft door digitale toepassingen minder gebruik te maken van (reguliere) zorg' (Tabel 1) worden ook de indicatoren 'Percentage patiënten, cliënten, bewoners en zorgprofessionals dat gebruikt maakt van shared decision making ondersteund door digitale toepassingen' en 'Percentage patiënten, cliënten en bewoners dat aangeeft door E-health beter voor zichzelf te kunnen zorgen' opgenomen.

De laatste indicator 'Percentage 75-plussers dat ondersteuning en zorg naar eigen zeggen goed geregeld krijgt' is gekozen omdat dit een voorwaarde is om langer (zelfstandig) thuis te kunnen wonen en een link heeft met kwaliteit van zorg.

## Besluit indicatorenset missie 2 'Toegang tot zorg'

In overleg met betrokkenen van het ministerie van VWS<sup>4</sup> is besloten de volgende indicatoren op te nemen in de [Monitor Missies Gezondheid en Zorg](#) voor het monitoren van missie 2 'Toegang tot zorg':

1. Substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg per subpopulatie (bijvoorbeeld COPD)
2. Percentage zorgverleners dat aangeeft dat reguliere zorgprocessen (deels) worden vervangen door digitale processen
3. Percentage patiënten, cliënten en bewoners dat aangeeft door digitale toepassingen minder gebruik te maken van (reguliere) zorg
4. Percentage patiënten, cliënten, bewoners en zorgprofessionals dat gebruikt maakt van shared decision making ondersteund door digitale toepassingen
5. Percentage patiënten, cliënten en bewoners dat aangeeft door e-health beter voor zichzelf te kunnen zorgen
6. Percentage 75-plussers dat ondersteuning en zorg naar eigen zeggen goed geregeld krijgt

Deze beperkte set van indicatoren dekt niet het hele werkveld van de missie, maar geeft een indicatie van de voortgang op de missie en/of op relevante onderwerpen binnen de missie. Dit is voorlopig de set van indicatoren om de missie te monitoren. Toekomstige ontwikkelingen ten aanzien van dataverzamelingen en definities van indicatoren kunnen leiden tot aanpassingen aan de set van indicatoren.

## Bijlage 1. Verslag interviews experts missie 2 'Toegang tot zorg'

### **Interpretatie missie**

Hieronder worden de op- en aanmerkingen van de geïnterviewden beschreven ten aanzien van de interpretatie van de missie.

De missie gaat over dat zorg vaker dichterbij huis georganiseerd moet worden. Daaronder wordt verstaan dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, waarbij ze zelfredzaam moeten zijn. Daarvoor is betere zorg en ondersteuning in en rondom het huis nodig, zoals bij integrale zorg. Daarnaast wordt er onder verstaan dat mensen niet steeds naar een ziekenhuis hoeven voor een consult. Daarbij kan gedacht worden aan verplaatsing van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg, zoals bij ketenzorg. Preventie in het kader van deze missie krijgt een belangrijkere rol en vernieuwende initiatieven, zoals e-health en thuismonitoring. Wat betreft het netwerk rondom mensen wordt genoemd dat dit een breed begrip is. Er kan onder verstaan worden dat het om de sociale omgeving gaat, maar het kan ook het netwerk van zorgaanbieders zijn.

Het meer organiseren van zorg in de eigen leefomgeving is een lastige opgave. Men vraagt zich af of het altijd beter en wenselijk is en plaatst de volgende kritische kanttekeningen bij de missie.

