

# Startnotitie 'rcDMZ'

## Inleiding

De zorgsector beweegt zich in de richting van een ongekeerde en omvangrijke transitie en op onderdelen kan men zelfs spreken van een transformatie. Op tal van beleidsthema's spelen toekomstvraagstukken die vragen om strategische keuzes om de continuïteit, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg nu en straks te kunnen blijven waarborgen.

Het is goed om bovenstaande ook in perspectief te zien van de concrete grotere bewegingen die zich voltrekken in de ontwikkeling van de zorgvraag, te weten:

- Demografische ontwikkelingen
  - Aantallen in ontwikkeling
  - Leeftijdsonwikkeling
  - Prevalentie
- Zorgvraag inhoudelijke ontwikkelingen
  - Complexiteit van de zorgvraag in ontwikkeling
  - Doelgroep specificatie - nieuwe doelgroepen
- Zorgvraag verplaatsingen
  - Verpleeghuis verplaatste zorg
  - Ziekenhuis verplaatste zorg
- Zorgconsumptie
  - Zorg op maat (stepped care, blended care)
  - Zorg in balans met WELZIJN en AANDACHT
- Zorgvraag en technologie
  - Zorg op afstand en monitoring
  - Zorg en digitaliseren – digitaal dokteren
- Zorgcapaciteit
  - Personeelsdrukke
  - Opleidingsproductie en rendement

Het vraagstuk van duurzaamheid speelt in vele opzichten en raakt de zorg in de directe uitvoering, de zorgprofessionals, de zorgorganisaties en in diverse opzichten ook het zorgsysteem. De ouderenzorg heeft de afgelopen decennia een verschuiving doorgemaakt van intramurale zorg naar zorg thuis. Deze verschuiving heeft consequenties voor de inzet van medische en verpleegkundige expertise. Meer (gespecialiseerde) zorg thuis vraagt om meer kennis over de ouderenzorg in de eerste lijn. Omdat ouderen pas naar een verpleeghuis gaan 'als het thuis echt niet langer gaat' neemt de complexiteit van zorg in de zorgorganisatie bovendien toe. Dit geldt ook voor voormalig verzorgingshuizen die de omslag hebben gemaakt naar verpleeghuis en waar nu cliënten worden opgenomen met een intensieve zorgbehoefte. Verpleegkundigen en verzorgenden in de ouderenzorg zijn veelal niet opgeleid voor de steeds complexere zorgproblematiek en tegelijkertijd is er in Nederland al jaren een tekort aan Specialististen Ouderengeneeskunde (SO's). De instroom van artsen in de opleiding ouderengeneeskunde ligt al jaren te laag en in de meer landelijke regio's neemt ook het tekort aan huisartsen snel toe.

Het in samenhang verkennen en doorgronden van de sleutels die leiden naar succes voor duurzaamheid op elk van deze niveaus is een complexe en uitdagende opgave. In deze startnotitie laten we ons inspireren door het Regenboogmodel<sup>1</sup> van Essenburg (Valentijn, 2018). We maken daarbij bij de introductie van het vraagstuk gebruik van de gelaagdheden binnen het model als ordeningsprincipe voor de concretisering van duurzame medische zorg (DMZ). Om van daaruit de koppeling te maken met de centrale programma-opgave: regionale capaciteitsraming Duurzame Medische Zorg (verder rcDMZ).



Duurzame medische zorg kan vanuit dit model gedefinieerd worden als een samenhangend geheel van maatregelen om te komen tot zorgdiensten die garant staan voor passende zorg (op maat) van hoogwaardige kwaliteit en met aantoonbare impact. Het gaat daarbij om een zichtbare bijdrage aan de levenskwaliteit vanuit welzijn en aandacht in combinatie met medische zorgbijdragen. Het medische zorg(diensten)pakket - met welzijn en aandacht centraal geïncorporeerd - en de aanwezigheid van de benodigde mix van zorgprofessionals (in soort en omvang) staat daarbij voorop in het programma rcDMZ.

