

NAAR EEN POSITIEF GEZOND ALMERE

BELEIDSTHEORIE EN BUSINESSCASE TRANSFORMATIEPLAN

RAPPORT

seo • economisch onderzoek

AUTEURS

WOUTER VERMEULEN, WOUTER ELSENBURG, LUCY KOK, MARC POMP, BAS TER WEEL

IN OPDRACHT VAN

GEMEENTE ALMERE

AMSTERDAM, APRIL 2024

Samenvatting

De toegankelijkheid van de zorg in Almere staat onder druk. Het Transformatieplan Positief Gezond Almere beperkt deze druk door in te zetten op passende zorg op de juiste plek en de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners. Vijf van de 17 projecten hieruit leveren opgeteld structurele netto besparingen op van drie à vier miljoen euro per jaar.

Groeiende vraag zet toegankelijkheid van de zorg in Almere onder druk

De toename van de vraag naar zorg en het gebrek aan zorgpersoneel zetten de toegankelijkheid van de zorg in Almere onder druk. De bevolking groeit hier harder dan elders in het land en er is sprake van een dubbele vergrijzing. Tot 2040 stijgt het aantal mensen van 75 en ouder in Flevoland met 130 procent, tegen 67 procent in heel Nederland. Leefstijl en een kwetsbare bevolkingssamenstelling spelen ook een rol. Het aanbod van zorgpersoneel kan deze toename van de vraag niet bijhouden. In 2032 komt de zorg in Almere naar verwachting 2.400 professionals tekort. Hiermee dreigen onderdelen van de zorg ontoegankelijk te worden. De acute zorgketen loopt nu al vast.

Het Transformatieplan PGA heeft als doel om deze druk te beperken

Het Transformatieplan 'Positief Gezond Almere' (PGA) is het antwoord van de zorg- en welzijnsorganisaties in Almere en de gemeente op deze uitdaging. Dit rapport beschrijft de beleidstheorie achter het plan. Welke activiteiten worden er ondernomen? Welke concrete output leveren deze activiteiten op? In welke uitkomsten vertaalt deze output zich en hoe dragen deze uitkomsten bij aan de uiteindelijke doelen van het plan? De antwoorden op deze vragen maken inzichtelijk hoe het plan bijdraagt aan de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Voor een aantal projecten binnen het plan bevat het rapport een businesscase. Zorgverzekeraars kunnen deze informatie gebruiken om te beoordelen of het plan voldoet aan de voorwaarden voor toekenning van IZA-transformatiegelden.

Het Transformatieplan PGA heeft drie strategische doelen. Het *verminderen van de druk op de zorg in Almere* sluit als strategische doelstelling direct aan bij het verwachte en op sommige plekken nu al nijpende tekort aan zorgpersoneel. Het *naar behoefte vergroten van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners* ziet als strategische doelstelling vooral op het beperken van de zorgvraag. *Inwoners helpen met een integraal en op de juiste plek passend aanbod* gaat vooral over een doelmatiger inzet van het zorgpersoneel: alleen die passende zorg en ondersteuning inzetten die op dat moment nodig is. Deze laatste twee doelen dragen bij aan het eerste, het verminderen van de druk op de zorg in Almere.

De vijf pijlers waaruit het plan is opgebouwd hangen met elkaar samen

Het Transformatieplan PGA bestaat uit vijf samenhangende pijlers, die impact hebben op de druk op verschillende onderdelen van de zorgketen. Tabel S.1 laat zien welke projecten binnen deze pijlers dat doen door veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van de inwoners van Almere te vergroten, of door het aanbod van zorg en ondersteuning passend te maken. Pijler 1 zet in op betere samenwerking tussen informele zorg, sociaal en medisch domein. In *voorzorgcirkel* vormen buurtbewoners zelf een ondersteunend en sociaal netwerk dat ouderen helpt om langer zelfstandig te kunnen wonen. *Samen Sterker in de Wijk* is een domeinoverstijgende manier van werken tussen sociaal domein in de wijk en curatieve zorg, gericht op mensen met mentale klachten. Kern is dat hulpverleners laagdrempelig en vroegtijdig met de inwoner in gesprek gaan en advies op maat gegeven over de juiste steun,

hulp en zorg. *Welzijn op Recept* is een alternatief voor mensen met psychosociale en psychosomatische klachten. In plaats van het voorschrijven van medicatie verwijst de huisarts of praktijkondersteuner patiënten door naar het sociaal domein via een welzijnscoach.

Tabel S.1 Vijf pijlers verminderen in samenhang de druk op de zorg in Almere

	Met de inwoners naar behoefte hun veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid vergroten	Inwoners integraal en op de juiste plek met passend aanbod helpen met hun hulpvraag	De druk op de zorg in Almere verminderen
Pijler 1 Betere samenwerking informele zorg, sociaal en medisch domein	Voorzorgcirkels	Samen Sterker in de Wijk Welzijn op Recept	Minder druk op eerste lijn Meer druk op sociaal domein en informele zorg
Pijler 2 Minder nadruk op ziekte en meer op gezondheid door brede inzet op Positieve Gezondheid	Trainen van medewerkers Inspiratiebijeenkomsten Leefstijlloket		Minder druk op eerste lijn Minder druk op sociaal domein Meer druk op informele zorg
Pijler 3 Zorg zo dicht mogelijk bij huis	Wij doen het zelf	Medicatie@home Monitoring@home Palliatieve zorg dichterbij huis	Minder druk op ziekenhuiszorg Meer druk op eerste lijn Meer druk op informele zorg
Pijler 4 Betere doorstroom in de keten en het netwerk		RTP Almere Gezamenlijke ouderenafdeling	Minder druk op ziekenhuiszorg
Pijler 5 Zorgprofessionals hebben altijd een actueel informatiebeeld van patiënten	Beschikbaarheid van gezondheidsgegevens voor zorgverleners door het opzetten van een digitale gegevensuitwisselingsorganisatie en het implementeren van een data-infrastructuur		

Bron: SEO Economisch Onderzoek

Pijler 2 zet breed in op Positieve Gezondheid. De kern hiervan is minder nadruk op ziekte en meer op gezondheid. Zorg- en welzijnsmedewerkers worden getraind om hun patiënten of cliënten te begeleiden bij het verkrijgen van inzicht in de onderliggende hulpvraag, de bijdrage die zij zelf kunnen leveren aan de oplossing en de mogelijk resterende behoefte aan behandeling of begeleiding. Door het organiseren van kennis- en inspiratiebijeenkomsten voor inwoners van Almere neemt PGA hen mee in het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Een leefstijlloket helpt mensen om hun leefstijl aan te passen.

Pijler 3 ontlast de ziekenhuiszorg door onderdelen hiervan dichterbij huis te brengen. Door *Medicatie@home* krijgen patiënten medicatie en begeleiding thuis of in een hub. Door *Monitoring@home* doen patiënten zelfmetingen en delen deze met een zorgprofessional, zodat verpleegkundigen een achteruitgang snel signaleren. *Palliatieve zorg dichterbij huis* maakt het mogelijk dat meer patiënten thuis of in een hospice bed tijdig palliatieve zorg ontvangen. *Wij doen het zelf* faciliteert de andere projecten in deze pijler door betere patiëntinformatie en het versterken van digitale vaardigheden.

Pijler 4 beoogt een betere doorstroom in de keten en het netwerk. Het *Regionaal Transferpunt (RTP) Almere* ondersteunt zorgprofessionals bij het regelen van wijkverpleging en (tijdelijk) verblijf en zorgt dat patiënten niet meer onnodig opgenomen hoeven te worden in het ziekenhuis. De *Gezamenlijke ouderenafdeling* biedt een

gedifferentieerd zorgaanbod voor hoog- en laagcomplexe geriatrische problematiek om ouderen zo snel mogelijk herstelgerichte zorg te bieden met de blik op terugkeer naar huis.

De verschillende pijlers beperken in samenhang de druk op de zorg in Almere. Pijler 3 en 4 zien vooral op het beperken van de druk op de ziekenhuiszorg. Dit kan alleen als Pijler 1 en 2 erin slagen om de druk op de eerste lijn te verminderen. De inzet op Positieve Gezondheid in Pijler 2 vormt een tegenwicht voor de extra druk op het sociaal domein die door projecten in Pijler 1 ontstaat. Om deze verschuiving binnen de zorgketen mogelijk te maken vraagt het transformatieplan wel meer van mantelzorgers. Pijler 5 faciliteert de projecten in de andere pijlers door te zorgen voor de beschikbaarheid van gezondheidsgegevens voor zorgverleners. Hiertoe wordt een digitale gegevensuitwisselingsorganisatie opgezet en een data-infrastructuur geïmplementeerd die hiertoe als ruggengraat dient.

Het transformatieplan sluit aan bij de doelen van het integraal zorgakkoord

De strategische doelstellingen van het transformatieplan sluiten nauw aan bij de IZA-transformatiedoelstellingen, namelijk het zorggebruik in de Zvw, regionale of landelijke herverdelingsvraagstukken, de inzet van personeel en de omvang van zorgvastgoed. In het bijzonder leidt het verminderen van de druk op de zorg in Almere tot minder inzet van zorgpersoneel. Het inwoners helpen met een integraal en op de juiste plek passend aanbod sluit aan bij regionale herverdelingsvraagstukken en bij het zorggebruik in de Zvw. Het naar behoefte vergroten van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners sluit aan bij de doelstelling om onnodig zorggebruik in de Zvw te verminderen.

Vijf projecten uit het plan leveren structurele besparingen van drie à vier miljoen euro

De projecten *Welzijn op Recept*, *Monitoring@home*, *Palliatieve zorg dichterbij huis*, *RTP Almere* en *Gezamenlijke ouderenafdelingen* leveren opgeteld structurele netto besparingen op zorguitgaven op van drie à vier miljoen euro per jaar. De structurele besparing op ziekenhuiszorg bedraagt vier tot zeven miljoen euro, hier staan extra uitgaven in de eerste lijn en het sociaal domein tegenover. Deze besparing vertaalt zich waarschijnlijk vooral in betere toegankelijkheid. Het is aannemelijk dat er onder de 17 projecten waaruit het plan is opgebouwd meer zijn die besparingen opleveren en bijdragen aan het verplaatsen van zorg binnen de keten om de toegankelijkheid te borgen, maar cijfers en literatuur om dit te kwantificeren ontbreken.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1 Inleiding	6
2 Probleemstelling en doelstelling	8
3 Beleidstheorie	10
3.1 Beleidstheorie voor het transformatieplan als geheel	11
3.2 Betere samenwerking informele zorg, sociaal en medisch domein	13
3.3 Minder nadruk op ziekte en meer op gezondheid	17
3.4 Zorg zo dicht mogelijk bij huis	19
3.5 Betere doorstroom in de keten	24
4 Businesscases	27
4.1 Welzijn op Recept	28
4.2 Monitoring@home	29
4.3 Palliatieve zorg dichterbij huis	30
4.4 Regionaal Transferpunt (RTP) Almere	31
4.5 Gezamenlijke ouderenafdeling	33
4.6 Besparingen per sector	34
Referenties	36

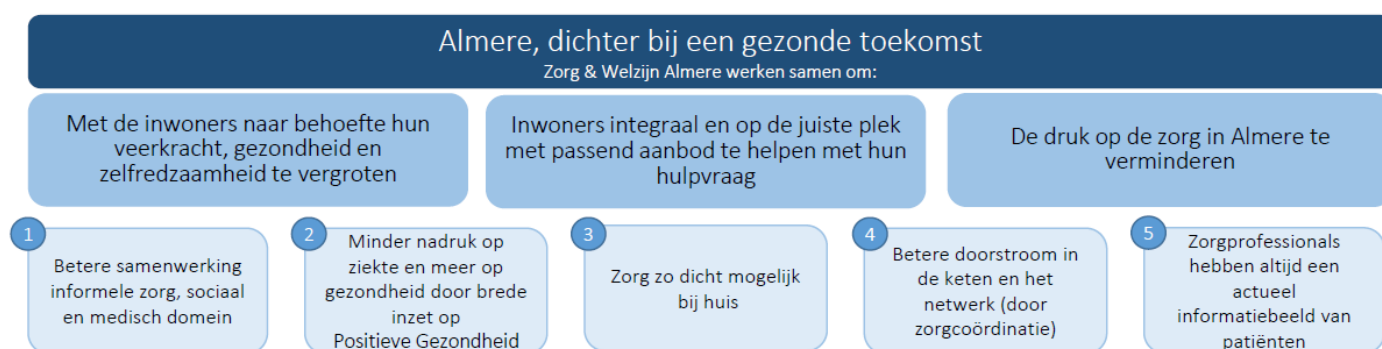
1 Inleiding

Dit rapport beschrijft de beleidstheorie achter het Transformatieplan Positief Gezond Almere. Hoe dragen de activiteiten uit dit plan bij aan de strategische doelen? Voor een aantal projecten werken we een businesscase uit.

De toename van de vraag naar zorg en het gebrek aan zorgpersoneel zetten de toegankelijk van de zorg in Almere onder druk. De bevolking groeit hier harder dan elders in het land en er is sprake van een dubbele vergrijzing. Tot 2040 stijgt het aantal mensen van 75 en ouder in Flevoland met 130 procent, tegen 67 procent in heel Nederland. Leefstijl en een kwetsbare bevolkingssamenstelling spelen ook een rol. Het aanbod van zorgpersoneel kan deze toename van de vraag niet bijhouden. In 2032 komt de zorg in Almere naar verwachting 2.400 professionals tekort. Hiermee dreigen onderdelen van de zorg ontoegankelijk te worden. De acute zorgketen loopt nu al vast.

Het Transformatieplan Positief Gezond Almere (PGA) is het antwoord van de zorg- en welzijnsorganisaties in Almere en de gemeente op deze uitdaging. Het programma heeft drie strategische doelen, namelijk het vergroten van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners, inwoners helpen met een integraal en op de juiste plek passend aanbod en het verminderen van de druk op de zorg in Almere. Het Transformatieplan PGA formuleert hiertoe een groot aantal projecten, verdeeld over vijf pijlers – zie Figuur 1.1.

Figuur 1.1 Projecten uit het transformatieplan zijn verdeeld over vijf pijlers



Bron: Transformatieplan Positief Gezond Almere, December 2023

Om deze transformatie te realiseren zijn investeringen nodig. Het ministerie van VWS stelt hiertoe middelen beschikbaar in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Zorgorganisaties kunnen transformatiegelden aanvragen bij de zorgverzekeraar voor initiatieven die bijdragen aan passende zorg, toegankelijkheid van de zorg, regionale samenwerking of andere doelstellingen die zijn vastgelegd in het IZA. Een succesvolle aanvraag moet aan een aantal eisen voldoen, waaronder een heldere formulering van kritische prestatie-indicatoren (KPI's) en een positieve (maatschappelijke) businesscase.

