



Zorg bij jou

Definitieve impactvolle transformatieaanvraag

STATEMENT OF WORK – augustus 2023

-publieksversie-

Mogelijk gemaakt door samenwerking van Santeon ziekenhuizen, het Zorg bij jou programmateam en de betrokken zorgverzekeraars (VGZ, Zilveren Kruis, CZ, Menzis).

Samenvatting	3
1. Inleiding	10
1.1 Achtergrond van het project	10
1.2 Doelstelling van dit document	11
2. Doelstellingen en waarde Zorg bij jou	13
2.1 Visie Zorg bij jou	13
2.2 Doelstellingen Zorg bij jou	14
2.3 Waarde van Zorg bij jou	17
2.4 Reflectie op MVP-stap 1	19
3. Zorgpaden	21
3.1 Visie op zorgpaden	21
3.2 Prioritering van zorgpaden	22
3.3 Ontwikkeling van een zorgpad	24
3.4 Regionale samenwerking transmurale zorg	26
4. Organisatie: Governance en organisatiemodel	29
4.1 Zorg bij jou organisatie	29
4.2 Beschrijving juridische structuur	37
4.3 De veranderkundige opgave	38
4.4 Programma management en organisatie Zorg bij jou	41
5. Technologie	44
5.1 Doelarchitectuur Componenten - Visie & uitgangspunten	44
5.2 Kaders inrichting technologie 'Zorg bij jou'	49
5.3 Planning doelarchitectuur	50
5.4 Invulling doelarchitectuur component	55
5.5 Organisatie van Technologie	56
6. Business case	57
6.1 Opbrengsten en kosten Zorg bij jou	57
6.2 Gehanteerde uitgangspunten	58
6.3 Impact Zorg bij jou op duurzaamheid	60
6.4 Monitoring en onderzoeksvragen vanuit business case	61
7. Impactanalyse	62
8. Plateauplanning	66
8.1 Algemene planning	66
8.2 Detailplanning per plateau	68
9. Projectrisico's en mitigatie	71
Appendix	76
Appendix A – Uitgebreide uitkomsten reflectie op MVP-stap 1	76
Appendix B – Toegevoegde waarde volgens de quadruple aim	78
Appendix C – Afkortingen	79

Vooraf

Voorliggend Statement of Work (SoW) van Zorg bij jou is een publieke uitgave van Santeon - Zorg bij jou en bedoeld om andere zorgpartijen te faciliteren bij hun zorgtransformatie-aanvragen en -trajecten in het kader van de uitvoering van de IZA-agenda. Aan deze publicatie kunnen verder geen rechten worden ontleend.

Het SoW van Zorg bij jou is in de zomer van 2023 opgeleverd. Dit kan betekenen dat sommige passages door de tijd zijn ingehaald.

Bij gebruik van content in andere publicaties verzoeken wij om bronvermelding:

Statement of Work (SoW), Santeon - Zorg bij jou d.d. augustus '23.

Vragen naar aanleiding van deze publicatie kun je mailen naar: info@zorgbijjou.nl

Samenvatting

Inleiding & doelstellingen (zie hoofdstuk 1 & 2)

De Nederlandse gezondheidszorg staat voor een grote uitdaging, daarom is een transformatie naar passende zorg en digitalisering van de sector noodzakelijk. Santeon en de zorgverzekeraars werken gezamenlijk aan de vormgeving van een digitaal platform: Zorg bij jou. Dit is een virtueel Patiëntmonitoring en Coördinatie Centrum (MSC) dat passende virtuele patiëntenzorg op landelijke schaal dicht bij de patiënt coördineert, levert en monitort. Afhankelijk van de zorgbehoefte coördineert c.q. faciliteert Zorg bij jou de juiste zorg op de juiste plek, de samenwerking en coördinatie tussen betrokken zorgaanbieders in de regio. Zorg bij jou is ontwikkeld op basis van de volgende uitgangspunten: 1) Uniformering van zorgpaden, 2) Digitalisering en centrale coördinatie en 3) Schaalbaarheid en brede inzetbaarheid. Zorg bij jou wordt grootschalig opgezet, zo wordt de schaal bereikt waarbij digitale zorg rendabel wordt. De ambitie van Zorg bij jou is over 10 jaar:

- 25% van alle unieke patiënten binnen Santeon geïnccludeerd in Zorg bij jou (~200.000 patiënten)
- Afname van 15% in totale schadelast voor de zorg in scope binnen Santeon
- Afname van 20% van aantal FTE werkzaam per patiënt voor de zorg in scope binnen Santeon
- Uitbreiding van Zorg bij jou naar andere ziekenhuizen (~200.000 patiënten), VVT/ 1^e lijn (~400.000 patiënten), en waar relevant het bredere sociale domein

Voorliggend document is een zogenoemd 'Statement-of-Work' (SoW) met de 'lessons learned' van de eerste MVP-fase, en per strategische thema inzicht in de visie op het beoogde eindproduct en de hiermee samenhangende activiteiten op korte en lange termijn. In dit strategisch document wordt het gewenste eindbeeld van Zorg bij jou beschreven en de weg daar naartoe geschetst, om de aanvraag van transformatiegelden te onderbouwen.

Voor het verder faciliteren van deze transformatieopgave naar de realisatie van het beoogde eindproduct zijn meerjarige transformatiegelden noodzakelijk. Dit document bevat de aanvraag van een totaalbedrag van € X miljoen. Het voorstel is om deze aanvraag in tranches toe te kennen aan de hand van het realiseren van afgesproken doelstellingen (zie onderstaande tabel). Deze doelstellingen zijn opgesteld volgens de uitgangspunten van het IZA, en richten zich op resultaat danwel inspanning. Ten eerste geldt voor doelstellingen op het gebied van het aantal zorgpaden en te includeren patiënten een resultaatverplichting. Ten tweede geldt voor de business case KPI's over de impact op zorgkosten en beschikbaarheid van personeel t/m 2024 een inspanningsverplichting: deze worden vanaf 2025 herijkt om een reële resultaatverplichting af te spreken. Tot slot geldt voor landelijke opschaling en zorggebruik een inspanningsverplichting. Naast de onderstaande kwantitatieve KPI's monitoren we ook kwalitatieve KPI's zoals de kwaliteit van zorg en toetsen we regelmatig de tevredenheid van patiënten en zorgverleners (zie hoofdstuk 7).

KPI's	Eind 2023	Eind 2024	Eind 2025	Eind 2026	Eind 2027	Eind 2032
Business case Zorg bij jou (binnen de Santeon huizen) - Resultaatverplichting						
1. Uniforme paden in gebruik						
2. Totaal aantal gemonitorde patiënten via de B.V. Zbj vanuit de Santeon ziekenhuizen (in schadelastjaar)¹						
3. Minimaal aantal actief gemonitorde patiënten via de B.V. Zbj per individueel Santeon ziekenhuis						
Business case Zorg bij jou (binnen de Santeon ziekenhuizen) - Inspanningsverplichting²						

¹ Het gaat om unieke patiënten die in meerdere zorgpaden kunnen voorkomen

² Inspanningsverplichting t/m 2024, daarna vindt een herijking plaats en worden resultaatverplichtingen afgesproken

4. Bespaarde schadelast per geïnccludeerde patiënt per huis						
5. Extra gebruikskosten per patiënt voor Zorg bij jou						
6. Reductie aantal fysieke zorgactiviteiten per geïnccludeerde patiënt t.o.v. nulmeting						
7. Delta in totale schadelast						
8. Bespaarde capaciteit zorgpersoneel in fte per patiënt						
9. Extra zorgpersoneel nodig voor uitvoering Zbj in fte						
10. Verandering in totale beschikbaarheid zorgpersoneel in fte						
Landelijke opschaling en zorggebruik – Inspanningsverplichting						
11. Actief gemonitorde patiënten via de B.V. Zbj vanuit andere ziekenhuizen (in schadelastjaar)						
12. Actief gemonitorde patiënten via de B.V. Zbj via transmurale ³ of sectorale ⁴ paden (in schadelast)						
Duurzaamheid van de zorg – Inspanningsverplichting						
13. CO ₂ -uitstoot per patiënt geïnccludeerd						

Tabel 1: KPIs Zorg bij jou voor de komende 10 jaar.