Verderop in het programma zullen we nog een aantal handzame werk- en denkmodellen introduceren rond de totstandkoming van regionale beleidscycli.

Met een goede inrichting, organisatie en uitvoering van de medische zorg gesteund door een adequaat systeem-functioneren. Om zo te komen tot duurzame medische zorg voor kwetsbare ouderen en doelgroepen in de regio's.

Duidelijk wordt dat we ons steeds meer in de richting van zorgnetwerken gaan bewegen.

Waarbij het vraagstuk van zorgvraag en zorgaanbod steeds meer beweegt in de richting van een functie-mix (ook wel functiefamilie of functiestraat genoemd) rond een specialisme.

De regionale zorgvraag is bepalend voor de betreffende functie-mix. Daarom is in het Regenboogmodel ook de pijler persoonsgericht en populatie gerichte zorg opgenomen.

Het specialisme Ouderengeneeskunde is bij uitstek zo'n geneeskundig werkgebied waar dit speelt. Waarbij Integrative Medicine (IM) als moderne visie op gezondheidszorg is ingebed. IM gaat uit van het gegeven dat lichaam en geest onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

<sup>1</sup> Essenburg Research & Consultancy. The Rainbow Model of Integrated Care. 2017; <https://www.essenburgh.com/en/rainbow-model-of-integrated-care>. 2020.

We werken daarom volgens een specifiek bio-psychosociaal model, gericht op de zorgvrager in zijn geheel. Hij of zij wordt gezien, onderzocht, gecoacht en behandeld binnen de eigen context – lichamenlijk, psychologisch en sociaal-cultureel. Er is aandacht voor fysieke, emotionele, mentale en spirituele aspecten van de zorgvrager.

Een behandeling vanuit Integrative Medicine rust op vier belangrijke pijlers:

- er is een gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener en zorgvrager, met de zorgverlener in een coachende rol;
- we investeren in preventie en leefstijlinterventies;
- we benutten alles wat, op basis van onderzoek, veilig en effectief is voor de gezondheid (“evidence based”). Zo komen we tot de beste behandeling;
- we werken aan en in een helende omgeving, dat wil zeggen: een omgeving die bijdraagt aan genezing en welbevinden.
- 

De van nature aanwezige ‘integrative medicine’ benadering die SO’s (zich) hebben (aan)geleerd in combinatie met het multidisciplinaire karakter van de zorgverlening maakt dat analyse van het zorgaanbod van de SO niet meer op zichzelf kan staan maar in samenhang met aanpalende disciplines gezien moet worden. En dan vooral ook in een regionale context waarbij de zorgorganisaties zich steeds meer beweging in de richting van regionale samenwerkingsverbanden en men de marktwerking wil verlaten en inruilen voor samenwerking (zie ook visiedocument Regionale Zorg regio Gooi-Vechtstreek-Almere). Dit maakt dat de beoogde regionale capaciteitsraming vanuit een mix van 6 functies uitgevoerd gaat worden: specialisten ouderengeneeskunde, basisartsen, Physician Assistants, Verpleegkundig Specialisten, GZ-psychologen en Verpleegkundigen Complexe Ouderenzorg (deze laatste kan gezien worden als een mix van in de praktijk aanwezige verpleegkundigen met aanvullende en verdiepende expertise in Ouderenzorg) Deze beweging naar meer integrale zorg voltrekt zich stapsgewijs ook in samenwerking met de huisartsen. Vandaar dat de beschikbare ramingen (data) van de benodigde huisartsen nu, straks en later ook worden gebruikt bij het vergelijken en analyseren van de ramingsuitkomsten. Om zo een nog samenhangender beeld van de toekomstige benodigde capaciteit aan zorgprofessionals (het zorgaanbod) te krijgen.