Dit rapport ondersteunt de aanvraag van IZA-transformatiegelden voor PGA. We structureren de relatie tussen middelen, activiteiten, uitkomsten en doelen aan de hand van een beleidstheorie. Een beleidstheorie begint met het vaststellen van de doelen, identificeert vervolgens activiteiten en inspanningen die – vaak via tussendoelen – tot de ultieme doelen leiden en legt uit via welke mechanismen en met welke instrumenten de tussendoelen en einddoelen gerealiseerd worden. Dit vormt de basis voor het opstellen van KPI's en de uitwerking van een

monitoringsysteem. We werken deze beleidstheorie uit voor het transformatieplan als geheel en voor 12 projecten uit de eerste vier pijlers. Het plan bestaat in totaal uit 17 projecten, een aantal projecten laten we buiten beschouwing.

Voor vijf projecten werken we ook een rudimentaire businesscase uit, die de belangrijkste opbrengsten en kosten kwantificeert. Besparingen op zorguitgaven vormen slechts één aspect van de bijdrage van PGA. Belangrijke doelstellingen van de transformatie, zoals het verplaatsen van zorg binnen de keten om de toegankelijkheid te borgen, vertalen zich niet direct in besparingen in een businesscase.

Voor het opstellen van de beleidstheorie hebben we gesprekken gevoerd met het PGA-programmateam en met kwartiermakers van de eerste vier pijlers. De kwartiermakers hebben informatie aangeleverd over de activiteiten, outputs, outcomes en impacts van projecten binnen hun pijlers. Onze doorrekening van besparingen leunt ook sterk op aannamen die afgestemd zijn met kwartiermakers en op cijfers van het Flevoziekenhuis.¹ Waar mogelijk verwijzen we daarnaast naar ervaringen in andere ziekenhuizen en naar wetenschappelijke literatuur.

Het volgende hoofdstuk werkt de probleemstelling en de doelstelling van PGA nader uit. We bespreken de beleidstheorie in Hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 gaat in op de businesscases.

¹ We bedanken de mensen bij PGA die hieraan hebben bijgedragen voor hun inzet in dit traject.

2 Probleemstelling en doelstelling

De zorgvraag stijgt in Flevoland tot 2032 met 32 procent. Het tekort aan zorgprofessionals in Almere loopt dan op tot 2.400. Het verminderen van de druk op de zorg sluit hier als doelstelling van het transformatieplan direct op aan.

Dit hoofdstuk werkt de probleemstelling nader uit. Hierbij baseren we ons voornamelijk op cijfers uit het Regiobeeld Flevoland dat voor het IZA is opgesteld en op het beeld van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) voor deze regio.² Vervolgens gaan we in op de doelstellingen van het Transformatieplan PGA en de aansluiting bij de probleemstelling. Tenslotte bespreken we de samenhang met de IZA-transformatiedoelen.

De zorgvraag zal in Almere in de komende jaren fors toenemen

De zorgvraag in Almere stijgt de komende jaren fors. In de regio Flevoland gaat het bij gelijkblijvend zorggebruik per leeftijdscategorie om een toename van 34 procent in 2032 ten opzichte van 2022, tegen een landelijk gemiddelde van 21 procent. Dat heeft op de eerste plaats te maken met demografie. In Flevoland groeit de bevolking tot 2040 naar verwachting met 22 procent. Almere wordt hierdoor de vijfde stad van Nederland. Er is bovendien sprake van een 'dubbele vergrijzing': er komen niet alleen steeds meer ouderen, maar binnen deze groep neemt ook het aandeel 75+-ers toe. Tot 2040 stijgt het aantal mensen van 75 en ouder in Flevoland met 130 procent, tegen 67 procent in heel Nederland. Daardoor neemt het aantal mensen met dementie de komende jaren fors toe. De druk op de eerste lijn, thuiszorg en mantelzorg stijgen ook fors, omdat relatief veel ouderen in Almere thuis wonen.

De stijgende zorgvraag heeft daarnaast te maken met leefstijl en een relatief ongunstige bevolkingssamenstelling wat betreft sociaaleconomische positie. Er wordt een forse toename van leefstijlgerelateerde aandoeningen verwacht, zoals coronaire hartziekten, COPD en diabetes. In Almere wonen relatief veel mensen die moeite hebben met rondkomen of te maken hebben met problematische schulden, wat vaak samengaat met chronische stress en een ongezonde leefstijl. Daarnaast is er in de regio relatief veel sprake van eenzaamheid en is de sociale binding in Almere relatief zwak, waardoor mensen met hun hulpvraag eerder in de formele zorg terechtkomen (medicalisering). Ouderen maken in Flevoland hogere zorgkosten onder de Zvw dan gemiddeld in Nederland.

Er is niet genoeg zorgpersoneel om deze stijging op te vangen

Het aanbod van zorgpersoneel kan deze toename in de vraag niet opvangen. In Flevoland is er in 2032 naar verwachting sprake van een tekort van 4.700 zorgprofessionals, oftewel tien procent van de vraag. Voor Almere gaat het om 2.400 zorgprofessionals.³ Dit tekort speelt door de hele zorgsector. Bij de huisartsenzorg is het tekort nu al aanzienlijk. Er zijn in Almere 6,8 huisartsen per 10 000 inwoners, tegen 7,6 op landelijk niveau. Associés of praktijkopvolgers zijn haast niet te vinden. De GGZ is een andere sector waar het tekort nu al groot is en in de komende jaren relatief hard zal stijgen. Verder neemt het mantelzorgpotentieel in de komende jaren door de vergrijzing fors af.

Delen van de zorgketen lopen nu al vast. Zo is er onvoldoende door- en uitstroom in de acute zorgketen, waardoor het Flevoziekenhuis de SEH steeds vaker moet sluiten voor instroom. Voor thuiswonende ouderen die een beroep

² Deze regiobeelden zijn [hier](#) te vinden.

³ Berekeningen van Flever op basis van het Regiobeeld Flevoland.

doen op de spoedeisende hulp kost het bijvoorbeeld veel tijd om passende vervolgzorg te organiseren. In de GGZ is er sprake van lange wachtlijsten. Huisartsen ervaren hoge werkdruk en hebben moeite om avond-, nacht- en weekenddiensten te vullen. Bijna een op de drie mantelzorgers in Almere voelt zich zwaar belast.

Het verminderen van de druk op de zorg sluit hier als doelstelling direct op aan

Het verminderen van de druk op de zorg in Almere sluit als strategische doelstelling direct aan bij het verwachte en op sommige plekken nu al nijpende tekort aan zorgpersoneel. Er zijn in essentie drie manieren om dit te realiseren, namelijk het beperken van de zorgvraag, het vergroten van het aanbod van zorgpersoneel en een doelmatiger inzet van het beschikbare zorgpersoneel – meer zorg leveren met dezelfde mensen. Het naar behoefte vergroten van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners ziet als strategische doelstelling vooral op het beperken van de zorgvraag. Inwoners helpen met een integraal en op de juiste plek passend aanbod gaat vooral over een doelmatiger inzet van het zorgpersoneel: alleen die passende zorg en ondersteuning inzetten die op dat moment nodig is. Verder benoemt een aantal projecten in het transformatieplan het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg als een van de doelstelling, hoewel dit geen onderdeel uitmaakt van de strategische doelstellingen.

Het naar behoefte vergroten van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners sluit direct aan bij een aantal aspecten van de stijgende zorgvraag. Zo kan een gezondere leefstijl de forse verwachte stijging in leefstijlgerelateerde aandoeningen afremmen. Meer zelfredzaamheid en sterkere sociale verbanden ('samenredzaamheid') leiden ertoe dat thuiswonende ouderen minder snel een beroep doen op formele zorg. Meer mentale veerkracht kan het beroep op de GGZ beperken.

De PGA-doelen sluiten aan bij de doelen van het integraal zorgakkoord

Voorwaarde voor toekenning van IZA transformatiegelden is dat de transformatie een substantiële impact heeft op een van de IZA-doelen, namelijk het zorggebruik in de Zvw, regionale of landelijke herverdelingsvraagstukken, de inzet van personeel en de omvang van zorgvastgoed. De strategische doelen van PGA sluiten hierbij aan, dus als het transformatieplan zijn doelen bereikt dan worden daarmee ook IZA-doelen behaald. In het bijzonder leidt het verminderen van de druk op de zorg in Almere tot minder inzet van zorgpersoneel. Het inwoners helpen met een integraal en op de juiste plek passend aanbod sluit aan bij regionale herverdelingsvraagstukken en bij het zorggebruik in de Zvw. Het naar behoefte vergroten van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners sluit aan bij de doelstelling om onnodig zorggebruik in de Zvw te verminderen.

3 Beleidstheorie

Een beleidstheorie structureert de relatie tussen middelen, activiteiten, uitkomsten en doelen. Dit hoofdstuk werkt de beleidstheorie uit van twaalf projecten in vier pijlers van het transformatieplan. Dit vormt een basis voor het opstellen van KPI's en de uitwerking van een monitoringsysteem.

Dit hoofdstuk werkt de beleidstheorie uit voor het Transformatieplan PGA als geheel en voor twaalf projecten in de eerste vier pijlers. Deze projecten zijn geselecteerd op basis van hun concrete bijdrage aan de PGA- en IZA-transformatiedoelstellingen. We hebben geen projecten uit Pijler 5 uitgewerkt, omdat deze projecten een faciliterend karakter hebben.

Een beleidstheorie begint met het vaststellen van de doelen, identificeert vervolgens activiteiten en inspanningen die – vaak via tussendoelen – tot de ultieme doelen leiden en legt uit via welke mechanismen en met welke instrumenten de tussendoelen en einddoelen gerealiseerd worden. Tabel 3.1 licht de zes elementen van een beleidstheorie toe aan de hand van voorbeelden uit het transformatieplan.

Tabel 3.1 De zes elementen van een beleidstheorie

	Omschrijving	Voorbeelden
Input	Personeel, materieel, geld	IZA-transformatiegelden
Activiteit	Wat wordt er met deze input gedaan?	Ontwikkelen van hybride zorgpaden, opzetten Regionaal Transferpunt
Output	Welke producten ontstaan hierdoor?	Zelfmetingen patiënten via app, up-to-date overzicht van informatie
Outcome	Welke effecten hebben deze producten?	Minder medicatie in het ziekenhuis, minder ligdagen in een verkeerd bed
Neveneffect	Welke neveneffecten treden hierbij op?	Meer druk op mantelzorgers, risico op fouten bij de toediening van medicatie
Impact	Welke doelen worden hierdoor behaald?	Minder druk op de ziekenhuiszorg

Bron: SEO Economisch Onderzoek

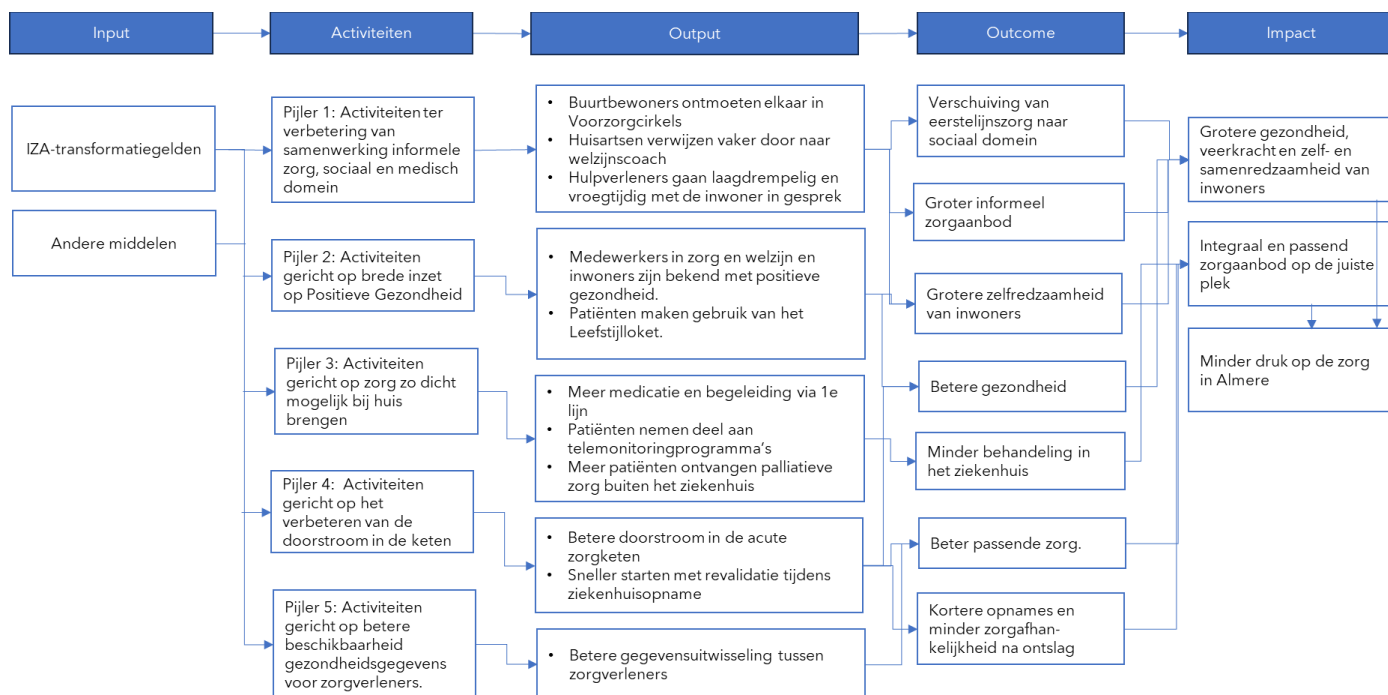
Voor het opstellen van de beleidstheorie hebben we gesprekken gevoerd met het PGA-programmateam en met kwartiermakers van de eerste vier pijlers. De kwartiermakers hebben informatie aangeleverd over de activiteiten, outputs, outcomes en impacts van projecten binnen hun pijlers. Waar mogelijk verwijzen we daarnaast naar ervaringen in andere ziekenhuizen en naar wetenschappelijke literatuur.

De volgende paragraaf beschrijft de algemene beleidstheorie voor Transformatieplan PGA. De daaropvolgende paragrafen werken per pijler een beleidstheorie uit voor onze selectie van projecten.

3.1 Beleidstheorie voor het transformatieplan als geheel

Figuur 3.1 toont de beleidstheorie voor het Transformatieplan PGA als geheel. De activiteiten binnen elke pijler zijn in deze figuur niet uitgewerkt. We benoemen per pijler wel een aantal kernoutputs en de outcomes en impacts die hieruit voortkomen.

Figuur 3.1 De IZA-transformatiegelden worden ingezet voor een groot aantal activiteiten die er uiteindelijk toe leiden dat de druk op de zorg in Almere afneemt



Bron: SEO Economisch Onderzoek op basis van gesprekken met het PGA-programmateam

Inputs voor alle pijlers uit het transformatieplan bestaan uit de IZA-transformatiegelden en uit andere middelen. Zo is er een specifieke uitkering voor gemeenten die bestemd is voor de IZA-doelen en kan de gemeente Almere ook beschikken over middelen uit de specifieke uitkering (SPUK) uit het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Daarnaast worden er reguliere gelden ingezet.