Zorgpaden (zie hoofdstuk 3)

- Voor drie intramurale⁵ zorgpaden (zwangerschapsdiabetes, COPD en COVID) zijn de protocollen in alle ziekenhuizen geïmplementeerd, diabetes type 1 gaat in de zomer 2023 live en drie nieuwe zorgpaden zijn geselecteerd (hartfalen, darmoperatie postoperatief en CVA – revalidatie na herseninfarct), waarvoor uniformering, ontwikkeling en implementatie in de ziekenhuizen wordt afgerond in Q2 – 2023.
- Voor de zorgpaden die live zijn voeren ziekenhuizen onderling monitoringsactiviteiten voor elkaar uit volgens het zogenaamde ‘buddy-systeem’.
- De verwachting is dat 10% van de huidige schadelast binnen Santeon via Zorg bij jou gaat lopen.
- Voor de komende jaren wordt verder vooruit gepland, wat de kans biedt om de implementatie te versnellen.
- De eerste focus ligt op aandoeningen die gekarakteriseerd worden als laag complex en hoog volume. Dit zijn vaak chronische aandoeningen en aandoeningen waarbij sprake is van (een) operatie(s) en ziekenhuis opnamen waarbij impact kan worden gerealiseerd door digitalisering van zorg.
- Verder zijn er 25 bestaande lokale digitale zorgpaden die gefaseerd opgenomen worden in Zorg bij jou: dit biedt mogelijkheid om verder te versnellen en zal meegenomen worden in leveranciersgesprekken.
- De volgorde van implementatie wordt gebaseerd op een aantal criteria, waaronder: impact, afwegingscriteria Kader Passende zorg, draagvlak bij betrokken professionals, prioritering

³ Transmurale zorgpaden zijn zorgpaden met 2 of meer zorgverleners uit verschillende zorgsegmenten⁴ Sectorale zorgpaden refereert in dit SoW naar zorgpaden binnen 1 zorgsegment, buiten de MSZ⁵ Intramurale zorgpaden betreffen zorgpaden volledig binnen de MSZ

zorgverzekeraars, de mogelijkheid tot verbreding (transmuraal) en de aanwezigheid van en actief Samen Beter programma.

- Op basis van input van betrokken gremia wordt een advies gegeven aan de interne en gezamenlijke stuurgroepen voor besluitvorming over de volgende te implementeren nieuwe zorgpaden. Vervolgens neemt eerst de interne stuurgroep en daarna de gezamenlijke stuurgroep een besluit over met welke zorgpaden we in het volgende half jaar starten. I.v.m. tijdige agendareservering van de zorgprofessionals die nodig zijn bij de opstart van een pad plannen we hierin zo ver mogelijk vooruit.
- De ontwikkeling van een zorgpad doorloopt 3 stappen in een tijdsbestek van 3 maanden: 1) uniformering van het medische pad, 2) technologische integratie en 3) lokale implementatie & aansluiting monitoring MSC
- De gestelde ambitie wordt op verschillende niveaus regelmatig getoetst aan de gerealiseerde uitkomsten (zie hoofdstuk 7)
- Parallel wordt gewerkt aan een blauwdruk voor regionale samenwerking, met als doel om in eerste instantie transmurale zorg te includeren. Vanaf 2024 zal deze regionale samenwerking uitbreiden tot het aanbieden van sectorale zorgpaden, waarbij VVT of 1^e lijns zorgaanbieders hun patiënten digitale zorg bieden via Zorg bij jou. Hierbij zoekt Zorg bij jou samenwerking in de regio door uitlijning van de onderliggende digitale architectuur met de ontwikkeling van regionale platformen na te streven.
- Op de lange termijn wordt Zorg bij jou uitgebreid naar lange termijn preventie in het bredere sociale domein.
- In het kader van samenwerking en schaalbaarheid van het platform zal Zorg bij jou geüniformeerde zorgpaden openbaar maken zodra deze door alle Santeon ziekenhuizen minstens een jaar zijn gebruikt en intern gevalideerd zijn.