- Door de toenemende complexiteit van aandoeningen en de vergrijzing neemt de zorgvraag steeds meer toe. Deze veranderende zorgvraag moet bediend kunnen worden zonder in te leveren op kwaliteit, waarbij de zorg betaalbaar blijft.
- Door het verplaatsen van de zorg naar de eigen leefomgeving wordt de druk op zorg in de thuisomgeving en daarmee op gemeenten en de eerstelijns steeds groter.
- Niet alle vormen van zorg kunnen naar de eerstelijns verplaatst worden.
- Als specialistische zorg kosteneffectief geleverd kan worden, is het dan wel nodig om de zorg te verplaatsen naar eerstelijns?
- De zorg moet 'passend' zijn. Dat wil zeggen de juiste zorg op de juiste plek en gaat niet over ziekte maar over de gezondheid en het functioneren van het individu.
- Het inzetten van preventieve maatregelen is een lastig punt. De huisarts ziet het leveren van zorg als zijn kerntaken. Preventie hoort om die reden (en ook vanwege financiële middelen en effectiviteitsvragen) niet bij zijn kerntaken. De huisartsenpraktijk is de plek voor opsporing en voor als er zorg nodig is, zoals bij ketenzorgprogramma's. Voor preventie zou de nulde lijn ingezet moeten worden, of het zou gezien moeten worden als een maatschappelijk probleem dat vanuit de overheid wordt aangepakt (bijvoorbeeld ontmoediging ongezonde keuzes). Dit strookt wellicht niet met hoe beleid tegen preventie in de huisartsenpraktijk kijkt.

## Indicatoren

Tijdens de gesprekken is een aantal opmerkingen geplaatst bij het formuleren en analyseren van meetbare indicatoren. Die worden hieronder eerst geschetst.

- Er zijn complexe patiëntenpopulaties in de eerstelijns en die complexiteit zal in de toekomst alleen maar toenemen.
- De 50%, zoals genoemd in de missie, kan in theorie al behaald worden door de selectie van de indicatoren en de rekenmethode.

Omdat de missie lijkt weer te geven dat er een verplaatsing van zorg in instellingen naar meer zorg in de eigen leefomgeving zou moeten plaatsvinden, zouden bestaande kwantitatieve indicatoren ontwikkeld moeten worden om de volgende onderwerpen met elkaar te vergelijken:

- Verpleeghuis t.o.v. thuiszorg
- Ziekenhuiszorg t.o.v. zorg door huisartsen/andere eerste lijn
- Opname in GGZ instellingen t.o.v. andere GGZ zorg

Dit is alleen niet zo eenvoudig. Een stijging van geleverde zorg in de ene vorm van zorg en een daling in de andere geeft niet automatisch weer dat er een verplaatsing of vervanging is geweest. Enkele tellingen van instelling of geleverde zorg rondom en in huis zeggen wel wat, maar geven niet accuraat weer waar de verplaatsing of vervanging van zorg heeft plaatsgevonden. Het aantal patiënten en contacten en de kosten zijn afhankelijk van heel veel verschillende factoren die niets met de verandering in levering van zorg te maken hoeven te hebben. Daarnaast is het belangrijk om te weten wat er gebeurt met de vrijgekomen ruimte. Substitutie of verplaatsing van zorg in het algemeen is te alomvattend waardoor het te weinig inhoudelijke informatie geeft. Het in kaart brengen van vervanging of verplaatsing van zorg vergt daarom diepgaandere analyses waarbij declaratiegegevens en andere zorggegevens aan elkaar worden gekoppeld.

Zorg in instellingen kan wel redelijk goed gekwantificeerd worden, maar bij zorg in de eigen leefomgeving is dat veel moeilijker.

Beleidswijzigingen zorgen ervoor dat data over meerdere jaren nauwelijks vergeleken kunnen worden. Dat bemoeilijkt het opstellen van indicatoren en het volgen van deze indicatoren over tijd. Overigens is de data van zorg in instellingen ook niet altijd vergelijkbaar over de jaren heen wanneer er nieuwe of andere afspraken gemaakt worden door verzekeraars, of wanneer de verpleging/verzorging experimenteel wordt bekostigd.

Verplaatsing van zorg gaat vaak over (nieuwe) samenwerkingen met uitzondering van e-health toepassingen. Dit is niet makkelijk in een kwantificeerbare indicator te vangen. Wanneer gekeken zou worden naar zorg in samenhang door de verschillende zorgaanbieders rondom de patiënt loopt men tegen het probleem aan dat de huidige financieringsstromen van de verschillende zorgaanbieders als aparte eilanden functioneren.