De **activiteiten in Pijler 1** gaan over het verbeteren van de samenwerking tussen informele zorg, het sociaal domein en het medisch domein. In Paragraaf 3.2 werken we deze activiteiten verder uit voor de projecten *Voorzorgcirkels*, *Samen Sterker in de Wijk* en *Welzijn op Recept*. Activiteiten voor deze pijler bestaan onder meer uit het opleiden van zorgprofessionals en burgers, het opzetten van een ondersteuningsstructuur en het creëren van randvoorwaarden zoals ontmoetingsplekken en een data-infrastructuur. Onder deze pijler vallen nog meer projecten, zoals het uitbreiden van laagdrempelige voorzieningen voor ouderen met beginnende dementie, het uitbreiden van de respijtzorg en de verkenning van een ecosysteembenadering in de geestelijke gezondheidszorg (GEM).

Deze activiteiten leiden tot verschillende **outputs**. Buurtbewoners ontmoeten elkaar in Voorzorgcirkels – ondersteunende en sociale netwerken die hen helpen om langer zelfstandig te kunnen wonen. Hulpverleners gaan laagdrempelig en vroegtijdig met de inwoners in gesprek over hun hulpvraag, waarbij de werkelijke vraag centraal

komt te staan. Huisartsen verwijzen inwoners met psychosociale en psychosomatische klachten vaker via een welzijnscoach door naar het sociaal domein. Dit leidt vervolgens tot een grotere zelfredzaamheid, een groter informeel zorgaanbod en een verschuiving van de eerstelijnszorg naar het sociaal domein als **outcomes**.

Als **impacts** gaan we uit van de drie strategische doelen van PGA: het naar behoefte vergroten van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners, inwoners helpen met een integraal en op de juiste plek passend aanbod en het verminderen van de druk op de zorg in Almere. Pijler 1 grijpt aan op de eerste twee van deze drie doelen. Dit draagt bij aan het verminderen van de druk op de zorg in Almere. Een kanttekening hierbij is dat er in deze pijler sprake is van een verschuiving van de zorg en ondersteuning, die kan leiden tot een toename van de druk op het sociaal domein en op de informele zorg.

Pijler 2 is gericht op een brede inzet van Positieve Gezondheid. Zorg- en welzijnsprofessionals hebben in gesprekken met inwoners aandacht voor verschillende dimensies van gezondheid en samen kijken ze breder naar waar klachten of problemen vandaan komen. Er wordt besproken wat de zorgvrager het belangrijkste vindt en wil veranderen. Er is daarbij ook aandacht voor de vraag welke zorg of ondersteuning nodig is en wat niet meer nodig is en gestopt kan worden. **Activiteiten** die hierop aansluiten zijn het trainen van medewerkers in zorg en welzijn en het organiseren van inspiratiebijeenkomsten voor inwoners. Daarnaast worden er leefstijlloketten opgezet. De **output** hiervan is dat medewerkers in zorg en welzijn en inwoners bekend zijn met en handelen naar het gedachtegoed van positieve gezondheid. Daarnaast maken patiënten gebruik van het *Leefstijlloket*, dat hen helpt om hun leefstijl aan te passen.

Outcomes hiervan zijn een grotere zelfredzaamheid en een grotere gezondheid. De **impact** grijpt vooral aan op het eerste strategische doel, het naar behoefte vergroten van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners. Dit draagt bij aan het verminderen van de druk op de zorg in Almere. Het gedachtegoed van Positieve Gezondheid wordt daarnaast gezien als het fundament onder PGA en daarmee randvoorwaardelijk voor de andere pijlers in het transformatieplan.

Pijler 3 richt zich op het zo dicht mogelijk bij huis brengen van de zorg. Medicatie kan bijvoorbeeld thuis of in een hub worden toegediend, of patiënten nemen de medicatie zelf. Telemonitoring faciliteert deze verschuiving. Ook in de laatste levensfase vindt er minder zorg plaats in het ziekenhuis. **Activiteiten** binnen deze pijler bestaan bijvoorbeeld uit het ontwikkelen van transmurale zorgpaden, het trainen van medewerkers en het creëren van randvoorwaarden zoals het inrichten van hublocaties en het opzetten van informatiesystemen. **Outputs** zijn dat patiënten vaker medicatie en begeleiding via de eerste lijn ontvangen, thuis of in een hub. Patiënten nemen deel aan telemonitoring en wisselen zo informatie met verpleegkundigen uit via een app. Daarnaast ontvangen meer patiënten tijdig palliatieve zorg thuis of in een hospice.

Een belangrijke **outcome** is dat er minder zorg plaatsvindt in het ziekenhuis. Dit draagt bij aan een integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek als **impact** en langs deze weg ook tot minder druk op de zorg in Almere. Net als voor Pijler 1 geldt hierbij de kanttekening dat er sprake is van een verschuiving van zorg naar de eerste lijn en naar patiënten en hun mantelzorgers. De druk op de eerste lijn en op patiënten en mantelzorgers neemt hierdoor toe. Het project *Wij doen het zelf* binnen deze pijler ziet hierop door bijvoorbeeld patiëntinformatie te verbeteren en te werken aan digitale vaardigheden.

Pijler 4 richt zich op het verbeteren van de coördinatie in de zorgketen om de doorstroom van patiënten te faciliteren. De twee projecten die we in Paragraaf 3.5 uitlichten zijn het oprichten van het *Regionaal Transferpunt (RTP) Almere* en het starten van een *Gezamenlijke ouderenafdelingen* door het Flevoziekenhuis en geriatisch

revalidatiecentrum Flevoburen. **Activiteiten** bestaan uit voorbereiding, het maken van werkafspraken en het opzetten van communicatiemiddelen tussen partijen. Een belangrijke **output** van het RTP is een betere doorstroom in de acute zorgketen. In de gezamenlijke afdeling starten ouderen sneller met revalidatie tijdens een ziekenhuisopname. **Outcomes** zijn kortere ziekenhuisopnames, minder heropnames, verminderde zorgafhankelijkheid na ontslag en een betere gezondheid door snellere revalidatie. Daarnaast leiden beide projecten tot beter passende zorg, doordat mensen niet op verkeerde bedden liggen. Qua **impact** sluit dit vooral aan bij een integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek en langs deze weg leidt deze pijler tot minder druk op de zorg in Almere.

Pijler 5 richt zich op betere beschikbaarheid van gezondheidsgegevens voor zorgverleners. **Activiteiten** bestaan ondermeer uit het opzetten van een digitale gegevensuitwisselingsorganisatie en het implementeren van een data-infrastructuur die hiertoe als ruggengraat dient. **Output** hiervan is een betere gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Zo krijgen zorgverleners een volledig en up-to-date overzicht van de medische geschiedenis van een patiënt worden de wensen van patiënten in de laatste levensfase gecentraliseerd en toegankelijk gemaakt. Dit draagt bij aan beter passende zorg als **outcome**. Pijler 5 is randvoorwaardelijk voor andere projecten uit PGA, zoals *Palliatieve zorg dichterbij huis* dat gebruik maakt van de informatie over de wensen van patiënten in de laatste levensfase. Qua **impact** sluit dit vooral aan bij een integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek en langs deze weg tot minder druk op de zorg in Almere.

De verschillende pijlers beperken in samenhang de druk op de zorg in Almere. Pijler 3 en 4 zien vooral op het beperken van de druk op de ziekenhuiszorg. Dit kan alleen als Pijler 1 en 2 erin slagen om de druk op de eerste lijn te verminderen. De inzet op Positieve Gezondheid in Pijler 2 vormt een tegenwicht voor de extra druk op het sociaal domein die door projecten in Pijler 1 ontstaat. Om deze verschuiving binnen de zorgketen mogelijk te maken vraagt het transformatieplan wel meer van mantelzorgers. Pijler 5 faciliteert de projecten in de andere pijlers door te zorgen voor de beschikbaarheid van gezondheidsgegevens voor zorgverleners.

3.2 Betere samenwerking informele zorg, sociaal en medisch domein

Pijler 1 heeft als doelstelling het sociale domein te versterken om daarmee het beroep op formele zorg te verminderen. Juist door bewoners te wijzen op hun mogelijkheden en de verbinding te leggen met anderen en met voorziening en activiteiten in de wijk, zullen bewoners minder geneigd zijn om met klachten naar een huisarts of andere eerstelijnszorgaanbieder te stappen. Tabel 3.2 werkt de beleidstheorie uit voor drie projecten binnen deze pijler.⁴

Tabel 3.2 Beleidstheorie voor Pijler 1

	Voorzorgcirkels (VZC)	Samen Sterker in de Wijk	Welzijn op Recept
Input	PM	PM	PM
Activiteiten	- Ondersteunen, borgen en faciliteren van 'verbinders' bij het organiseren van buurtvergaderingen, opzetten	- Trainen van professionals - Instellen van ondersteuning doort professionele zorgverleners	- Opleiden en aanstellen van welzijnscoaches - Huisartsen en andere zorgverleners inlichten over

⁴ We zetten de input in dit rapport op PM. De inzet van IZA-transformatiegelden is terug te vinden in de begroting bij het Transformatieplan PGA.

	- van nieuwe VZC, contactpersoon voor bestaande VZC - Algemene inspiratiesessies over de VZC voor inwoners van Almere - Formaliseren van de methodiek zoals handleiding en formulieren - Sociale impactmeting	- Uitbreiden in 2025 naar drie en uiteindelijk naar alle wijken van Almere - Instellen van een ervaringsnetwerk - Instellen van ondersteuning vanuit professionele zorgverleners	- belang van Welzijn op Recept en gewenste inzet ervan - Opzetten van data-infrastructuur - Opzetten van monitoring structuur - Sociale impactmeting
Outputs	- Toename van het aantal VZC, oplopend tot 190 in 2028 - Ondersteuning van VZC door twee uit PGA betaalde professionals	- Opgeleide trainers en hulpverleners in de wijk, in totaal 72 getrainde sleutelpersonen in 2025.	- Per gezondheidscentrum worden jaarlijks tussen de 36 en 50 patiënten door de huisarts/POH verwezen naar de welzijnscoach
Outcomes	- Minder eenzaamheid - Grotere zelf- en samenredzaamheid - Uitstel van formele zorg - Betere verdeling zorg over mantelzorgers	- Minder eerstelijnszorg (huisarts en GGZ) - Grotere zelf- en samenredzaamheid.	- Afname van het aantal huisartsconsulten en GGZ-behandelingen - Uitstel van opname in een verpleeghuis (in combinatie met extra begeleiding vanuit de Wmo)
Neveneffecten	- Meer activiteiten in de wijk en meer ontmoetingsplekken, ook voor andere inwoners - Toename veiligheid in de buurt, mensen gaan meer op elkaar letten (sociale controle) - Bewoners makkelijker benaderbaar voor professionals	- Groter beroep op sociaal domein - Meer "meedoen" van inwoners, onder meer via betaald werk - Meer saamhorigheid in de wijk.	- Groter beroep op sociaal domein
Impact	- Meer veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid - Minder druk op de zorg in Almere	- Integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek - Meer veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid - Minder druk op de zorg in Almere	- Integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek - Minder druk op de zorg in Almere

Bron: SEO Economisch Onderzoek op basis van gesprekken met de kwartiermaker van Pijler 1

Voorzorgcirkels voor ouderen

Het idee achter een voorzorgcirkel (VZC) is dat buurtbewoners zelf een ondersteunend en sociaal netwerk vormen van circa 15 personen. Binnen zo'n netwerk zullen een of twee personen optreden als "verbinder" en zorg dragen voor het goed functioneren van de VZC. De VZC helpt ouderen om langer zelfstandig te kunnen wonen en een gevoel van geborgenheid en sociale cohesie te ervaren in hun eigen buurt. Vitale ouderen helpen zo de meer hulpbehoevende ouderen, waarbij zij ook verzekerd zijn van hulp als ze meer ondersteuning nodig hebben. Zo helpen ze elkaar om zo lang mogelijk zelfstandig en comfortabel thuis te kunnen blijven wonen. Op deze manier dragen VZC bij aan vermindering van de druk op de eerste lijnzorg en ontstaan tevens korte lijnen met professionals in de buurt als formele zorg wel nodig is. In Almere zijn al enkele VZC actief. Dit project schaaft het aantal VZC op.

Binnen dit project worden een aantal **activiteiten** uitgevoerd. Zo zal vanuit PGA een aantal inspiratiebijeenkomsten worden georganiseerd om ouderen te activeren een VZC op te zetten of eraan deel te nemen. Daarnaast zal PGA met de inzet van enkele sociaal werkers de verbinders binnen de VZC ondersteunen bij het opzetten en onderhouden van VZC. Om de opschaling mogelijk te maken is het ook nodig om de methodiek van een VZC te formaliseren, in de zin dat PGA een handleiding uitbrengt die uiteenzet hoe een cirkel functioneert. Dit helpt geïnteresseerden om snel zelf aan de slag te gaan. Daarnaast zal PGA verschillende activiteiten ontplooiën om te

onderzoeken wat het effect is van de VZC, zoals het uitvoeren van een sociale impactmeting en het aansluiten bij een praktijkgericht onderzoek door Windesheim (naar bewonersinitiatieven).

De geraamde **output** van dit project is een toename van het aantal VZC tot in totaal 190 in 2028. Dit leidt naar verwachting tot verschillende **outcomes**, namelijk grotere zelfredzaamheid van ouderen, een afname van eenzaamheid en daarmee een afname van de vraag naar formele zorg, die immers voor een deel samenhangt met eenzaamheid. Daarnaast zorgen VZC er ook voor dat de zorglasten tussen mantelzorgers onderling beter worden verdeeld, bijvoorbeeld doordat er minder beroep gedaan wordt op familieleden. Een recente peiling onder deelnemers aan een VZC in Deventer maak het aannemelijk dat VZCs inderdaad zorgen voor een afname van eenzaamheid en grotere zelfredzaamheid van ouderen (zie Academy het Dorp, 2023).

Daarnaast zijn een aantal positieve **neveneffecten** te verwachten vanwege het opschalen van VZC. Zo zal ook voor andere bewoners het aantal activiteiten in de wijk toenemen en zal het gevoel van veiligheid toenemen, omdat inwoners elkaar beter kennen. Bewoners worden makkelijker benaderbaar voor professionals, wat ook kan leiden tot een niet beoogde toename van het gebruik van zorg en ondersteuning.

De belangrijkste **impact** is een toename van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners van Almere. Dit leidt tot een afname van de druk op de eerstelijnszorg. Hierdoor ontstaat ruimte voor de verschuiving van zorg uit andere pijlers. Verder neemt het beroep op informele zorg door dit project toe, hoewel er (doordat meer inwoners betrokken worden) ook sprake is van een betere verdeling.