## **Aanleiding**

Het programma rcDMZ kent een voorgeschiedenis die hieronder in het kort is samengevat. Vanaf 2001 stelt het Capaciteitsorgaan rapporten op over de ontwikkeling van de specialist ouderengeneeskunde (tot 2009 verpleeghuisarts genoemd). Het betreffen landelijke rapporten vanuit het Capaciteitsorgaan waarin een veelheid aan beleidsmatige aspecten rondom het specialisme ouderengeneeskunde en in het bijzonder de specialist ouderengeneeskunde belicht worden. De rapporten onderbouwen al vanaf 2008 het vraagstuk van taaktoedeling als belangrijk voor dit betrekkelijk jonge specialisme. In de jaren 2010, 2013, 2014, 2016, 2018 en december 2019 verschenen er meerdere nieuwe Capaciteitsplannen en Prismant rapporten over de ontwikkeling van de SO. De Capaciteitsplannen hebben een landelijke context en een min of meer solistische functiebenadering (de SO) met op onderdelen wel vergelijkingen met enkele aanpalende geneeskundige functies (waaronder huisartsen) en ‘aanverwante disciplines’ (zoals verpleegkundig specialisten en physician assistants).

De Capaciteitsplannen bevatten zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie met als belangrijkste uitkomst het steeds tijdig beschikbaar stellen door de directie MEVA van de benodigde aantallen gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Helaas bleven met deze opleidingsreflex een veelheid aan vraagstukken onbeantwoord in het licht van duurzame medische zorg. Het vaststellen van opleidingsaantallen leidde op onderdelen onbewust tot symptoombestrijding waardoor de oorzaken van het toenemende aantal tekorten onderbelicht bleven. Ondanks het feit dat er extra gesubsidieerde opleidingsplaatsen zijn ingevuld - anno 2021 zijn er 427 aios in opleiding t.o.v. 338 in 2019 - worden er nog steeds een aantal opleidingsplaatsen niet opgevuld.).

Er is in meerdere regio's wel steeds meer aandacht voor het vergroten van de instroom, het stimuleren van nominaal opleiden/afstuderen en het behoud van de afgestuurde SO na afronding van de opleiding tot SO in de betreffende opleidingsregio's.

Het ontbreken van de regionale context (regiobenadering) en de multidisciplinaire context (functiefamilie benadering) is de aanleiding van het initiatief om op zoek te gaan naar mogelijkheden voor een meer regionale capaciteitsraming rond de SO-functiefamilie.

Parallel aan deze zoektocht die vanaf 2018 opgestart is, werd eind 2018 in het kader van het landelijke initiatief Waardigheid en Trots in de Regio het programma Duurzame Medische Zorg opgestart in diverse regio's. Elke regio benutte de ruimte om op regionaal niveau invulling te geven aan dit programma door specifieke beleidsthema's te adresseren in regionale programmaplannen. In meerdere regio's werd de roep om te komen tot een meer regionale benadering van capaciteitsraming opportuun. Afstemming met het Capaciteitsorgaan en het ministerie van VWS, directie Langdurige Zorg leidde in eerste instantie tot brede herkenning. De inbreng vanuit het Capaciteitsorgaan heeft daar aan bijgedragen. Maar erkenning van de noodzaak om ook voor de ouderenzorg gelijk de ziekenhuizen te komen tot professionele raming bleef in eerste instantie nog uit.

Met de komst van bijdragen vanuit de Erasmus universiteit (o.a. de presentatie van de regioscan rapporten) en de ondersteuning vanuit Vilans ontstonden er ideeën en openingen voor de vraag naar een regionale aanpak met beproefde ramingsystemen vanuit het Capaciteitsorgaan.

Vervolgens is er vanuit een drietal sporen toegewerkt naar het programma rcDMZ dat thans voorligt voor uitvoering in (vooralsnog) een vijftal regio's.

Het Capaciteitsorgaan was bereid om de komende 3 jaren te investeren in het opzetten van een regionale ramingsystematiek voor de ouderenzorg. De directie MEVA ging akkoord om de bestaande regionale ramingsystematiek voor de ziekenhuizen te laten vertalen naar een regionale ramingsystematiek voor de ouderenzorg. Binnen het programma SO-functie in toekomstperspectief in de regio Gooi-Vechtstreek-Almere kwamen vanuit meerdere actielijnen (o.a. Anders Werken, Anders Behandelen, Anders Opleiden) opnieuw diverse vraagstukken in beeld.