Tot slot is het belangrijk om ook informatie mee te nemen over de kwaliteit van zorg, zoals informatie over doelmatigheid en ervaringen van patiënten en zorgprofessionals. Indicatoren over de kwantiteit van zorg sluiten met name aan bij de belevingswereld van de beleidsmakers

en niet bij die van de zorgvrager. Het moet ook om passende zorg gaan. Daarnaast is de tevredenheid van de zorgprofessional belangrijk. Als de professional er geen vertrouwen in heeft, kan de verplaatsing van zorg niet werken. Inzicht in kwaliteitsaspecten van de zorg zijn daarom belangrijk.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van indicatoren die tijdens de gesprekken naar voren zijn gekomen, aangevuld met eventuele kanttekeningen.

### **Langdurige Zorg**

#### *Indicatoren met betrekking tot kwantiteit van zorg*

Indicatoren met betrekking tot langdurige zorg zouden uit de Monitor Langdurige Zorg en zorgcijfersdatabank.nl gehaald kunnen worden. Met dergelijke indicatoren wordt inzicht verkregen in welke zorg er wordt geleverd, mits dezelfde juridische kaders blijven bestaan. Afhankelijk van de indicator is het van belang rekening te houden met de vergrijzende bevolking, inkomen of opleidingsniveau en een verschuiving per generatie. Echter, dit kan niet in alle gevallen meegenomen worden. Hieronder volgen een paar voorbeelden van indicatoren met betrekking tot langdurige zorg:

- Aantal actief wachtenden voor verpleging en verzorging, langer dan de Treeknormen op langdurige zorg uit de Wlz
- Gemiddelde wachtduur voor verpleging en verzorging
- Aantal personen dat gebruik maakt van zorg met verblijf (Wlz)
  - Uitgesplitst naar sector: verpleeghuizen/verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg
- Aantal personen dat gebruik maakt van Zorg zonder verblijf (Wlz)
  - uitgesplitst naar volledig pakket thuis, en modulair pakket thuis
- Aantal personen dat gebruik maakt van wijkverpleging (Zvw)
- Aantal personen dat gebruik maakt Wmo-maatwerkvoorzieningen
  - Uitgesplitst naar type maatwerkvoorziening

In de Monitor 'zorg voor ouderen' worden vergelijkbare indicatoren uitgelicht maar dan onder de groep ouderen. Hieronder een aantal voorbeelden:

- Percentage oudere zorggebruikers per zorgvorm
- Gebruik huisartsenzorg ouderen
- Aantal ouderen met wijkverpleging
- Aantal ouderen met Wlz-zorg
- Aandeel ouderen met combinaties van zorggebruik en verblijfsduur ouderen in verpleeghuis.

Andere indicatoren en onderwerpen die weergeven dat mensen zorg of ondersteuning aan huis geleverd krijgen zijn:

- Het aantal mensen dat thuis zorg ontvangt afgezet tegenover het potentieel aan personen dat zorg zou kunnen ontvangen.
- Inzet sociale wijkteams (monitor sociaal domein?)
- Ondersteuning door casemanagers
- % Overbelaste mantelzorgers
- Mantelzorgpotentieel. Dit is een indicator om te beoordelen of zorg in de eigen leefomgeving mogelijk is en blijft.

- Goede ondersteuning van mantelzorgers (Alzheimer NL?)
- Samenwerking binnen de integrale ouderenzorg.