Samen Sterker in de Wijk

SSidW is een domeinoverstijgende manier van werken tussen sociaal domein in de wijk en curatieve zorg, gericht op mensen met mentale klachten. Kern is dat hulpverleners laagdrempelig en vroegtijdig met de inwoner in gesprek gaan en advies op maat geven over de juiste steun, hulp en zorg. De regie ligt zoveel mogelijk bij de inwoner. Binnen Almere zijn momenteel al verschillende partners betrokken bij de pilotprojecten: De Schoor, GGZ Centraal, Kwintes, Leger des Heils, Triade Vitree, Amethist, GGD, Eigenwijze Compagnie en de wijkteams. PGA zal samen met deze partners SSidW uitbreiden door hulpverleners te trainen in deze domeinoverstijgende manier van werken en door ook huisartsen en andere GGZ-partijen hierbij mee te nemen.

Binnen dit project worden een aantal **activiteiten** uitgevoerd. Zo zal PGA in eerste instantie de weg vrij maken voor deze domeinoverstijgende manier van werken door betrokken professionals te vragen zich te committeren aan "samen één plan" voor een patiënt die volgens de SSidW-wijze wordt geholpen. Daarnaast wordt een training ontwikkeld gericht op sleutelpersonen binnen betrokken organisaties, volgens het principe van train-de-trainer, met als doel dat deze sleutelpersonen de andere hulpverleners in hun omgeving leren werken volgens de SSidW-methode. Ook zal PGA het SSidW-project uitbreiden naar meerdere wijken, drie in 2025 en vervolgens naar alle wijken van Almere. Daarnaast zal PGA een ervaringsnetwerk instellen, zodat geleerd kan worden van elkaars ervaringen.

De belangrijke **output** van dit project is het opleiden van 72 sleutelpersonen in 2025, die met hun teams uiteindelijk 120 cases per jaar zullen behandelen als het project volledig op sterkte is.

Een belangrijke **outcome** van dit project is een afname van eerstelijnszorg, zowel vanuit huisartsen als de GGZ. Hoewel nog maar beperkt onderzoek beschikbaar is naar de afname van zorgkosten door deze andere werkwijze, laten de huidige pilots in Almere veelbelovende resultaten zien. Zo blijkt uit een analyse van vijftien cases, dat betrokken patiënten geholpen worden door slechts enkele uren inzet van hulpverleners. Daarmee zijn de kosten

van deze hulp laag. De opbrengst bestaat uit het voorkomen van inzet van veel duurdere zorg, zoals begeleiding vanuit de WMO of (crisis)opvang.

Het project leidt daarnaast naar verwachting tot een aantal **neveneffecten**. Zo zal de zelfredzaamheid van patiënten toenemen doordat zij meer worden aangesproken op de zaken die ze wél kunnen. Onderdeel daarvan is dat patiënten ook ondersteuning zoeken in hun directe omgeving, waaronder faciliteiten binnen het sociale domein. Daarmee neemt de vraag naar ondersteuning vanuit het sociaal domein toe.

De belangrijkste **impact** van SSidW is een integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek. Daarbij ligt de focus op de inzet van zorg en ondersteuning tussen de verschillende domeinen. Daarnaast draagt het project ook bij aan de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners van Almere. Langs deze kanalen neemt de druk op de eerstelijnszorg af, waardoor ruimte ontstaat voor de verschuiving van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn in andere projecten. De druk op het sociaal domein en informele zorg neemt wel toe.

Welzijn op Recept

In Almere voeren Zorggroep Almere, de ReHA en De Schoor al enige jaren *Welzijn op Recept* (WoR) uit in drie wijken. WoR is een alternatief voor mensen met psychosociale en psychosomatische klachten. In plaats van het voorschrijven van medicatie verwijst de huisarts of POH patiënten door naar het sociaal domein via een welzijnscoach. WoR kent twee doelen, namelijk het verhogen van het welbevinden van patiënten met psychosociale en psychosomatische problematiek en het verlagen van het zorggebruik binnen de eerstelijnszorg. Op basis van deze positieve ervaringen wil PGA met dit project WoR opschalen naar alle huisartsenpraktijken in Almere.

De belangrijkste **activiteit** om WoR uit te bereiden is het opleiden en aanstellen van welzijnscoaches. Eind 2025 zullen 8 tot 12 coaches zijn opgeleid (gezaamenlijk 7,25 FTE), die in totaal een capaciteit hebben van zo'n 850 verwijzingen per jaar – in de jaren daarna kan WoR nog verder worden uitgebouwd. De welzijnscoaches zullen de patiënten onder meer helpen om weer actief deel te nemen aan de samenleving. Denk daarbij aan deelname aan buurtkamers, wandelgroepen, creatieve en activiteiten, sport en levensbeschouwing en zingeving. Daarnaast zal PGA huisartsen en andere zorgverleners inlichten over het belang van WoR en een data-infrastructuur opzetten voor de verwijzingen. Om het project te monitoren sluit PGA aan bij de landelijke aanpak inzake monitoren, evalueren en effectmeten van WoR.⁵ Daarnaast voert PGA een sociale impactmeting uit.

De **output** van het project bestaat in de eerste plaats uit de behandeling van circa 850 patiënten per jaar door welzijnscoaches, op termijn naar verwachting oplopend naar 1050. Van deze patiënten zal worden geregistreerd welke activiteiten zij ondernemen, van welke welzijnsvoorzieningen zij gebruik maken en of ze vroegtijdig uitvallen.

Onderzoek (Pomp, 2023) laat zien dat welzijnscoaches in staat zijn om inwoners te activeren en daarmee de psychosociale en psychosomatische problematiek te verminderen. Dit leidt tot een afname van het aantal huisartsconsulten en GGZ-behandelingen. Daarnaast leidt het, in combinatie met extra begeleiding vanuit de WMO, tot uitstel van opname in een verpleeghuis. Dit zijn dan ook de belangrijkste **outcomes** van dit project.

Daarnaast leidt dit project naar verwachting tot een aantal **neveneffecten**. Zo blijkt uit ervaring met bestaande WoR-verwijzingen dat de zelfstandigheid van inwoners toeneemt en dat ze hun van eigenwaarde vergroten door actiever deel te nemen aan de samenleving.

⁵ Zie [hier](#) de handreiking voor deze aanpak van het Welzijn op Recept Landelijk Kennisnetwerk.

De belangrijkste **impact** van WoR is een integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek. Hierdoor neemt de druk op de eerstelijnszorg in Almere af. Er is ook een besparing op verpleeghuiszorg. De druk op het sociaal domein neemt toe.

3.3 Minder nadruk op ziekte en meer op gezondheid

Doel van Pijler 2 is om meer aandacht te hebben voor het belang van gezondheid. Dit geldt zowel voor medewerkers in de zorg als voor inwoners van Almere. Binnen deze pijler worden verschillende activiteiten ontwikkeld om dit te bereiken. Tabel 3.3 werkt de beleidstheorie uit voor drie projecten binnen deze pijler.

Tabel 3.3 Beleidstheorie voor Pijler 2

	Trainen medewerker in zorg en welzijn	Inspiratiebijeenkomsten inwoners Almere	Leestijlloket
Input	PM	PM	PM
Activiteiten	- Inrichten van een opleiding PG voor zorg en welzijnsmedewerkers - Het opleiden van medewerkers in zorg en welzijn - Het opzetten van een lerend netwerk PG van medewerkers uit de verschillende PGA organisaties	- Bijeenkomsten voor inwoners	- PG scholing van professionals betrokken bij het Leestijlloket - PGA ontwikkelt een actueel overzicht leefstijlinterventies - Inrichting digitale verwijsproces - Opzetten van één leefstijlloket - Medewerkers huisartsenpraktijk en medisch en verpleegkundig specialisten inlichten over belang van leefstijlloket en de gewenste inzet ervan
Outputs	- Medewerkers handelen vanuit het PG gedachtengoed	- Inwoners hebben kennis gemaakt met het gedachtengoed en handvatten gekregen om ermee aan de slag te gaan	- Patiënten maken gebruik van het Leestijlloket
Outcomes	- Grotere zelfredzaamheid patiënten - Minder gebruik van formele zorg. - Meer werkplezier en minder werkdruk getrainde medewerkers	- Grotere zelfredzaamheid inwoners	- Minder huisartsconsulten - Sneller herstel na een medische ingreep - Betere gezondheid patiënten
Neveneffecten	- Groter beroep op informele zorg	- Groter beroep op informele zorg	
Impact	- Meer veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid - Minder druk op de zorg in Almere	- Meer veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid - Minder druk op de zorg in Almere	- Meer veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid - Minder druk op de zorg in Almere

Bron: SEO Economisch Onderzoek op basis van gesprekken met de kwartiermaker van Pijler 2

Trainen medewerkers in zorg en welzijn

Doel van dit project is dat zorg- en welzijnsmedewerkers hun patiënten of cliënten begeleiden bij het verkrijgen van inzicht in de onderliggende hulpvraag, de bijdrage die zij zelf kunnen leveren aan de oplossing en de mogelijk

resterende behoefte aan behandeling of begeleiding. Hiermee wordt nadrukkelijk de vraag: ‘wat kunt u zelf’ geadresseerd en wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om de zelfredzaamheid te vergroten.

Binnen dit project voert PGA een aantal **activiteiten** uit. Ten eerste wordt door PGA een opleiding ontwikkeld. De basistraining bestaat al, is gecertificeerd en bestaat uit vier maal drie uur training. Daarnaast zal PGA aangepaste modules ontwikkelen voor zorgverleners die al een vergelijkbare methodiek gebruiken, maar aanvullend nog over Positieve Gezondheid geschoold moeten worden. De belangrijkste activiteit is het opleiden van ruim tweehonderd medewerkers in het gedachtegoed van Positieve Gezondheid in de periode 2024-2025. Daarnaast wordt een lerend netwerk opgezet, dat zorgt voor kennisuitwisseling tussen verschillende medewerkers, om zo na te gaan welke aspecten van de benadering goed werken en wat nog kan worden verbeterd.

De belangrijkste **output** van dit project zijn de getrainde medewerkers, die handelen vanuit het PG gedachtegoed. De verwachte **outcomes** zijn een grotere zelfredzaamheid van de patiënten, daardoor minder zorggebruik en meer werkplezier van de zorgprofessionals. Uit onderzoek naar eerdere ervaringen met de inzet van Positieve Gezondheid blijkt een positief effect (Proscop, 2023). Wel is de benadering iets anders dan de binnen dit project geplande inzet, omdat de huisartsenzorg hierin centraal staat. Het onderzoek laat zien dat een langer huisartsconsult en aandacht hierbinnen voor Positieve Gezondheid leidt tot minder vervolggconsulten, minder behandelingen door huisartsen en minder verwijzingen. Een **neveneffect** van de inzet van Positieve Gezondheid is dat naar verwachting meer aanspraak wordt gemaakt op informele zorg.

Een toename van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van de inwoners van Almere vormt de belangrijkste **impact** van dit project. Dit werkt door in een lagere druk op de zorg in Almere, met name in de eerste lijn en het sociaal domein. De druk die werknemers in zorg en welzijn ervaren neemt mogelijk ook af door meer werkplezier.

Inspiratiebijeenkomsten voor inwoners van Almere

PGA richt zich ook op de inwoners van Almere. Door het organiseren van kennis- en inspiratiebijeenkomsten voor inwoners van Almere neemt PGA hen mee in het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Hiermee raken de inwoners vertrouwd met dit gedachtegoed en daarmee ook met de benadering van de zorg- en welzijnsmedewerkers. Die zullen immers volgens dit gedachtegoed (gaan) werken. Doel van de bijeenkomsten is daarmee tweeledig. Enerzijds is de bedoeling dat inwoners geïnspireerd raken om hun gedrag aan te passen en te profiteren van hun mogelijkheden om problematiek zelf aan te pakken. Anderzijds wordt voor hen zo duidelijk dat zorgverleners de inwoners voortaan meer zullen aanspreken op hun veerkracht, gezondheid en gedrag.

De **activiteiten** van dit project behelzen het organiseren van inspiratiebijeenkomsten voor inwoners van Almere, inclusief een goed uitnodigingsbeleid via sociale media, persberichten, intermediairs, sleutelfiguren en PGA-organisaties. De **output** is dat in 2024 circa 75 en in 2025 circa 200 inwoners van Almere hebben deelgenomen aan een inspiratiebijeenkomst. De te verwachte **outcome** en tevens **impact** is een grotere zelfredzaamheid van inwoners. Dit werkt door in een lagere druk op de zorg in Almere, met name in de eerste lijn en het sociaal domein. Mogelijk neemt het beroep op informele zorg wel toe.

Leefstijlloket

Leefstijlverandering is belangrijk om verergering of terugval van een aandoening te voorkomen. Medici hebben echter vaak onvoldoende tijd om de leefstijl uitgebreid te bespreken en zijn hier ook niet voor opgeleid. Een leefstijlloket helpt mensen om hun leefstijl aan te passen. In een leefstijlloket gaat de leefstijlmakelaar in gesprek met patiënten met een leefstijlgerelateerde aandoening en met inwoners die hun gezondheid willen verbeteren.

Huisartsen en medisch specialisten kunnen naar het loket verwijzen. PGA ontwikkelt een actueel overzicht van leefstijlinterventies die het *Leefstijlloket* ondersteunt. PGA sluit aan bij de ontwikkeling van het leefstijlspreekuur in de eerste lijn en maakt verbinding met het sociaal domein. Daarbij zal het *Leefstijlloket* werken vanuit het gedachtengoed van Positieve Gezondheid.

Binnen dit project zal PGA verschillende **activiteiten** uitvoeren. PGA zal zorgen voor de scholing van de circa zes professionals die het leefstijlloket zullen bemannen, een actueel overzicht bijhouden van leefstijlinterventies en een locatie zoeken voor het leefstijlloket en die inrichten, inclusief een digitaal verwijsproces. Daarnaast zal PGA medewerkers van huisartsenpraktijken en medisch en verpleegkundig specialisten inlichten over belang van leefstijlloketten en de gewenste inzet ervan.

De verwachte **output** van het *Leefstijlloket* is dat hier jaarlijks zo'n 300 patiënten gebruik van maken. De daarbij verwachte **outcomes** zijn minder huisartsconsulten doordat inwoners gezonder gaan leven en sneller herstel na een medische ingreep. Het leefstijlloket is een bekend concept dat verschillende ziekenhuizen al toepassen. Ook loopt een vierjarig onderzoek (het LOFIT-project) naar de effectiviteit van deze loketten. Momenteel wordt in drie ziekenhuizen het leefstijlloket geëvalueerd in een gerandomiseerd onderzoek bij patiënten met artrose of een gewrichtsvervangende ingreep, een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes of nierziekten, waarbij ook aandacht is voor de kosteneffectiviteit. Uit de opkomst van leefstijlloketten blijkt dat geneeskundigen verwachten dat deze preventieve maatregel effect zal hebben.