Organisatie: Governance en organisatiemodel (hoofdstuk 4)

- Vanaf livegang van de entiteit Zorg bij jou worden alle monitoringsdiensten en zorginhoudelijke activiteiten van de Zorg bij jou georganiseerd vanuit één gezamenlijk, virtueel Medisch Servicecentrum (MSC). Er is dan één systeem met geüniformeerde processen: MSC-medewerkers kunnen onafhankelijk van hun locatie alle geïncludeerde patiënten monitoren van alle afnemende zorgaanbieders.
- Het Zorg bij jou MSC geeft invulling aan zorginhoudelijke taken zoals monitoring, triage en bereikbaarheid voor medische vragen. Naast zorginhoudelijke taken worden in het MSC ook technische, administratieve en coachende taken belegd in de front-office, de zogenaamde digitale receptie
- In de eerste fase tot 2024 ligt de nadruk op centrale monitoring van patiënten uit ziekenhuizen met daarnaast tenminste een aangesloten regioziekenhuis en een transmuraal zorgpad. Hiermee bereidt Zorg bij jou zich voor om vanaf 2024 ook in toenemende mate transmurale en sectorale zorgpaden te faciliteren over de gehele patiëntreis en zorgketen.
- Voor het thuismonitoren van patiënten heeft het Zorg bij jou MSC een generiek MSC-proces opgesteld. Ieder geïncludeerd zorgpad wordt ingericht volgens dit MSC-proces op hoofdlijnen
- Voor de MSC-informatiesystemen zijn enkele randvoorwaarden gedefinieerd: 1) informatie wordt op één plaats geregistreerd, 2) het bronsysteem is de primaire informatiebron; aanvullende informatie komt uit secundaire systemen, 3) de lokale zorgverleners werken vanuit hun bronsysteem, en 4) de MSC-medewerkers werken vanuit het MSC-systeem.
- In eerste instantie zal de bemensing voornamelijk worden vormgegeven via detachering door de Santeon ziekenhuizen, en aan te vullen door externen waar nodig.
- Voor de lange termijn is de verwachting dat de huidige ratio van 1 zorgverlener op 500 patiënten zal kunnen verbeteren naar ~1:750 in 2027 tot 1:1000 in 2032 waarmee het MSC naar verwachting voor alleen al de Santeon ziekenhuizen in 2027 en 2032 respectievelijk 120 en 200 fte in dienst heeft.
- Zorg bij jou hanteert voor de hoogte van het tarief in de basis een integraal kostprijsmodel met een beperkte marge. De Zorg bij jou B.V. heeft geen winstoogmerk, maar stelt zich ten doel een bijdrage te leveren aan het reduceren van de zorgkosten per patiënt.
- Zorg bij jou wordt daartoe ondergebracht in een coöperatie-met-BV-constructie. In eerste instantie wordt de coöperatie gevormd door de lid-ziekenhuizen van Santeon. Het moment van openstelling van de coöperatie voor nieuwe leden is afhankelijk van de ontwikkeling van Zorg bij jou. Een zekere graad van volwassenheid zal moeten zijn bereikt (naar verwachting: eind 2024).

- Er ligt een grote veranderopgave in het daadwerkelijk overgaan naar digitale zorg en om zowel patiënt als zorgverlener mee te nemen in deze transitie. De veranderkundige opgaven worden gemonitord en geadresseerd op basis van de adoptie-toolbox, bijvoorbeeld via proeftuinen.
- Ook is er een traject opgezet om vanuit veranderkundig perspectief de voortgang van implementatie te volgen door middel van halfjaarlijkse sessies met de lokale teams.
- De lessons learned uit de veranderkundige opgave worden gebruikt om de uitrol te versnellen en worden breder gedeeld om te gebruiken in andere verandertrajecten.
- Voor het management van het programma is een programmaorganisatie opgezet. Na vaststelling van voorliggend SoW zal deze organisatie de tactische en operationele uitwerking van dit SoW op zich nemen. Hiervoor wordt een programmaplan opgesteld.