Dit werd de aanleiding om een programmasubsidie aan te vragen bij de directie Langdurige Zorg met twee hoofdvraagstukken: Ramingen en Beleidscycli. Deze subsidieaanvraag werd uiteindelijk begin december'20 goedgekeurd door de directie Langdurige Zorg waarbij een mix van regio's met verschillende regiokenmerken onderdeel zijn geworden van deze aanvraag.

In het programma gaat het daarbij om de participatie van zo'n 30 zorgorganisaties die actief zijn in de Ouderenzorg.

## **Parallele trajecten**

Het programma rcDMZ is slechts een bouwsteen in de reeks van lopende initiatieven. Het landelijke programma Juiste Zorg op de Juiste Plaats (JZOJP) heeft grote invloed op de ontwikkeling van de zorgvraag van kwetsbare ouderen en doelgroepen. Regionale zorgdata en doelgroep analyses van deze verplaatste zorgvraag laten een nog grotere impact op de ontwikkeling van het benodigde zorgaanbod (SO-functiefamilie) zien de komende jaren. Ook de ontwikkeling van een verdere digitalisering van het zorgaanbod lijkt de komende jaren een onomkeerbaar proces dat zal leiden tot blijvend anders zorg verlenen. Zaken die van grote invloed zijn op de kwantitatieve ontwikkeling van de zorgvraag en daarmee het zorgaanbod. In de eerste hoofdpogave Ramingen zullen we deze ontwikkelingen samen gaan verzamelen, inbrengen en vertalen naar gevolgen voor de ramingen d.m.v. trends- en scenarioanalyses. Er zijn nog meer projecten, trajecten en/of programma's die we gedurende het programma rcDMZ in kaart brengen als input voor de regionale beleidscyclus die we als tweede hoofdpogave samen proberen te ontwikkelen.

## **Centrale rcDMZ vraagstukken**

We gaan de komende twee jaren werken aan twee centrale vraagstukken:

Vraagstuk 01 Ramingen in context - regionaal zorgvraag-aanbod in beeld met trends- en scenarioanalyses

(voorlopige) Deliverables:

- inrichting van ramingsysteem voor de Ouderenzorg
- data-verzameling van de beroepen/functies binnen SO-functiefamilie (2019, 2020, 2021)
- data-verrijking met verwerking tot betrouwbare gegevens rond DMZ
- data-analyses met regionaal contextualiseren en vertaling naar informatie over DMZ
- informatie bespreken met zorgprofessionals en vertaling tot kennis over DMZ

NB. Afhankelijk van de kwaliteit van de beschikbare data gaan we tevens bepalen welke (extra) analyse c/q algoritme we gaan gebruiken. Er zijn internationaal een aantal gevalideerde methode die in Nederland nog niet worden toegepast, daar kan dit programma wellicht een mooie aanleiding voor zijn.

Vraagstuk 02 Beleidsvoering in context - regionale opleidingsvolumes en beleidsmaatregelen als inzet

(voorlopige) Deliverables:


- opzetten van een model voor cyclische beleidsontwikkeling
- doorlopen van de beleidscyclus met input vanuit DATA en DMZ kennis en informatie
- beleidsformulering rond opleidingsvolumes en ondersteunende DMZ maatregelen
- beleidsbesluitvorming in regionale verbanden in samenspraak met zorgprofessionals
- evaluatie van de beleidscyclus op product-, proces- en procedureniveau

De aanduiding voorlopig geeft aan dat we met elkaar gedurende het programma zaken nog verder kunnen aanscherpen en/aanvullen, waardoor de lijst van deliverables mogelijk nog kan/zal worden bijgesteld.