Een toename van de veerkracht, gezondheid en zelfredzaamheid van de inwoners van Almere vormt de belangrijkste **impact** van dit project. Dit werkt door in een lagere druk op de zorg in Almere, met name in de eerste lijn. Een grotere gezondheid verkleint ook het beroep op het sociaal domein en informele zorg.

3.4 Zorg zo dicht mogelijk bij huis

Pijler 3 richt zich op het zo dicht mogelijk bij huis brengen van de zorg. Het uitgangspunt hier is zelfstandig als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Tabel 3.4 beschrijft de beleidstheorie voor de vier projecten die onder deze pijler vallen.

Tabel 3.4 Beleidstheorie voor Pijler 3

	Medicatie@home	Monitoring@home	Palliatieve zorg dichterbij huis	Wij doen het zelf
Input	PM	PM	PM	PM
Activiteiten	- Ontwikkeling transmurale zorgpaden - Scholing (wijk)verpleegkundigen - Hub inrichten - Betrokken partijen inlichten over oogdruppelbril	- In kaart brengen van het aantal zorgpaden in het Flevoziekenhuis - (Door)ontwikkeling van transmurale zorgpaden - Opzetten van data-infrastructuur - Zorgmedewerkers trainen in het gebruik van de app - Opzetten ondersteuning van	- Opzetten van een digitaal informatiesysteem dat de patiënt volgt en dat beschikbaar is voor alle betrokken partijen - Uitbreiding van het aantal hospice-bedden/pall spec. bedden in Almere - In kaart brengen knelpunten en implementeren van andere oplossingen	- Patiëntinformatie verbeteren in toegankelijkheid, beschikbaarheid en begrijpelijkheid - Digitale vaardigheden van medewerkers en patiënten inventariseren en verbeteren - Inventarisatie keuzehulp voor samen beslissen

		patiënten in gebruik digitale hulpmiddelen - Omvang patiëntengroep bepalen - Patiënten werven en includeren	- Zorgverleners trainen of werven die patiënten en/of hun mantelzorgers verpleegtechnische handelingen aanleren
Outputs	- Toename medicatie en begeleiding via 1e lijn - Meer dagbehandelingen thuis of in een hub - Patiënten krijgen standaard een oogdruppelbril mee.	- Patiënten nemen deel aan telemonitoring-programma's - Patiënten coloncare krijgen digitale ondersteuning bij eerder ontslag	- Meer patiënten ontvangen thuis of in een hospice of in een spec. pall. bed tijdig palliatieve zorg - Meer patiënten zijn in regie
Outcomes	- Minder beslag op ziekenhuiscapaciteit - Minder belasting van patiënten en mantelzorgers - Meer werkplezier van zorgmedewerker	- Minder poliklinische bezoeken - Minder spoedopnames - Minder ligduur - Meer comfort voor patiënten	- De situatie bij overlijden sluit beter aan bij de wens van de patiënt - Minder ligdagen in het ziekenhuis - Minder crisisopnames
Neveneffecten	- Groter risico op medicatiebeheerfouten - Groter risico op therapie ontrouw - Meer belasting mantelzorgers	- Monitoring ontrouw - Weigeraars - Complicaties bij coloncare	- Patiënten vinden dat de zorg minder toegankelijk is - Patiënten vinden het vervelend dat zij meer zelf doen
Impact	- Integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek - Minder druk op de zorg in Almere	- Integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek - Minder druk op de zorg in Almere	- Integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek - Minder druk op de zorg in Almere

Bron: SEO Economisch Onderzoek op basis van gesprekken met de kwartiermaker van Pijler 3

Medicatie@home

Patiënten krijgen soms medicatie in het ziekenhuis, terwijl dat niet nodig is. Dit belast zowel de patiënten als mantelzorgers. De inzet van dit project is om voor patiënten voor een aantal ziektebeelden op een veilige manier de medicatie thuis of op een hub te laten krijgen of zelf te laten gebruiken. De hiermee opgedane ervaringen wordt gebruikt voor ziektebeelden die op langere termijn aan bod kunnen komen.

Binnen dit project worden een aantal **activiteiten** uitgevoerd. Er worden transmurale zorgpaden ontwikkeld voor de ziektebeelden CAPD, COPD, Astma en maag-, darm en leverziekten (MDL). Er wordt een scholingsprogramma voor medewerkers wijkverpleging ontwikkeld en vervolgens uitgevoerd. (Wijk)verpleegkundigen worden getraind om de specialistische injecties van afdeling MDL aan de patiënten te geven in de thuissituatie en om het de

patiënten zelf aan te leren om te injecteren. Er wordt ook een hub ingericht voor de toediening van chemotherapie. Hiertoe worden randvoorwaarden opgesteld en wordt een locatie gereedgemaakt.

Daarnaast krijgen patiënten van de afdeling oogheelkunde bij voorschrift voor het druppelen van de ogen standaard een oogdruppelbril mee. Hiertoe worden betrokken partijen ingelicht over het hoe en waarom van het druppelen met een oogdruppelbril in plaats van door de wijkverpleging. Hiervoor worden informatiefolder en flyers gemaakt.

De belangrijkste **output** van dit project is dat meer medicatie en begeleiding via de eerste lijn plaatsvindt. Zo is het streven dat de wijkverpleging in 2024 vijftig patiënten minimaal eens per twee weken de injecties Ustekinumab en Adalimumab toedient. De longafdeling van het Flevoziekenhuis verwijst in 2024 dertig patiënten door met COPD of Astma. Daarnaast beginnen (wijk)verpleegkundigen met het begeleiden van patiënten thuis bij de CAPD en de toediening van chemotherapie moet grotendeels plaatsvinden in een hub – in 2026 gaat het om duizend behandelingen. Patiënten van afdeling oogheelkunde krijgen bij voorschrift voor het druppelen van de ogen standaard een oogdruppelbril mee.

Minder inzet van ziekenhuiszorg is een van de **outcomes** van *Medicatie@home*. Patiënten gaan voor medicatie niet meer naar het ziekenhuis. Voor patiënten maakt dit de ziekte wellicht minder belastend. Bovendien neemt de eigen regie toe voor behandelingen die de patiënt zelf uit kan voeren, zoals zelf oogdruppelen. De belasting van mantelzorgers vermindert ook. Als de patiënt in de thuissituatie wordt geholpen hoeft de mantelzorger niet persé aanwezig te zijn. In de hub is het voor de mantelzorger ook prettiger vertoeven dan in het ziekenhuis. Verder wordt het werk in de wijkverpleging aantrekkelijker omdat verpleegkundigen meer (be)handelingen uitvoeren. Er kunnen ook **neveneffecten** optreden, zoals meer medicatiebeheerfouten, therapieontrouw of juist een grotere belasting van mantelzorgers – bijvoorbeeld als ze erop toe moeten zien dat de patiënt de medicijnen neemt.

Het project heeft **impact** op het integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek en op het verminderen van de druk op de ziekenhuiszorg in Almere. De inzet van zorgpersoneel in de tweede lijn neemt af en de inzet van zorgpersoneel in de eerste lijn neemt toe. Deze verplaatsing hoeft per saldo niet tot een afname van de inzet van zorgpersoneel te leiden en er valt dan ook niet direct een grote daling van de kosten te verwachten. Het project leidt vooral tot een grotere toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg. De druk op de eerstelijnszorg neemt toe, andere projecten in PGA moeten zorgen voor voldoende ruimte. Als meer patiënten *zelf* medicatie gaan gebruiken, dan neemt de inzet van zorgpersoneel in zowel de tweede als de eerste lijn af en kunnen er wel substantiële kostenbesparingen ontstaan. *Medicatie@home* wordt gezien als een noodzakelijke tussenstap richting deze doelstelling voor de lange termijn.

Monitoring@home

Met telemonitoring doet de patiënt zelfmetingen en deelt deze met een zorgprofessional volgens een afgesproken beleid. Patiënten gebruiken een app (Luscii) waarin ze vragen over het beloop van hun ziekte invullen en met een gespecialiseerd verpleegkundige indien nodig kunnen chatten. Tegelijkertijd ontvangt een verpleegkundige early warnings bij achteruitgang, waarna de patiënt een instructie krijgt of contact met de patiënt wordt opgenomen. Zo krijgen patiënten meer regie en wordt er alleen een beroep op de (voornamelijk tweede lijns)zorg gedaan wanneer dat echt noodzakelijk is. Telemonitoring wordt ingezet bij chronische zorg en voor ligduurverkortings bij colonicare.

Het project bestaat uit verschillende **activiteiten**, waaronder het in kaart brengen en (door)ontwikkelen van transmurale zorgpaden. Om aan de IZA-doelstelling '70% van de zorgpaden wordt in 2026 hybride aangeboden' te voldoen, moet allereerst duidelijk zijn hoeveel zorgpaden er in het Flevoziekenhuis worden onderscheiden en

hoeveel patiënten hier gebruik van maken. Er worden vervolgens transmurale zorgpaden opgesteld voor IBD, cardiologie hartfalen, cardiologie post-ACS, astma, COPD, colorectaal carcinoom en voor alle chemotherapieën. Daarnaast wordt de benodigde data-infrastructuur opgezet en worden zorgmedewerkers getraind in het gebruik van de app Luscii, waarvoor een trainingsprogramma wordt opgezet. Voor het gebruik van de app worden er ook een ondersteuningsprogramma, ondersteuningsmiddelen en een ondersteuningsstructuur voor patiënten opgesteld. Tenslotte vindt werving en inclusie van patiënten plaats.

De **output** van *Monitoring@home* is de deelname van patiënten aan de telemonitoringprogramma's. Patiënten coloncare krijgen digitale ondersteuning bij eerder ontslag. Het is de bedoeling dat deze patiënten na een operatie twee dagen eerder naar huis kunnen.

Een **outcome** van het project is dat het aantal poliklinische bezoeken afneemt. Omdat patiënten zelfmetingen met zorgprofessionals delen hoeven ze minder vaak naar het ziekenhuis. Door de early warnings in het systeem neemt het aantal spoedaufnames ook af. Dit vertaalt zich ook in een afname van de ligduur in het ziekenhuis. De wetenschappelijke literatuur ondersteunt deze aanname. Een systematisch literatuuroverzicht van Taylor et al. (2021) concludeert bijvoorbeeld dat telemonitoring het gebruik van acute zorg (opnames, ligduur en SEH-bezoeken) voor patiënten met hart- en vaatziekten en COPD kan verminderen. Dit kan zich ook vertalen in een hogere kosteneffectiviteit (Esteban et al., 2024). Verder is telemonitoring comfortabeler voor de patiënt dan voor metingen naar het ziekenhuis gaan. Een **neveneffect** is het risico dat sommige patiënten niet trouw monitoren, wat voor deze groep juist kan leiden tot meer spoedopnames. Bij coloncare kan eerder ontslag leiden tot complicaties.

Het project heeft **impact** op het integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek en op het verminderen van de druk op de ziekenhuiszorg in Almere. De inzet van zorgpersoneel in de tweede lijn neemt af en de inzet van zorgpersoneel in de eerste lijn neemt toe. Deze verplaatsing hoeft per saldo niet tot een afname van de inzet van zorgpersoneel te leiden. Net als bij *Medicatie@home* neemt de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg toe en is dit project afhankelijk van andere projecten in PGA om voldoende ruimte in de eerste lijn te creëren. Het verminderde beroep op acute zorg leidt wel tot een afname van de inzet van zorgpersoneel.

Palliatieve zorg dichtbij huis

In Almere zijn er jaarlijks zo'n 500 niet onverwachte overlijdens buiten de Wlz. Flevoland is binnen Nederland 'koploper' in ziekenhuisopnames in de laatste levensmaand. Te vaak gebeurt het nu dat patiënten in de palliatieve fase onnodig in het ziekenhuis worden opgenomen. De wens is vaak (bij 86 procent van de oncologiepatiënten) om niet in het ziekenhuis te overlijden; de praktijk in Almere is dat 41 procent van de palliatieve patiënten thuis overlijdt. Dit project beoogt de transformatie van palliatieve zorg, door de implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg.⁶ Een belangrijk onderdeel hiervan is het vastleggen en voor zorgverleners toegankelijk maken van de wensen van de patiënt met betrekking tot de laatste levensfase.

Een eerste **activiteit** hiertoe is het opzetten van een digitaal informatiesysteem dat de patiënt volgt en dat beschikbaar is voor alle betrokken partijen. Het gaat ondermeer om het tijdig markeren van palliatieve patiënten in het patiëntendossier, zodat dit voor patiënten en zorgverleners zichtbaar is. Voor gemarkeerde patiënten wordt vastgelegd welke wensen en behoeften zij hebben ten aanzien van zorg in het laatste levensjaar, volgens het Advance Care Planning (ACP) format, zodat zorgverleners deze informatie in kunnen zien. Hierbij bouwt het project voort op de digitale gegevensuitwisselingsorganisatie en de implementatie van een data-infrastructuur die Pijler 5 tot stand brengt. Daarnaast wordt het aantal hospice-bedden uitgebreid. Een werkgroep gaat op zoek naar andere

⁶ Het Kwaliteitskader palliatieve zorg is [hier](#) terug te vinden.

oplossingen voor de coördinatie en continuïteit van de zorgketen in het laatste levensjaar van een palliatieve patiënt en naar andere oplossingen die de palliatieve zorg efficiënter maken, met name voor de eerstelijnszorg.

Een belangrijke **output** van het project is dat meer patiënten thuis of in een hospice of in een specialistisch palliatief bed tijdig palliatieve zorg ontvangen. Daarnaast zijn patiënten door het informatiesysteem meer in regie. Met een druk op de knop hebben ze zicht op hun gegevens en de gemaakte zorgafspraken.

Een **outcome** is dat de situatie bij overlijden beter aansluit bij de wens van de patiënt. Het aantal ‘passende overlijdens’ conform de aangegeven wensen met betrekking tot locatie en proces neemt toe. Er vinden minder crisisopnames in het ziekenhuis plaats. Hierdoor neemt het aantal dagen dat een palliatieve patiënt in het ziekenhuis ligt af. Dit geldt vooral voor de laatste dertig dagen voor het overlijden. De wetenschappelijke literatuur ondersteunt deze aanname. Een systematisch literatuuroverzicht van Gonzalez-Jaramillo et al. (2021) laat bijvoorbeeld zien dat aan huis verstrekte palliatieve zorg het aantal en de duur van ziekenhuisbezoeken vermindert en dat de totale zorgkosten hierdoor afnemen. Dit geldt vooral voor de laatste één à twee maanden voor het overlijden. Een rapport van Gupta strategists (2024) maakt aannemelijk dat er door de invoering van het Kwaliteitskader palliatieve zorg ook forse besparingen in de Nederlandse setting mogelijk zijn. Een systematisch literatuuroverzicht van Perea-Bello et al. (2024) plaatst daarbij wel de kanttekening dat de verhouding tussen kosten en baten om kan slaan als de belasting van mantelzorgers hierin wordt meegewogen. Dit onderstreept het belang om de belasting van mantelzorgers in de transformatie in het oog te houden en indien nodig passende ondersteuning te bieden, bijvoorbeeld in de vorm van respijtzorg.