Technologie (hoofdstuk 5)

- De eerste intramurale zorgpaden zijn live gegaan op basis van een Minimal Viable Product (MVP) waar bestaande technologie van leveranciers is gecombineerd voor Zorg bij jou.
- De overgang van MVP-fase naar schaalbare, toekomst vaste processen en technologie vereist een solide en afgestemde doelarchitectuur. Deze bestaat uit vier hoofdcomponenten die met elkaar communiceren en interacteren: 1) presentatie- en compositie laag (digitale voordeur), 2) functionaliteiten laag (MSC-platform), 3) (data) integratie laag en 4) analytics/Artificial Intelligence laag.
- Het digitale platform Zorg bij jou moet voldoen aan de landelijke kaders en de kaders zoals opgesteld binnen de doelarchitectuur. Zorg bij jou is zich bewust van de door het Ministerie van VWS opgestelde scenario's⁶ en volgt de uitwerking van het groeipad nauwgezet. Het platform Zorg bij jou werkt op de korte termijn toe naar een data-centrische oplossing voor primair en secundair gebruik voor gezamenlijke dossiervorming in de context van netwerkzorg. Dit zal richtinggevend zijn aan de oplossing als toegepast in Zorg bij jou.
- Er is gekozen voor een service-based architectuur benadering waarbij elke functionaliteit/applicatie van de infrastructuur een bepaalde functie heeft en kan worden gecombineerd om een complete applicatie te creëren.
- Interoperabiliteit (het vermogen van verschillende systemen en software om samen te werken en gegevens met elkaar uit te wisselen op een gestandaardiseerde manier) is een belangrijk uitgangspunt.
- Dit geldt ook voor de aansluiting op/samenwerking met reeds lopende initiatieven in de huizen en regio's en de interactie met overige systemen in het IT-landschap van Santeon.
- Uitgangspunt voor de realisatie van de doelarchitectuur is te allen tijde 'buy' en 're-use'. Het is niet wenselijk zelf software te ontwikkelen waar een oplossing in de markt beschikbaar is.
- Wanneer bepaalde componenten (nog) niet op de markt beschikbaar zijn, zijn wij genooddacht deze zelf te ontwikkelen ('make'). Hierbij wordt uitgegaan van uniforme standaarden, zodat het component vervangen kan worden zodra de markt een alternatief biedt ('buy').
- Om tot een gedegen doelarchitectuur te komen is met de CIO's van de Santeon ziekenhuizen een proces overeengekomen dat 3 fasen kent:
 - Fase 1 (afgerond): formulering van ambities en doelstellingen.
 - Fase 2 (in afronding): ontwikkeling van blauwdruk voor doelarchitectuur, op basis van een inventarisatie van initiatieven & lokale afhankelijkheden.
 - Fase 3 (doorlopend): enerzijds de ontwikkeling van een schaalbaar en toekomstbestendig platform (de doelarchitectuur), anderzijds de uitbreiding van het MVP (i.e. meer zorgpaden toevoegen en meer patiënten includeren). Voor de (door)ontwikkeling van het MVP naar een doelarchitectuur en de verdere uitwerking van functionaliteiten, wensen en eisen waaraan de individuele bouwblokken dienen te voldoen is een iteratief proces opgesteld.
- Om de componenten van de doelarchitectuur in te vullen wordt een aantal scenario's opgesteld, waarbij functionaliteit van één of meerdere technologie partners samen met bestaande of nog te ontwikkelen technologie één solide architectuur vormen.
- Het selectieproces voor de technologie partners volgt een vast proces in 3 stappen: 1) opstellen longlist, 2) filteren tot shortlist op basis van evaluatiecriteria, en 3) selectie op basis van evaluatiemechanisme en contractering.