## Tenslotte

In de bijlage hierna zijn de links naar de genoemde SO-rapportages opgenomen. Zo zullen we ook rapportages van de overige functies/beroepen gaan toevoegen. Binnenkort zullen we deze documenten ook beschikbaar stellen in de SharePoint rcDMZ.

2019/12  [Capaciteitsplan 2021-2024; Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde](#)

2019/10  [Werkcontext en tijdsbesteding Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018](#)

Voor de nieuwe capaciteitsraming van specialisten ouderengeneeskunde (SO) heeft Prismant in opdracht van het Capaciteitsorgaan in 2018 opnieuw onderzoek uitgevoerd...

[Lees meer](#)

2016/10  [Capaciteitsplan 2016 Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde](#)

2014/03  [Doelmatigheid en personele bezetting bij de medische zorg in verpleeghuizen](#)

In 2013 voerde Kiwa Carity voor het Capaciteitsorgaan een onderzoek uit naar het werkproces van de Specialist Ouderengeneeskunde. Een samenvatting...

[Lees meer](#)

2013/10  [Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde](#)

Onderliggend rapport: Het werkproces onderzocht: Hoeveel patiënten kan een specialist ouderengeneeskunde bedienen? Kiwa Prismant, november 2012

[Lees meer](#)

2010/12  [Capaciteitsplan 2010: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde](#)

2009/10  [Capaciteitsplan 2009: Tussentijds Advies Specialist Ouderengeneeskunde](#)

Naast deze rapporten zijn er ook rapportages beschikbaar van de andere beroepsgroepen (o.a. PA, VS en GZP) die we in de SharePoint beschikbaar zullen maken voor raadpleging.

Op deze wijze bouwen de bibliotheek op van relevante documenten, publicaties en rapportages die in het programma gebruikt kunnen gaan worden.

We zullen deze documenten ook publiceren op de website [www.rcdmz.nl](http://www.rcdmz.nl).

## Publicatielijst Regenboogmodel

- Valentijn P.P. Value-based healthcare: A call for integrated action. Whitepaper Integrated Care Evaluation & Essenburgh Research & Consultancy; 2018.
- Valentijn P.P., Pereira F., Ruospo M., Vrijhoef H.J., Ruwaard D., Hegbrant J., Strippoli G.F.M. Person-Centered Integrated Care for Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2018; 13(3): 375-386.
- Valentijn P.P., Biermann C., Bruijnzeels M.A. Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:330-016-1586-0.
- Valentijn P.P. Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care: Pim P. Valentijn, [S.l.: s.n.], 2015 (Print Service Ede), pp. 195, Doctoral Thesis Tilburg University, The Netherlands, ISBN: 978-94-91602-40-5. *International Journal Integrated Care*. 2016;16(2):3.
- Valentijn P.P. De kloof tussen strategie en executie van geïntegreerde zorg. *Skipr*. 2019; 12 (50)
- Valentijn, P. P., Pereira, F., Sterner, C. W., Vrijhoef, H. J., Ruwaard, D., Hegbrant, J., & Strippoli, G. F. (2019).  
· Validation of the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tools (RMIC-MTs) in renal care for patient and care providers. *PloS one*, 2019, 14(9), e0222593.
- Briggs A.M., Valentijn P.P., Thiyagarajan J.A., Carvalho I.A. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ open*. 2018; 8(1): e021194.
- Fares, J., Chung, K. S. K., Passey, M., Longman, J., & Valentijn, P. P. Exploring the psychometric properties of the Rainbow Model of Integrated Care measurement tool for care providers in Australia. *BMJ open*, 2019, 9(12).
- Fares J., Chung K.S.K., Passey M., Longman J., Valentijn P.P. Analysing stakeholder advice networks: an Australian integrated healthcare project. *Project Management Insitute Australia Conference*. 2017, UTS ePRESS, Sydney: NSW, 1-14.
- Huang, Y., Zhu, P., Chen, L., Wang, X., & Valentijn, P.P. Validation of the care providers version of the Rainbow Model of Integrated Care-Measurement Tool in Chinese primary care systems. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20: 727.