Het project heeft **impact** op het integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek en op het verminderen van de druk op de zorg in Almere. De inzet van zorgpersoneel in de tweede lijn neemt af. Hierdoor neemt de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg toe. Hier staat een toename van de inzet van huisartsen, praktijkondersteuners, (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers tegenover. Andere projecten in PGA zullen hiervoor voldoende ruimte moeten creëren.

Wij doen het zelf

Het project *Wij doen het zelf* gaat er van uit dat wanneer patiënten (en mantelzorgers) over goede gezondheidsvaardigheden beschikken, zij deel uit kunnen maken van hun zorgteam waardoor zij bewuster beslissingen rondom zorg en ziekte kunnen nemen en zelf meer zorgtaken kunnen uitvoeren. De ongunstige bevolkingssamenstelling van Almere wat betreft sociaaleconomische positie maakt het extra belangrijk om hier aan te werken. Er is in Almere ook veel laaggeletterdheid en er wonen veel mensen met een migratieachtergrond. Daarnaast vormen digitale gezondheidsvaardigheden voor de snel groeiende groep 75-plussers een uitdaging. Dit is extra belangrijk vanwege de digitalisering van de onderdelen van de zorg, zoals de invoering van telemonitoring.

Het project richt zich op (verbeteren van) gezondheidsvaardigheden van de patiënt en de mantelzorger, van de zorgprofessionals en van de zorgorganisaties. Onderwerpen in *Wij doen het zelf* zijn patiëntcommunicatie (communicatie en betrokkenheid) en het zelf uitvoeren van taken. Bij patiëntcommunicatie gaat het om het toegankelijk, begrijpelijk en beschikbaar maken van informatie voor de patiënt, het ondersteunen bij het verkrijgen van digitale vaardigheden, het inrichten van een ondersteuningsstructuur en gezamenlijke besluitvorming rondom ziekte en zorg (samen beslissen). Bij het zelf uitvoeren van taken gaat het om lichte zorgtaken die patiënten en mantelzorgers makkelijk zelf kunnen uitvoeren, wat hen minder afhankelijk maakt van zorgverleners.

Het project bestaat uit een aantal **activiteiten**. De toegankelijkheid, beschikbaarheid en begrijpelijkheid van de informatie voor patiënten wordt verbeterd. Hiertoe worden een pilotgroep van patiënten voor het testen van

patiëntinformatie en een werkgroep van transmurale zorgverleners opgezet. Daarnaast worden de digitale vaardigheden van medewerkers en patiënten geïnventariseerd en verbeterd middels training en het opzetten van een helpdesk. In het Flevoziekenhuis en bij de huisartsen worden er digicoaches geworven en opgeleid. Er wordt daarnaast een inventarisatie gemaakt van de behoefte aan het invoeren van Samen beslissen in het Flevoziekenhuis en aan de digitale keuzehulpen die hiervoor beschikbaar zijn. Ook vindt er een inventarisatie plaats van verpleegtechnische handelingen die patiënten, eventueel met hun mantelzorger, zelf kunnen uitvoeren. Tenslotte worden zorgverleners getraind of geworven die patiënten en hun mantelzorgers verpleegtechnische handelingen aanleren

De **outputs** zijn dat patiëntinformatie toegankelijk, beschikbaar en begrijpelijk is, dat patiënten en zorgverleners digitaal vaardig zijn en dat patiënten en zorgverleners vaker samen beslissen. Een eerste **outcome** is dat de gezondheidsbeleving van patiënten verbetert. Patiënten worden ook zelfredzamer en doen daardoor minder beroep op formele zorg, bijvoorbeeld omdat ze online vragen stellen via Spreekuur.nl, in plaats van naar de huisarts te gaan. De wijkverpleging voert minder zorg uit die patiënten na een training, eventueel met hun mantelzorger, zelf kunnen doen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het verzorgen van een stoma, sondevoeding, de ogen druppelen middels een druppelbril, zelf medicatie toedienen middels een uitgifteapparaat of automatische medicijndispenser of het meten van bloedsuiker.

Mogelijke **neveneffecten** zijn dat de toegankelijkheid van de zorg in de beleving van sommige patiënten afneemt, of dat sommige patiënten of mantelzorgers het vervelend vinden dat zij meer zelf moeten doen.

De **impacts** van dit project hebben betrekking op alle drie de strategische doelen van PGA. In het bijzonder neemt de gezondheidsbeleving en zelfredzaamheid van inwoners toe, doordat hun digitale vaardigheden verbeteren en ze meer zorgtaken zelf uitvoeren. De afname van het beroep op huisartsen en wijkverpleegkundigen sluit aan bij het passend aanbod van zorg op de juiste plek. De druk op de eerstelijnszorg in Almere neemt zo ook af, waardoor de toegankelijkheid van deze zorg toeneemt en er ruimte ontstaat voor het opvangen van de extra vraag door de andere projecten in deze pijler. Bovendien faciliteert de versterking van (digitale) gezondheidsvaardigheden de invoering van thuismedicatie en telemonitoring, wat indirect bijdraagt aan het verminderen van de druk op de ziekenhuiszorg. *We doen het zelf* vraagt wel wat van patiënten en mantelzorgers.

3.5 Betere doorstroom in de keten

Pijler 4 beoogt een betere doorstroom in de keten en het netwerk. De pijler bevat twee maatregelen die de gemeente Almere uit de Transformatiemiddelen IZA wil bekostigen: een regionaal transferpunt en een gezamenlijke ouderenafdeling. Tabel 3.5 bevat de beleidstheorie voor deze projecten.

Tabel 3.5 Beleidstheorie voor Pijler 4

	Regionaal transferpunt	Gezamenlijke ouderenafdeling
Input	PM	PM
Activiteiten	- Proces inrichten en werkafspraken maken tussen samenwerkende partijen - Communicatiemiddelen opstellen	- Formeren en vaststellen van de projectgroep en betrokken actieve stakeholders - Werkafspraken maken tussen de samenwerkende partijen - Communicatiemiddelen ontwikkelen
Outputs	- Snellere plaatsing van aanvragen	- Op de SEH triëren voor de juiste plek van opname

Outcomes	- Kortere doorlooptijden van coördinatieverzoeken	- Meer oudere patiënten die binnen drie dagen na opname starten met geriatrische revalidatie - Patiënten ervaren een hogere kwaliteit van de zorg
	- Het aantal ligdagen in een verkeerd bed neemt af - Huisartsen en mantelzorgers worden ontlast bij het vinden van passende vervolgzorg.	- Minder ouderen worden opgenomen in het ziekenhuis vanuit de SEH - Afname delier tijdens klinische opname - Patiënten herstellen sneller - Minder heropnames ouderen in het Flevoziekenhuis
	Neveneffecten	
Impact	- Betere samenwerking in de regio. - Integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek - Minder druk op de zorg in Almere	- Integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek - Minder druk op de zorg in Almere - Betere gezondheid, veerkracht en zelf- en samenredzaamheid van inwoners

Bron: SEO Economisch Onderzoek op basis van gesprekken met de kwartiermaker van Pijler 4

Regionaal Transferpunt (RTP) Almere

Het Regionaal Transferpunt (RTP) Almere beoogt een verbetering van doorstroom en uitstroom binnen de (acute) zorgketen door het samenvoegen (fysiek, digitaal of hybride) van transferafdelingen van Zorggroep Almere en Woonzorg Flevoland. Het RTP ondersteunt zorgprofessionals bij het regelen van acute wijkverpleging en (tijdelijk) verblijf, zorgt dat patiënten niet meer onnodig opgenomen hoeven te worden, zorgt dat zorgaanbieders veilig en verantwoord patiëntgegevens digitaal kunnen overdragen en beschikt over de zorgvraag en indicatie waardoor de juiste zorg direct kan starten. Vanuit een centraal transferpunt worden zorgprofessionals gefaciliteerd bij het regelen dat patiënten meteen op de juiste plek terecht komen. Hieronder valt ook de ELV-coördinatiefunctie. De intentie is om ook de Flevolandse zorgaanbieders buiten Almere bij het RTP aan te sluiten, zodat deze functie voor heel Flevoland beschikbaar komt. Het *RTP Almere* is complementair aan of onderdeel van een Zorgcoördinatiecentrum. Een RTP zal de druk op de (acute) zorgketen verminderen, omdat er één loket is waar hulpverleners met hun vraag terecht kunnen als het gaat om transferzorg.

Activiteiten voor het opzetten van het RTP zijn het inrichten van het proces en het opstellen van werkafspraken tussen de samenwerkende partijen. Daarnaast worden er communicatiemiddelen opgesteld om partijen te informeren over het RTP. De livegang van het *RTP Almere* start met de inzet van een transferverpleegkundige voor het regelen van vervolgzorg.

De belangrijkste **outputs** zijn het verkorten van de doorlooptijd van plaatsingsverzoeken. Het leeuwendeel van de aanvragen moet binnen één dag resulteren in een plaatsing. Dit resulteert in de outcome dat minder patiënten in verkeerde bedden liggen. Deze bedden komen vrij voor andere patiënten. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het aantal ligdagen in het ziekenhuis afneemt als minder organisaties zich bezig houden met de transfer van patiënten uit het ziekenhuis (Fernandez et al., 2018, en Spangler et al., 2023). Ook uit ervaringen in andere ziekenhuizen blijkt de haalbaarheid van deze **outcome**. Met het Zorgtransferium slaagt het Albert Schweizer ziekenhuis er bijvoorbeeld in om meer ouderen die op de SEH binnenkomen, maar geen indicatie hebben voor een ziekenhuisopname, meteen door te leiden naar een verpleeghuisbed. Bovendien zijn zorgverleners en mantelzorgers minder tijd kwijt aan het zoeken naar een plek. Huisartsen besteden op dit moment bijvoorbeeld naar schatting ongeveer anderhalf uur per week aan het zoeken naar een plek voor hun patiënten.

De **impact** van het RTP is een integraal en passend zorgaanbod op de juiste plek. Patiënten die niet in het ziekenhuis hoeven te liggen hebben een bed in een verpleeghuis. Hierdoor neemt de beschikbaarheid van (acute) zorg in het ziekenhuis toe. Zo leidt het RTP ook tot minder druk op de zorg in Almere.

Gezamenlijke ouderenafdeling

Jaarlijks melden landelijk zo'n 730.000 ouderen zich bij de spoedeisende eerste hulp. Daarvan wordt 35 procent vervolgens opgenomen in het ziekenhuis. Terwijl de zorg daar niet altijd tot de beste uitkomsten leidt voor ouderen. Vaak leidt de opname tot nieuwe opnames en verlies van zelfredzaamheid onder ouderen. In het ziekenhuis wordt vooral met een medische blik gekeken en minder naar hoe mensen zo snel en goed mogelijk weer naar huis kunnen en wat zij nodig hebben om thuis het leven weer op te pakken.⁷

Het doel van de *Gezamenlijke ouderenafdeling* is om zoveel mogelijk van elkaars expertise en al bestaande faciliteiten gebruik te maken. Het Flevoziekenhuis en Flevoburen beschikken beide over belangrijke faciliteiten voor gespecialiseerde, klinische ouderenzorg. Zij gaan een gedifferentieerd zorgaanbod voor hoog- en laagcomplexe geriatrische problematiek creëren; een afdeling ouderengeneeskunde in het ziekenhuis voor de hoog-complexe zorg en een afdeling in Flevoburen voor de (vanuit het ziekenhuis gezien) laag-complexe klinische zorg. Het uiteindelijke doel is om ouderen zo snel mogelijk herstelgerichte zorg te bieden met de blik op terugkeer naar huis. In Amsterdam en in Purmerend is al ervaring opgedaan met deze werkwijze, in respectievelijk de Wijkkliniek en de Ouderenkliniek.

Activiteiten bestaan uit het formeren van een projectgroep. De projectgroep zal werkafspraken maken tussen de samenwerkende partijen. Er worden communicatiemiddelen opgesteld om partijen te informeren over de Gezamenlijke Ouderen Afdeling. Het is de bedoeling dat de Gezamenlijke Ouderen Afdeling in het voorjaar van 2025 live gaat.

Outputs zijn triage op de SEH voor opname op de ouderenafdeling in het Flevoziekenhuis of Flevoburen en een toename van de ouderen die binnen drie dagen na opname starten met revalidatie. Een randvoorwaarde is dat de zorg van hoge kwaliteit is, wat gemeten wordt met klanttevredenheidsonderzoek.

De **outcome** is dat minder ouderen worden opgenomen in het ziekenhuis na een bezoek aan de SEH. Ook herstellen patiënten sneller doordat eerder revalidatie wordt ingezet. Daardoor is er ook minder vaak sprake van delier. Patiënten kunnen eerder naar huis en er zijn minder heropnames. Ervaringen met de Wijkkliniek in Amsterdam ondersteunen deze aannamen. Ook uit een wetenschappelijke evaluatie van de Wijkkliniek blijkt dat het aantal heropnames afneemt (Ribbink et al., 2023).

De belangrijkste **impact** is dat de gezamenlijke ouderenafdeling ervoor zorgt dat ouderen op de juiste plek worden behandeld. Daardoor neemt de zelfredzaamheid van ouderen toe en is er minder druk op de ziekenhuiszorg.

⁷ Gebaseerd op ervaringen met de Wijkkliniek in Amsterdam, zie [hier](#).

4 Businesscases

Vijf van de 17 projecten uit het transformatieplan leveren opgeteld structurele netto besparingen op zorguitgaven op van drie à vier miljoen euro per jaar. De structurele besparing op ziekenhuiszorg bedraagt jaarlijks vier tot zeven miljoen euro. Hier staan extra uitgaven in de eerste lijn en het sociaal domein tegenover.

Dit hoofdstuk bevat rudimentaire businesscases voor vijf projecten uit het vorige hoofdstuk. Dit geeft geen volledig beeld van het besparingspotentieel van Transformatieplan PGA, want dit plan bestaat in totaal uit 17 projecten. We hebben projecten geselecteerd met voldoende aanknopingspunten om netto besparingen op de zorgkosten door te kunnen rekenen. Andere projecten leveren mogelijk ook aanzienlijke besparingen op, maar we hebben onvoldoende cijfers en literatuur om die besparingen te kunnen kwantificeren.