⁶ Het Ministerie van VWS heeft scenario's laten onderzoeken waarmee een duidelijke visie wordt gevormd op, en invulling wordt gegeven aan, een landelijk dekkend netwerk van infrastructuren voor gegevensuitwisseling in de zorg. VWS spreekt over een groeipad waarin de gemaakte keuzes verder geconcretiseerd worden.

- De programmaorganisatie Zorg bij jou voert dit proces uit, in nauwe samenspraak met specialisten uit de betrokken Santeon ziekenhuizen.
- De CIO Board wordt betrokken bij het uitwerken van scenario's en long lists. Vanuit de CIO Board volgt een advies op een voorgesteld scenario (o.a. voor- en nadelen, tijdslijnen, mogelijke leveranciers van de technologie) en worden aansluitingsvoorwaarden geïnventariseerd.
- Na Fase 3 wordt gestart met de daadwerkelijke technische implementatie n.a.v. bovenstaand selectieproces. Hierin wordt agile gewerkt, wat wil zeggen dat in sprints wordt toegewerkt naar de uitwerking van gekozen componenten uit de doelarchitectuur, uitbreiding van zorgpaden en mogelijke uitbreiding van aangeboden apps.
- De technologische organisatie voor de MVP-fase bestaat uit twee substromen: 'functionaliteiten' en 'basis-infra'. Richting de doelarchitectuur wordt in het nog te creëren programmaplan ook de IT-organisatie doorontwikkeld.

Business case (hoofdstuk 6)

- In de business case van Zorg bij jou tonen we de impact van Zorg bij jou aan; kwantitatief binnen de scope van de Santeon ziekenhuizen en kwalitatief op andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- De totale investering om de organisatie, het MSC, de inbedding in de lokale ziekenhuizen en de techniek neer te zetten zal ongeveer € 85 miljoen bedragen van 2022 tot 2026. De totale investering is naar verwachting in 2027 terugverdiend in de vorm van lagere zorgkosten.
- Op basis van de huidige situatie en aannames realiseert Zorg bij jou binnen de Santeon ziekenhuizen gemiddeld een 15% lagere kostprijs en 20% betere beschikbaarheid van zorgpersoneel per zorgpad in scope.
- In 2027 leidt dit bij de verwachte 90.000 geïnccludeerde patiënten uit Santeon ziekenhuizen tot €38 miljoen schadelastreductie en 310 fte vrijgespeelde beschikbaarheid van zorgpersoneel.
- In 2032, wanneer Zorg bij jou op volle schaal opereert, is deze impact bij 200.000 geïnccludeerde patiënten vanuit de Santeon ziekenhuizen €90 miljoen aan schadelastreductie en 800 fte aan vrijgespeelde beschikbaarheid van zorgpersoneel.
- Zorg bij Jou is één van de benodigde oplossingen om het gat tussen de groeiende zorgvraag en beschikbaarheid van mensen en middelen in de zorg te dichten. In lijn met het IZA beoordelingskader zetten we in op de beweging richting passende en arbeidsbesparende zorg.
- Zorg bij jou kent additionele (nog niet gekwantificeerde) baten: Zorg bij jou stelt ketenpartners via sectorale zorgpaden in staat hun patiënten te laten monitoren via een platform dat zij zelf door gebrek aan schaal niet op kunnen zetten. Ook zullen de transmurale zorgpaden van Zorg bij jou op lange termijn patiënten uit het ziekenhuis naar de 1^e lijn verplaatsen, waardoor de juiste zorg op de juiste plek plaatsvindt. Uiteindelijk zal de schadelastreductie van Zorg bij jou zich ook vertalen in kostenbesparingen voor zorgverzekeraars, waardoor deze dus ook doorgegeven worden aan de maatschappij.
- In 2027 zal Zorg bij jou binnen de Santeon huizen ongeveer 5.220 ton CO2 equivalenten aan uitstoot besparen en in 2032 ongeveer 11.600 ton CO2 equivalenten, door een reductie van zorgactiviteiten.