*Indicatoren met betrekking tot kwaliteit van zorg*

Indicatoren die wat zeggen over of iemand nog goed thuis kan wonen en de zorg en ondersteuning goed geregeld zijn, zijn de volgende:

- % 75-plussers met een goede kwaliteit van leven
- Gemiddeld rapportcijfer van 75-plussers voor zijn of haar mogelijkheden om te leven op een manier die bij hem of haar past
- % 75-plussers dat aansluiting van de professionele ondersteuning en zorg ervaart
- % 75-plussers dat ondersteuning en zorg naar eigen zeggen goed geregeld krijgt
- % 75-plussers dat aangeeft dat hun huidige woning geschikt is
- Shared decision making. Een indicator met betrekking tot of de persoon betrokken wordt in het zorgproces zou relevant kunnen zijn (Dit is ook een kenmerk van passende zorg). Dit is makkelijk te toetsen met een vraag als deze: Vind je dat je genoeg betrokken wordt bij beslissingen door zorgverleners?
- Aantal mensen dat thuis woont met een ziekenhuisopname in het afgelopen jaar ten opzichte van mensen die in een instelling wonen met dezelfde demografische kenmerken met een ziekenhuisopname in het afgelopen jaar (idealiter ook met dezelfde medische problemen). Zo is bekend dat intramurale cliënten minder specialistische zorg gebruiken dan extramurale cliënten. Dit komt doordat er specifiekere "opdrachten" worden gegeven door specialist ouderengeneeskunde dan huisartsen, waardoor er uiteindelijk minder zorg gebruikt wordt. Daarnaast zijn in verpleeghuizen ook professionals aanwezig die acuut zorg kunnen leveren.
- Percentage mensen dat aangeeft snel een gesprek met een onafhankelijke clientondersteuner (OCO) te hebben gehad, van de mensen die gebruik hebben gemaakt van OCO binnen het sociaal domein en/of binnen de Wlz.
- Percentage OCO's dat de samenwerking tussen informele en formele OCO's als goed tot zeer goed ervaart.
- Percentage mensen dat aangeeft dat de OCO voldoende tijd aan hem/haar heeft besteed, van de mensen die gebruik hebben gemaakt van OCO binnen het sociaal domein en/of binnen de Wlz.
- Percentage mensen dat aangeeft zich voldoende gesteund te voelen door de OCO, van de mensen die gebruik hebben gemaakt van OCO binnen het sociaal domein en/of binnen de Wlz.
- Toegankelijkheid van voorzieningen in de buurt (OV, winkels, gezondheidscentrum). Soms is de woning wel geschikt, maar zijn er geen goede voorzieningen.

## Curatieve Zorg

### *Indicatoren met betrekking tot kwantiteit van zorg*

#### Verplaatsing van zorg

- Verhouding financiële middelen tweedelijns ten opzichte van eerstelijns. Dat zegt inhoudelijk niets en het is niet bekend of de zorg beter (passend) is.
- Substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg. Hierbij wordt naar de inhoud van zorg gekeken. Bij de uitwerking van deze indicator is het belangrijk om eerst af te bakenen waar substitutie gewenst is en bij welke patiëntengroepen. De groep experts die hierover zijn geïnterviewd zijn ook met betrekking tot deze indicator voor de StaatVenZ bij elkaar gekomen en hebben verschillende ideeën over analyses uitgewisseld. Deze staan hieronder met de bijhorende kanttekeningen beschreven. De groep zal een voorstel over dergelijke analyses die zich in eerste instantie zullen richten op de ziektegroepen Diabetes, COPD en HVZ aan VWS voorleggen.
  - Aantal verwijzingen naar medisch specialistische zorg bij bepaalde ziektegroepen. Echter, het zegt vrij weinig over de inhoud van de zorg en verwijzingen worden niet altijd opgevolgd. Het zou ook bekend moeten zijn hoeveel vervolgzorg er dan is geweest.
  - Hoeveelheid eerste- en tweedelijns zorg (aantal consulten x aantal patiënten) op elkaar delen en bestuderen over een langere periode van chronische ziekten waarbij de huisarts een substantiële rol speelt. Daarbij is het belangrijk om te corrigeren voor een aantal factoren (bijv. leeftijdsopbouw) en om te kijken naar de intensiteit van zorg. Zo kwam uit het diabetes onderzoek naar voren dat er uiteindelijk minder patiënten naar de tweedelijns waren verwezen maar dat wanneer ze eenmaal naar tweedelijns gingen het meer geld kostte.
  - Zorgpaden bekijken. Om verplaatsing van de zorg te meten zouden veel verschillende bronnen aan elkaar gekoppeld moeten worden (declaratiegegevens van Vektis, Eerstelijns registraties, LMR gegevens etc). Daarbij kunnen binnen de patiëntengroepen de zorgpaden, inclusief terug verwijzingen gevolgd worden. Daarmee wordt duidelijk welke zorg wanneer wordt aangeboden (zorginhoudelijke gegevens) en of dat verandert over tijd binnen de verschillende patiëntengroepen (rekening houdend met beleids- en wetswijzigingen).
  - Indicatoren mbt ketenzorgprogramma's. De declaratiedata van ketenzorgprestaties en tweedelijnszorg zijn op patiëntniveau beschikbaar. Door te koppelen aan huisartsregistraties zijn ook voor de patiënten die niet in ketenzorg zijn zorginhoudelijke gegevens te halen. NZa werkt dit momenteel uit voor diabeteszorg. Een AIO bij het NIVEL is op dit moment bezig met substitutie van zorgvraagstuk bij heup- en knieartrose.
  - Trendanalyses patiëntengroepen in de medisch specialistische zorg (NZa): Daar wordt gekeken naar de behandeltrajecten van 4 diagnosegroepen op basis van Vektis data. Deze cohortmethode gaat uit van enkel nieuw instromende