Tabel 4.1 vat de netto besparingen voor de projecten *Welzijn op Recept*, *Monitoring@home*, *Palliatieve zorg dichterbij huis*, *RTP Almere* en *Gezamenlijke ouderenafdelingen* samen. Hieruit blijkt dat de projecten opgeteld besparingen opleveren van drie à vier miljoen euro per jaar. Het gaat om structurele besparingen, exclusief initiële kosten. Operationele kosten voor *RTP Almere* en de *Gezamenlijke ouderenafdeling* zijn hierin ook niet meegenomen. De berekeningen zijn grotendeels gebaseerd op cijfers en veronderstellingen van het Flevoziekenhuis over de effecten van deze projecten. Waar mogelijk verwijzen we naar literatuur of ervaringen in andere ziekenhuizen. Verder gebruiken we waar mogelijk referentieprijzen uit de kostenhandleiding van het Zorginstituut (Hakkaart-van Roijen et al., 2024).

Tabel 4.1 Netto besparingen

	Structurele besparing (mln. euro per jaar)
Welzijn op Recept (Pijler 1)	0,6
Monitoring@home (Pijler 3)	0,7
Palliatieve zorg dichterbij huis (Pijler 3)	0,3-1,9
RTP Almere (Pijler 4)	0,6 – PM
Gezamenlijke ouderenafdeling (Pijler 4)	0,6 – PM
Totaal	2,6-4,3 – PM

Bron: SEO Economisch Onderzoek

Onze berekeningen zijn grotendeels gebaseerd op cijfers voor 2022 en 2023. Zoals besproken in Hoofdstuk 2 zal de zorgvraag in Almere de komende jaren fors stijgen. Om de berekeningen zo eenvoudig mogelijk te houden laten wij deze groei buiten beschouwing. Dit maakt onze inschatting van de netto besparingen conservatief. Anderzijds houden we ook geen rekening met verdiscontering van baten die verder in de toekomst liggen.

We berekenen ook tot welke besparingen deze projecten samen leiden in de verschillende zorgsectoren. Hier komt een besparing van vier tot zeven miljoen euro aan ziekenhuiszorg uit. Die is aanzienlijk groter dan de netto besparing in Tabel 4.1, omdat hier extra uitgaven in de eerste lijn en het sociaal domein tegenover staan. Deze besparingen vertalen zich niet direct in een daling van de zorguitgaven. De zorgvraag neemt immers toe en er zijn niet voldoende zorgprofessionals om hierin te voorzien. De besparingen zullen zich daarom waarschijnlijk vooral

vertalen in betere toegankelijkheid, doordat het tekort aan menskracht om te voorzien in de zorg die nodig is afneemt. We maken daarom ook een vertaalslag naar de inzet van medewerkers in zorg en welzijn.

In het vervolg van dit hoofdstuk lichten we de berekening van de netto besparingen voor elk van de vijf projecten nader toe. Paragraaf 4.6 laat zien tot welke besparingen deze projecten samen leiden in de verschillende zorgsectoren en hoeveel inzet van medewerkers in zorg en welzijn dit bespaart.

4.1 Welzijn op Recept

Met *Welzijn op Recept* (WoR) worden mensen die bij de huisarts komen met psychosociale klachten waarvoor geen medische oorzaak wordt vastgesteld, verwezen naar een welzijnscoach. Als gevolg hiervan kloppen inwoners minder snel aan bij de huisarts of eerstelijns GGZ en kunnen ze soms zelfs langer thuis kunnen wonen. Inmiddels wordt in meer dan 170 gemeenten gewerkt met WoR. Daarmee is het een beproefd concept. Er bestaat ook enige literatuur over WoR, op basis waarvan we de businesscase voor Almere kunnen doorrekenen (zie Pomp, 2023).

Uitgaande van deze literatuur bevat Tabel 4.2 een inschatting van de structurele besparingen. Per 1000 verwijzingen gaan we er vanuit dat in 650 gevallen WoR geen noemenswaardig effect heeft op het zorggebruik, dat 200 verwijzingen leiden tot een afname van huisartsconsulten (18 huisarts, 18 POH à 1.400 euro), dat 100 verwijzingen leiden tot minder GGZ-zorg (1 GGZ-traject, à 1.825 euro) en dat 50 verwijzingen leiden tot uitstel van verpleeghuiszorg met drie maanden (à 16.380 euro). Voor alle verwijzingen geldt dat kosten zijn gemaakt vanwege de inzet van welzijnscoaches (650 euro per verwijzing). Voor 1000 verwijzingen levert dit een besparing op van 531.000 euro. PGA trekt een bedrag uit van zo'n 770.000 euro per jaar voor de inzet van welzijnscoaches. Daarmee verwacht het project vanaf 2025 jaarlijks 850 verwijzingen te kunnen behandelen. Dit is minder efficiënt dan op basis van de literatuur haalbaar lijkt. Daarom gaan we in deze raming uit van een groter aantal verwijzingen, te weten 1050. Op basis daarvan is de door ons geraamde besparing zo'n 550.000 euro per jaar. Op termijn kan WoR mogelijk nog verder worden uitgebouwd

Tabel 4.2 Businesscase voor *Welzijn op Recept*: kosten en effecten per jaar in de structurele situatie

	Bedrag
<i>Kosten</i>	
Inzet welzijnscoaches	€ 769.100
Additionele aanspraken op de Wmo	€ 173.775
<i>Effecten</i>	
Besparing huisartsconsulten	€ 294.000
Besparing GGZ-trajecten	€ 191.625
Besparing verpleeghuiszorg	€ 859.950
Saldo kosten en baten	€ 557.550

Bron: SEO Economisch Onderzoek op basis van cijfers van PGA en Pomp (2023)

4.2 Monitoring@home

Monitoring@home wordt in de komende jaren opgezet voor verschillende patiëntengroepen. Op de eerste plaats is er een groep patiënten met een chronische aandoening. Het gaat om de aandoeningen COPD, astma, chronische darmontsteking (IBD), atriumfibrilleren, hartfalen en post-ACS (patiënten die een hartinfarct hebben gehad). Voor deze groep ontstaat de grootste besparing doordat ze door tijdige signalering van problemen minder ligdagen in het ziekenhuis hebben. Ten tweede is er een groep patiënten met darmaandoeningen (coloncariëpatiënten) die dankzij telemonitoring eerder naar huis mag na een operatie. Voor deze twee groepen maken we een inschatting van de besparingen. *Monitoring@home* wordt daarnaast ingezet voor mensen met zwangerschapsdiabetes en in de toekomst ook voor oncologische patiënten. Deze groepen zijn in onze berekeningen niet meegenomen.

Voor patiënten met een chronische aandoening en de concariëpatiënten komen we in de situatie dat *Monitoring@home* volledig is ingevoerd uit op een jaarlijkse netto besparing van ongeveer 0,7 miljoen euro. Tabel 4.3 laat zien hoe we de businesscase voor dit project opbouwen.

Tabel 4.3 Businesscase voor *Monitoring@home*: kosten en effecten per jaar in de structurele situatie

	Bedrag
Kosten	
Licentie voor de app Luscii	€ 155.277
Inzet verpleegkundig specialisten voor patiënten met een chronische aandoening	€ 712.051
Inzet verpleegkundig specialisten voor patiënten concarië (uren)	€ 1.440
Administratieve ondersteuning (uren)	€ 93.600
Effecten	
Besparing polibezoeken voor patiënten met een chronische aandoening	€ 593.376
Besparing aantal ligdagen voor patiënten met een chronische aandoening	€ 966.000
Besparing ligdagen patiënten concarië	€ 103.040
Saldo kosten en baten	€ 700.048

Bron: SEO Economisch Onderzoek op basis van cijfers en aannamen van het Flevoziekenhuis

Patiënten met een chronische aandoening

Voor de app Luscii moet er een licentie worden aangeschaft. Dit kost 310.554 euro in 2025. We rekenen de helft hiervan toe aan de patiënten met een chronische aandoening en de concariëpatiënten, omdat de app ook gebruikt gaat worden voor andere patiëntengroepen.

De kosten voor verpleegkundig specialisten baseren we op de aanname van het Flevoziekenhuis dat er één fulltime verpleegkundig specialist nodig is voor 750 patiënten. In 2022 behandelde het Flevoziekenhuis 6181 patiënten voor COPD, astma, IBD, atriumfibrilleren, hartfalen en post-ACS. We nemen aan dat 80 procent van deze groep instroomt in *Monitoring@home* als dit programma volledig is ingevoerd. Hiervoor zijn bijna zeven verpleegkundig specialisten nodig. Op basis van cijfers van het Flevoziekenhuis gaan we er vanuit dat dit 108 duizend euro per FTE kost. Verder veronderstelt het Flevoziekenhuis dat er een continue bezetting van twee studenten nodig is voor administratieve ondersteuning, tegen kosten van 25 euro per uur.

Door telemonitoring hoeven patiënten minder vaak naar de polikliniek te komen. Het Flevoziekenhuis gaat uit van een afname van één polibezoek per jaar. De referentieprijs voor polikliniekbezoeken voor 2022 bedraagt 120 euro. Verder veronderstelt het Flevoziekenhuis dat het aantal ligdagen voor deelnemers halveert. Dezelfde aanname wordt ook gemaakt bij de invoering van telemonitoring bij Santeon ziekenhuizen.⁸ Bij 3750 ligdagen voor deze patientengroep en een deelname van 80 procent gaat het om een besparing van 1500 ligdagen, die we waarderen tegen de referentieprijs voor een verpleegdag van 644 euro.

Coloncarepatiënten

Het Flevoziekenhuis gaat uit van honderd coloncarepatiënten die geopereerd worden en een deelname van 80 procent aan *Monitoring@home*. Deze groep kan na de operatie twee dagen eerder naar huis en de bespaarde verpleegdagen waarderen we tegen de referentieprijs van 644 euro. De kosten van een gespecialiseerde verpleegkundige van een kwartier per patiënt in deze twee dagen zijn beperkt.

4.3 Palliatieve zorg dichterbij huis

Naar verwachting resulteert een pakket aan maatregelen in een substantiële verlaging van het aantal palliatieve patiënten dat in het ziekenhuis overlijdt. De maatregelen omvatten ondermeer het opzetten van een digitaal informatiesysteem dat de patiënt volgt en dat beschikbaar is voor alle betrokken partijen, uitbreiding van het aantal hospice-bedden in Almere en het in kaart brengen van knelpunten en implementeren van andere oplossingen.

Als gevolg hiervan daalt het aantal verpleegdagen en IC-dagen voor deze patiënten. Hier staat naar verwachting een toename van het beroep op de wijkverpleging en de huisarts tegenover. Voor de businesscase maken we gebruik van een analyse van Gupta Strategists. Hierin is nagegaan in hoeverre proactieve transmurale palliatieve zorg kan bijdragen aan het behalen van de transformatiedoelen in het Integraal Zorgakkoord (Gupta Strategists, 2024).⁹ Aan deze analyse ontleen we een aantal kengetallen, die we vervolgens toepassen op het aantal palliatieve patiënten in Almere in een minimum en een maximumvariant. Daarnaast zijn twee varianten gemaakt waarin we ook gebruik maken van het aantal ligdagen en het aantal IC-dagen van palliatieve patiënten in het Flevoziekenhuis. De veronderstelling in deze varianten is dat palliatieve patiënten door invoering van ACP geen ligdagen en IC-dagen meer in het ziekenhuis hebben. Tabel 4.4. bevat voor elk van de vier varianten een overzicht van de aannamen waarop de businesscase is gebaseerd.

Tabel 4.4 Aannames businesscase *Palliatieve zorg dichterbij huis*

Aanname	Gupta min	Gupta max	Ziekenhuis 500	Ziekenhuis 300**	Bron
Aantal patiënten dat door ACP niet in ziekenhuis overlijdt	500	500	500	300	Transformatieplan PGA
Besparing ziekenhuiskosten pp (per maand / jaar)*	€ 2470	€ 6484			Gupta (2024)
Extra kosten ha/wijkverpl pp (per maand / jaar)	€ 970	€ 2546	€ 2546	€ 2546	Gupta (2024)
Aantal verpleegdagen pp laatste jaar			10	10	Flevoziekenhuis

⁸ Zie [hier](#) een korte omschrijving.

⁹ Gupta strategists heeft de landelijke cijfers ten behoeve van dit onderzoek omgerekend naar de situatie in Almere.

Aantal IC-dagen pp laatste jaar			0,33	0,33	Flevoziekenhuis
Kosten verpleegdag			€ 644	€ 644	Zorginstituut
Kosten IC-dag			€ 2.727	€ 2.727	Zorginstituut
Kosten werken volgens kwaliteitskader per patiënt	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	Gupta 2024

* In de Gupta min variant is gerekend met veranderingen in zorggebruik in de laatste levensmaand, in de Gupta max variant zijn de veranderingen in zorggebruik in de laatste levensmaand geëxtrapoleerd naar het laatste levensjaar.

** In alle scenario's is, in navolging van de berekening van Gupta, uitgegaan van 500 patiënten die voortaan niet langer in het ziekenhuis komen te overlijden. In dit 4^e scenario is uitgegaan van 300 patiënten op basis van het Transformatieplan PGA: 500 niet-onverwachte overlijdens buiten de Wlz, waarvan 40 procent al in de thuissituatie overlijdt.

Bron: SEO Economisch Onderzoek

De besparingen en kosten die volgen uit deze aannames staan in Tabel 4.5. In elk van de vier varianten resulteert een positief saldo, variërend van 0,25 miljoen tot 1,9 miljoen euro per jaar. Hierbij is nog geen rekening gehouden met de eenmalige initiële kosten van *Palliatieve zorg dichterbij huis*, waaronder het opzetten van een digitaal informatiesysteem.

Tabel 4.5 Businesscase *Palliatieve zorg dichterbij huis*: kosten en effecten per jaar in de structurele situatie

	Gupta min	Gupta max	Ziekenhuis500	Ziekenhuis 300
Kosten				
Kosten werken volgens het kwaliteitskader	€ 500.000	€ 500.000	€ 500.000	€ 300.000
Extra kosten wijkverpleging / huisarts	€ 485.000	€ 1.273.125	€ 1.273.125	€ 763.875
Effecten				
Besparing ziekenhuis	€ 1.235.000	€ 3.241.875	€ 3.669.955	€ 2.201.973
Saldo kosten en baten	€ 250.000	€ 1.468.750	€ 1.896.830	€ 1.138.098

Bron: SEO Economisch Onderzoek op basis van aannames en cijfers van Gupta strategists en het Flevoziekenhuis

4.4 Regionaal Transferpunt (RTP) Almere

Het RTP vermindert het aantal ligdagen in een verkeer bed en huisartsen en mantelzorgers worden ontlast bij het vinden van passende vervolgzorg. Voor de businesscase gaan we voor het terugdringen van het aantal ligdagen in een verkeer bed uit van de ervaringen van het Zorgtransferium voor kwetsbare ouderen in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Het doel van het Zorgtransferium is om ouderen die op de SEH binnenkomen, maar geen indicatie hebben voor een ziekenhuisopname, meteen door te leiden naar een verpleeghuisbed. Tijdens een pilot van zes maanden in 2017 lukte dit voor 67 procent van de ouderen die op de SEH binnenkwamen zonder indicatie voor een ziekenhuisopname.¹⁰ Deze ouderen hoorden niet in het ziekenhuis, maar zouden zonder het Zorgtransferium toch allemaal zijn opgenomen omdat er geen alternatief was. Dat het bij 33 procent niet lukte kwam door

¹⁰ Zie [hier](#) een korte omschrijving van de pilot en de uitkomsten.

capaciteitsproblemen bij de verpleeghuizen en doordat patiënten die al op de wachtlijst staan voor een verpleeghuisplaats niet in een bed voor eerstelijnsverblijf mogen worden geplaatst.