Impactanalyse (hoofdstuk 7)

- Zorg bij jou wordt geëvalueerd volgens de principes van Passende Zorg zoals opgenomen in het IZA. Hierbij wordt aangesloten bij evaluatiemethoden van lopende trajecten in de verschillende Santeon ziekenhuizen.
- Het streven is een centrale evaluatie-aanpak van het Zorg bij jou programma op basis van de kernelementen van Passende Zorg.
- De in hoofdstuk 2 gestelde doelen zijn leidend voor de te evalueren attributen. De volgende elementen worden geëvalueerd: uitkomsten, kosten, evaluatie interventies op delta uitkomsten/kosten, evaluatie van de beleving van Zorg bij jou op patiënten (naasten/mantelzorgers) en zorgverleners.
- Daarnaast evalueren we Zorg bij jou als versneller van innovatieve digitale ondersteuning en gepersonaliseerde zorg.
- Evaluatie wordt centraal georganiseerd om voortgang te monitoren en eventueel tijdig bij te sturen.
- Er is gekozen voor een initieel pragmatische aanpak die beschikbaarheid van data volgt.
- Gegevens worden getoond in een dashboard en worden per kwartaal gebundeld in een rapportage naar de interne en de gezamenlijke stuurgroepen.

Plateauplanning, investering, risico's en mitigatie (zie hoofdstuk 8 & 9)

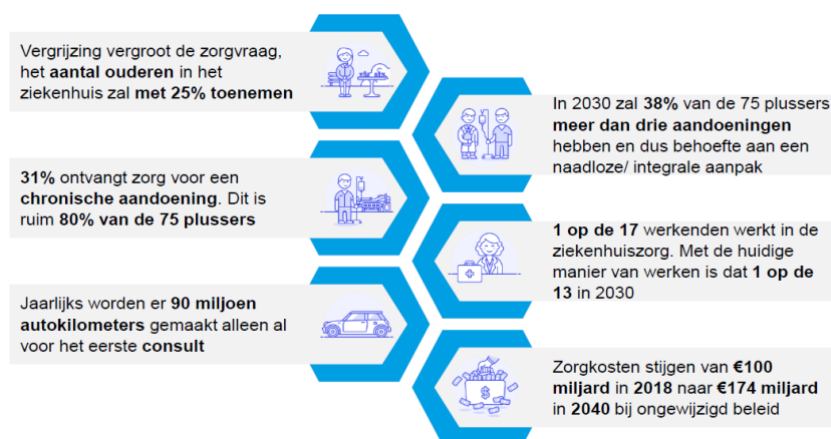
- Aan de uitkomsten van de hierboven genoemde activiteiten is de uitbetaling van de benodigde transformatiegelden gekoppeld. Dit SoW hangt samen met een totale aanvraag aan transformatiegelden vanaf zomer 2023 tot eind 2026, voor de realisatie van Zorg bij jou.
- De uitrol van Zorg bij jou is onderverdeeld in vier plateau's (zie hieronder). De totale investering wordt opgeknipt in de investeringen die nodig zijn om ieder plateau te realiseren. Het accuraat inschatten van de benodigde investering wordt een grotere uitdaging naar mate het plateau verder in de toekomst ligt.
- Het voorstel is om 50% van het gevraagde financiële middelen halverwege het jaar op inspanningsverplichting uit te betalen, gebaseerd op de periodieke voortgangsrapportages. De andere 50% volgt aan het einde van het jaar op basis van de afgesproken resultaatverplichting. Als de resultaatverplichting niet wordt gehaald, wordt betaling uitgesteld totdat de doelen wel gehaald zijn.
- Op basis van de verkregen inzichten in 2023 en 2024 vindt eind 2024 een herijking plaats op de investeringen en doelwaardes per KPI.
- Om voorbereid te zijn op verschillende situaties de komende jaren zijn de belangrijkste risico's met mitigerende maatregelen op een rijtje gezet in de categorieën: juridisch, zorg, techniek-operatie, (programma)organisatie, veranderkundig, halen van doelen, financieel, performance, politieke verhoudingen en communicatie.
- De risico's worden op verschillende manieren gemonitord, onder andere via evaluatie (zie hoofdstuk 7). Het uitvoeren van risicomanagement is belegd bij het programmamanagement van Zorg bij jou, en er wordt een proces opgesteld voor de escalatie van risico's en de toetsing van beheersmaatregelen.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond van het project