patiënten (vanaf 1e operatie, 1e diagnose in tweedelijns; of bij palliatieve zorg: laatste jaar voor overlijden). Bij deze methode is echter wel lastig te bepalen wanneer de (behandeling van) de zorgvraag startte..

- Aantal anderhalvelijnszorg
- Inzet en taakbesteding van Physician assistants en Verpleegkundige specialisten. (Monitor taakherschikking)
- Substitutie van derdelijns- naar tweedelijnszorg. Indicatoren uit de Monitor basiszorg UMC (Nza) zouden gebruikt kunnen worden. Hierin wordt gekeken naar topreferente zorg versus niet-topreferente zorg en of er mogelijkheden zijn om zorg af te schalen.
- Aantal letsels dat op de huisartsenpraktijk (HAP) wordt gezien in plaats van op de Spoedeisende hulp (SEH). Echter, hier wordt niet meer veel verandering op verwacht, omdat er de afgelopen jaren een duidelijke verschuiving is geweest van SEH naar HAP.
- Aantal mensen met een ernstige psychiatrische aandoening dat in zorg is, met inzicht in s-ggz, basis-ggz, huisarts én wijkverpleging, plus sociale domein

#### *Andere indicatoren met betrekking tot kwantiteit van zorg*

De indicatoren die hieronder worden genoemd zouden het beste per patiëntengroep (bijvoorbeeld op basis van DBC diagnoses) bekeken kunnen worden, omdat het verloop en de behandeling van de ziekten verschillen.

- Aantal verwijzingen van huisarts naar tweede lijn (medisch specialist)
- Aantallen ziekenhuisopnames
- Duur van ziekenhuisopnames, al dan niet afgezet tegen opnames in zorghotels en/of de nazorg die thuis wordt geleverd. Het is door DBCs financieel aantrekkelijk geworden om mensen zo snel mogelijk naar huis te sturen, wat niet per se aangeeft of het ook passend is.
- Indicatoren die 'fouten' in de zorg weergeven, zoals
  - Verkeerde bedproblematiek. Het langer bezet houden van bedden dan nodig is.
  - Aantal mensen dat verkeerde zorg ontvangt.
  - Aantal heropnames. Mensen die binnen een korte termijn (bijv. binnen een jaar) worden opgenomen voor eenzelfde probleem of te gevolge van de verkregen behandeling.
  - Aantal mensen dat meer dan de Treeknorm wacht op een behandeling.
  - Aantal medicatiefouten

#### *Indicatoren met betrekking tot kwaliteit van zorg*

- Tevredenheid/ervaring zorg door patiënt en professional (Bijvoorbeeld MESO onderzoek, monitors van NIVEL, Patientenfederatie).
- Passende zorg of de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Dit is lastig te definiëren en te meten. Het gaat om kwalitatief goede zorg, effectiviteit en doelmatigheid, maar ook om de organisatie van zorg en de samenwerking. Het ontbreekt echter nog aan de juiste gegevens om passende zorg te monitoren. Uitkomstinformatie is noodzakelijk voor een lerend systeem dat leidt tot passende zorg

(zie 'Samenwerken aan passende zorg'). Echter, tijdens de gesprekken zijn wel een aantal ideeën die informatie kunnen geven over dit onderwerp.