We schatten in dat het RTP structureel tot 0,6 miljoen euro besparing per jaar kan leiden, exclusief de structurele kosten van het transferpunt (locatie en personeel).¹¹ Tabel 4.6 laat zien hoe we tot deze inschatting komen. In 2023 waren er in het Flevoziekenhuis 441 ligdagen in een verkeerd bed. Op basis van ervaringen in het Albert Schweizer ziekenhuis veronderstellen we dat dit aantal vermindert met 67 procent, dus 295 ligdagen. Als deze patiënten in een verpleeghuis terechtkomen kost dat ruim 85.000 euro per jaar. Hierbij gaan we uit van de referentieprijis voor een ligdag met dagbesteding van 290 euro in 2022. Verder heeft het RTP operationele kosten, vooral voor het personeel dat alle plaatsingen verzorgt. Van deze kosten hebben we geen gegevens dus die zetten we op PM.

Tabel 4.6 Businesscase voor RTP Almere: kosten en effecten per jaar in de structurele situatie

	Bedrag
<i>Kosten</i>	
Ligdagen in het verpleeghuis	€ 85.260
Operationele kosten RTP	PM
<i>Effecten</i>	
Besparing ligdagen in een ziekenhuisbed	€ 108.254
Besparing tijd huisarts	€ 571.428
Saldo kosten en baten	€ 594.422 - PM

Bron: SEO Economisch Onderzoek op basis van cijfers van het Flevoziekenhuis

Door snelle plaatsing vervallen de ligdagen in een verkeerd bed. De besparing voor de zorgverzekeraar van de vermindering van het aantal ligdagen bedraagt naar schatting 108.000 euro per jaar. Het tarief voor een ligdag in een verkeerd bed is 368 euro in 2024.¹²

Voor het ontlasten van huisartsen gaan we uit van een schatting van het projectteam PGA Almere dat huisartsen met een 0,7 FTE contract naar verwachting 1,5 uur per week besparen door het RTP. De besparing voor de huisarts bedraagt 78 uur (1,5x52) per jaar. De huisarts heeft daardoor meer vrije tijd of kan meer zorg leveren. Het uurtarief van een huisarts is rond de € 73, uitgaande van zes consulten van € 12,21 per uur.¹³ De waarde van deze besparing bedraagt ca. € 5.700 per jaar. Met honderd huisartsen in Almere komt dit uit op ongeveer 571.000 euro. Er zijn waarschijnlijk ook besparingen bij andere partijen en bij mantelzorgers.

¹¹ Deze kosten zullen aanzienlijk lager zijn dan de kosten van toewijzing door huisartsen, niet alleen vanwege het lagere tarief van medewerkers van het RTP, maar ook omdat de toewijzing vanwege de in Pijler 5 op te zetten digitale gegevensuitwisselingsorganisatie en data-infrastructuur efficiënter is.

¹² Dit tarief is [hier](#) te vinden.

¹³ We rekenen niet met het vaste inschrijftarief, omdat het aantal huisartspatiënten niet door dit project verandert.

4.5 Gezamenlijke ouderenafdeling

De *Gezamenlijke ouderenafdeling* heeft de volgende outcomes, zie Tabel 3.5:

1. Afname delier tijdens klinische opname.
2. Minder ouderen worden opgenomen in het ziekenhuis vanuit de SEH.
3. Een groter deel van de oudere patiënten is hersteld drie maanden na opname.
4. Vermindering van klinische heropnames ouderen in het Flevoziekenhuis.
5. Het aantal SEH-stops Flevoziekenhuis neemt af.

Voor de businesscase rekenen we alleen de afname van het aantal ouderen dat wordt opgenomen in het ziekenhuis vanuit de SEH en de vermindering van de klinische heropnames mee. Voor deze outcomes kunnen we de uitkomsten kwantificeren met gegevens van de Wijkkliniek voor ouderen in Amsterdam. De Wijkkliniek realiseerde een daling van het aantal opnamen in het AMC na SEH-bezoek van 44 procent naar 33 procent, een daling van 11 procentpunt. Ook realiseerde de wijkkliniek 30 procent minder heropnames in het ziekenhuis na verblijf in de Wijkkliniek.¹⁴ De afname van deliers en meer herstel leiden naar verwachting tot minder heropnames en worden op deze manier indirect meegenomen in de berekening.

Voor het berekenen van de businesscase gaan we uit van een inschatting van de outcomes. We veronderstellen een daling van het aantal ziekenhuisopnames na SEH bezoek van 5,5 procent doordat deze patiënten worden opgenomen op de ouderenafdeling van Flevoburen en dat de andere 5,5 procent wordt opgenomen op de ouderenafdeling in het ziekenhuis.¹⁵ Daarnaast nemen we aan dat het aantal heropnames in het ziekenhuis met 20 procent daalt. Voor de ligdagen is uitgegaan van onderzoek van Ribbink et al. (2023), waaruit blijkt dat het aantal ligdagen op de ouderenafdeling in het ziekenhuis gemiddeld acht dagen is, en in een geriatische revalidatiekliniek tien dagen.

Tabel 4.7 laat zien dat deze veronderstellingen leiden tot een totale besparing voor de zorgverzekeraar van naar schatting 1,4 miljoen euro per jaar. Wel zijn er extra kosten voor de behandeling in Flevoburen van ongeveer 0,8 miljoen euro per jaar. Per saldo levert de *Gezamenlijke ouderenafdeling* dan een besparing op van 0,6 miljoen euro. Hierbij zijn andere operationele kosten zoals de extra revalidatiezorg in het ziekenhuis niet meegenomen.

¹⁴ Gebaseerd op ervaringen met de Wijkkliniek in Amsterdam, zie [hier](#).

¹⁵ We rekenen met de helft omdat er naast de afdeling in Flevoburen voor de laag-complexe klinische zorg ook een afdeling ouderengeneeskunde in het ziekenhuis komt voor de hoog-complexe zorg, terwijl de Wijkkliniek volledig buiten het ziekenhuis is. Een andere reden is dat de Wijkkliniek breder is opgezet dan de *Gezamenlijke ouderenafdeling*, die zich in eerste opzet vooral op patiënten interne geneeskunde richt.

Tabel 4.7 Businesscase voor *Gezamenlijke ouderenafdeling*: kosten en effecten per jaar in de structurele situatie

	Bedrag
<i>Kosten</i>	
Extra kosten ligdagen in Flevoburen	€ 796.232
Overige operationele kosten	PM
<i>Effecten</i>	
Besparing ligdagen in een ziekenhuisbed	€ 1.246.865
Besparing door minder heropnames in het ziekenhuis	€ 110.223
Saldo kosten en baten	€ 560.856 - PM

Bron: SEO Economisch Onderzoek. Zie tekst voor een toelichting op bronnen en aannamen

De berekening bevat de volgende onderdelen:

- *Minder opnames vanuit de SEH*. In 2023 belandden ca 4.400 65-plussers op de SEH van het Flevoziekenhuis.¹⁶ Daarvan wordt 5,5 procent niet opgenomen in het ziekenhuis als gevolg van de *Gezamenlijke ouderenafdeling*, oftewel 242 personen. Per persoon worden acht dagen ligdagen bespaard (Ribbink et al., 2023). Het referentietarief voor een ligdag in het ziekenhuis is in 2022 644 euro. De totale besparing bedraagt 1,25 miljoen euro per jaar.
- *Minder heropnames*. Van de 242 patiënten die worden opgenomen op de ouderenafdeling in het ziekenhuis worden er naar verwachting ca. 44 procent na ontslag opnieuw opgenomen, dus 106 personen.¹⁷ Door de *Gezamenlijke ouderenafdeling* daalt dit aantal met 20 procent, oftewel 21 personen. Uitgaande van een ligduur van acht ligdagen en een tarief van 644 euro per dag resulteert een besparing van ongeveer 110.000 euro.
- *Extra kosten ligdagen in Flevoburen*. Verondersteld is dat de patiënten die niet meer in het ziekenhuis terecht komen in Flevoburen worden opgenomen. Het referentietarief voor geriatrische revalidatiezorg is in 2022 329 euro per verblijfsdag.¹⁸ Bij een ligduur van tien dagen (Ribbelink et al., 20023) bedragen de kosten hiervoor ongeveer 796.000 euro.

4.6 Besparingen per sector

Tabel 4.8 laat zien dat de vijf doorgerekende projecten opgeteld structureel vier tot zeven miljoen euro aan ziekenhuiszorg besparen. Dat is meer dan de drie à vier miljoen euro aan netto besparingen uit Tabel 4.1. Tegenover de besparingen aan ziekenhuiszorg staan namelijk extra uitgaven in de eerste lijn (0,6 à 1,4 miljoen euro) en in het sociaal domein (0,8 miljoen euro). Voor verpleeghuiszorg valt de toename door *RTP Almere* en de *Gezamenlijke ouderenafdeling* weg tegen de afname door *Welzijn op Recept*. Operationele kosten voor *RTP Almere* en de *Gezamenlijke ouderenafdeling* zijn in deze cijfers niet meegenomen. Verder komen de licentiekosten voor de app *Luscii* en voor de administratieve ondersteuning van *Monitoring@home* ook niet in deze tabel terug.

¹⁶ In 2023 waren er 226.630 Almeerders, waarvan 13 procent 65-plussers ([bron](#)). Daarvan belandde ongeveer 15 procent op de SEH ([bron](#)).

¹⁷ Op basis van CBS-gegevens ([bron](#)).

¹⁸ Mogelijk valt een deel van de patiënten onder een lager tarief. De referentieprij voor verpleging en verzorging met dagbesteding is 290 euro per dag

Tabel 4.8 Structurele besparingen uitgesplitst naar zorgsector (negatief bedrag is een besparing)

	Ziekenhuiszorg	Eerste lijn	Sociaal domein	Verpleeghuiszorg
Welzijn op Recept (Pijler 1)		-0,5	0,8	-0,9
Monitoring@home (Pijler 3)	-1,7	0,7		
Palliatieve zorg dichterbij huis (Pijler 3)	-(1,2-3.7)	1,0-1,8		
RTP Almere (Pijler 4)	-0,1	-(0,6 - PM)		0,1
Gezamenlijke ouderenafdeling (Pijler 4)	-(1,4 - PM)			0,8
Totaal	-(4,4-6,9) + PM	0,6-1,4 - PM	0,8	0,0

Bron: SEO Economisch Onderzoek

Dat de projecten opgeteld tot een besparing van vier tot zeven miljoen euro aan ziekenhuiszorg besparen betekent niet dat de ziekenhuiskosten de komende jaren met dit bedrag zullen dalen. De zorgvraag neemt immers toe en er zijn niet voldoende zorgprofessionals om hierin te voorzien. De besparingen zullen zich daarom waarschijnlijk vooral vertalen in betere toegankelijkheid, doordat het tekort aan menskracht om te voorzien in de zorg die nodig is afneemt.

Wat zeggen de cijfers in Tabel 4.8 over de gevolgen van het transformatieplan voor de personeelsinzet? Als we rekenen met personeelskosten inclusief werkgeverslasten van 100.000 euro per jaar, dan besparen deze vijf projecten 43 à 68 FTE aan ziekenhuispersoneel. De inzet van zorgpersoneel in de eerste lijn neemt toe met 6 à 14 FTE en de inzet van zorg- en welzijnsprofessionals in het sociaaldomein neemt toe met 8 FTE. Ook bij deze berekeningen geldt de kanttekening dat het gaat om de effecten van slechts vijf van de 17 projecten uit het transformatieplan en daarmee om een onderschatting van de totale effecten.

Referenties

- Academy het Dorp (2023). Meten en Monitoren. Voorzorgcirkels in Deventer. Arnhem: Academy het Dorp.
- Esteban C, Antón A, Moraza J, et al. Cost-effectiveness of a telemonitoring program (telePOC program) in frequently admitted chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2024;30(1):156-164. doi:10.1177/1357633X211037207
- Fernandez, J. L., McGuire, A., & Raikou, M. (2018). Hospital coordination and integration with social care in England: the effect on post-operative length of stay. *Journal of health economics*, 61, 233-243.
- Gonzalez-Jaramillo, V., Fuhrer, V., Gonzalez-Jaramillo, N., Kopp-Heim, D., Eychmüller, S., & Maessen, M. (2021). Impact of home-based palliative care on health care costs and hospital use: a systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 19(4), 474-487.
- Gupta strategists (2024). De olifant de kamer uit. Een einde aan het taboe rondom het voeren van het gesprek in en over de laatste levensfase. Amsterdam: Gupta strategists. Herziene versie, april 2024.
- Hakkaart-van Roijen, L., Peeters, S. Kanters, T. (2024). Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en Referentieprijzen. In opdracht van Zorginstituut Nederland. Herziene versie 2024. Rotterdam: ESHPM.
- Perea-Bello, Ana Helena, Marta Traperó-Bertran, and Christian Dürsteler. Palliative Care Costs in Different Ambulatory-Based Settings: A Systematic Review. *PharmacoEconomics*, 42.3 (2024): 301-318.
- Pomp (2023). Welzijn op Recept. Effecten op zorggebruik en zorguitgaven. Breda: Marc Pomp Economische Beleidsanalyse.
- Proscop (2023). De maatschappelijke impact van Positieve Gezondheid. Een praktijkvoorbeeld uit Presikhaaf, gemeente Arnhem. Zwolle: Proscop.
- Ribbink, M. E. et al. (2023). Investigating the effectiveness of care delivery at an acute geriatric community hospital for older adults in the Netherlands: a prospective controlled observational study. *Journal of the American Medical Directors Association*.
- Spangler, D., Linder, W., & Winblad, U. (2023). The Impact of the Swedish Care Coordination Act on Hospital Readmission and Length-of-Stay among Multi-Morbid Elderly Patients: A Controlled Interrupted Time Series Analysis. *International Journal of Integrated Care*, 23(2).
- Taylor, M. L., Thomas, E. E., Snoswell, C. L., Smith, A. C., & Caffery, L. J. (2021). Does remote patient monitoring reduce acute care use? A systematic review. *BMJ open*, 11(3), e040232.



“De wetenschap dat het goed is.”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport 2024-61
ISBN 978-90-5220-412-3

Informatie & Disclaimer

SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

Copyright © 2024 SEO Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via secretariaat@seo.nl.

Roetersstraat 29
1018 WB, Amsterdam

+31 20 399 1255
secretariaat@seo.nl
www.seo.nl