- Er zou bij Zonmw gekeken kunnen worden naar multidisciplinaire zorgtrajecten en de best practices om de uitrol ervan te monitoren. Hartwacht is een voorbeeld hiervan. Andere innovatietrajecten zouden gemonitord kunnen worden.
- Onderzoekswerkplaats 'Routine zorgdata voor passende zorg' - samenwerking NIVEL en het Zorginstituut: zij werken aan een betrouwbaar en valide beeld van wat bij welke patiënt in welke omstandigheden goede zorg is, in welke mate die zorg in de praktijk ook aan patiënten wordt verleend en tegen welke kosten, en welke effecten de adviezen van het Zorginstituut hebben op het handelen en de beslissingen van professionals en patiënten.
- Contracteringen in de regio's kunnen ook informatie opleveren over of er verandering in zorg op gang komt en transities gemaakt worden (bijv. monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg). Daar kleven wel nadelen aan:
  - Het is heel breed.
  - Er worden ook dingen buiten de contracten geregeld.
  - Het gaat om besteding van een afgesproken bedrag in het regeerakkoord en niet over de uitkomsten van zorg.

#### *eHealth:*

Ehealth en thuismonitoring zijn goede ontwikkelingen om de zorg meer in de eigen omgeving te organiseren en opnames te voorkomen, maar de vraag blijft wel in welke gevallen het passend is voor de patiënt. Door Corona heeft Ehealth een enorme vlucht genomen. Bij het monitoren is het daarom van belang goed te kijken hoe de situatie was voor 2020.

Het RIVM is op dit moment samen met andere partijen bezig met het opzetten van de E-Health monitor in opdracht van VWS. In de E-health monitor worden waarschijnlijk de volgende indicatoren opgenomen die voor deze missie geschikt zijn:

- De mate waarin reguliere werk-/zorgprocessen worden vervangen door e-health toepassingen en/of digitale processen.
- Percentage patiënten, cliënten, bewoners en professionals dat aangeeft door digitale toepassingen minder gebruik te maken van (reguliere) zorg
- Het percentage patiënten, cliënten en bewoners dat aangeeft door e-health beter voor zichzelf te kunnen zorgen.
- Het percentage zorgprofessionals dat aangeeft dat patiënten door e-health beter voor zichzelf kunnen zorgen/ minder beroep doen op de zorgverlener
- Het percentage patiënten, cliënten, bewoners en zorgprofessionals dat gebruikt maakt van shared decision making ondersteund door digitale toepassingen

Deze indicatoren worden verzameld onder huisartsen, logopedisten, fysiotherapeuten en specialisten.

Verder is het van belang ten aanzien van het monitoren van e-health de volgende onderwerpen mee te nemen:

- Randvoorwaarden: interoperabiliteit (Hoe goed werken systemen samen?)
- Arbeidsmarkttuitdagingen: Vervanging oud door nieuw werkproces
- Preventie
- Omgevingsfactoren: Digitale vaardigheden
- Organiseerbaarheid van zorg: Gegevensuitwisseling en toegankelijkheid van data

Tijdens gesprekken met de andere experts zijn de volgende indicatoren genoemd:

- Percentage consulten op afstand van totaal aantal bezoeken polikliniek en eerste hulp, per type instelling (2018)
  - Screen-to-screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek
  - Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek
  - Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek
- Thuismonitoring bij medisch specialistische zorg van bepaalde ziektes (bijv. kanker, COPD).