De Nederlandse gezondheidszorg staat voor een grote uitdaging

De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door de hoge kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Echter, de zorg in Nederland staat momenteel onder grote druk (zie Figuur 1). De zorgvraag in Nederland stijgt, gedreven door een vergrijzende bevolking, een stijgend aantal mensen met een chronische ziekte en een toenemende multi-morbiditeit. Tegelijkertijd stijgt het tekort aan zorgprofessionals.



Figuur 1: Overzicht drijvers van verandering van de zorg⁷

Deze trends zorgen voor grote druk op de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit die geleverd kan worden. Daarnaast zullen de kosten van de zorg verviervoudigen tussen nu en 2040 als er geen veranderingen plaatsvinden. Om de Nederlandse zorg van de hoogste kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden, zijn rigoureuze verandering essentieel en actueler dan ooit.

Transformatie naar passende zorg en digitalisering van de sector is noodzakelijk

Vanuit het in 2022 gesloten Integraal Zorgakkoord (IZA)⁸, zetten partijen zich in op de transitie naar 'passende zorg' om de (groeierende) zorgvraag op te vangen en waar mogelijk te verlagen en tegelijkertijd 'arbeidsbesparende zorg' te realiseren. Door digitale zorg of hybride zorg boven arbeidsintensieve zorg te prevaleren, om met gelijkblijvende mensen en binnen de financiële kaders te kunnen voldoen aan de groeiende zorgvraag. Passende zorg⁹ betekent steeds vaker ook hybride zorg: een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning van gezondheid, waar mogelijk gepersonaliseerd en op maat. Uitgangspunten hierbij zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Uniek aan voorliggend project is dat Santeon – een samenwerkingsverband van 7 topklinische ziekenhuizen¹⁰ – gezamenlijk met de zorgverzekeraars VGZ, Zilveren Kruis, CZ en Menzis, sinds het najaar 2022 werken aan brede opschaling en toepassing van hybride, passende zorg.

Santeon en de zorgverzekeraars werken gezamenlijk aan de vormgeving van een digitaal platform

De 7 Santeon ziekenhuizen en de 4 grote zorgverzekeraars werken op basis van ervaring en kennis die zij de afgelopen jaren hebben opgedaan, aan het versnellen en opschalen van de inzet van digitale zorg: 'Zorg bij jou' (voorheen bekend onder de werknaam 'Santeon Thuis'). Zorg bij jou is initieel begonnen als een idee voor een service van (Santeon) ziekenhuizen voor (Santeon) ziekenhuizen. Dit is uitgegroeid tot een breed gedragen visie

⁷ Bronnen: Waardecreatie en waardeverdeling in het Nederlandse gezondheidsecosysteem (Deloitte), volksgezondheidszorg.info, zorggericht, expert opinions

⁸ Coalitieakkoord Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst, 10-01-2022

⁹ Het kader bouwt voort op het advies Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut. 27-11-2020

¹⁰ Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Catharina Ziekenhuis, Maastricht Ziekenhuis, Martini Ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente, OLVG, St. Antonius Ziekenhuis

voor een landelijk platform, dat niet alleen van waarde is voor ziekenhuizen, maar ook voor huisartsen, thuiszorg en het bredere sociale domein. Zorg bij jou is een open platform dat door middel van digitale ondersteuning patiënten de mogelijkheid biedt om zorg buiten de fysieke muren van de zorgaanbieder te ontvangen. Zorg bij jou verleent service aan zorgaanbieders door basiszorgtaken over te nemen en hiermee de zorgverleners zoveel mogelijk te ontlasten door het aantal opnames, heropnames en verpleegdagen te reduceren. De zorg voor de patiënt is volledig geïntegreerd en het contact verloopt via één digitale voordeur. Vanuit de ervaringen die enkele Santeon ziekenhuizen op eigen digitaliseringsprogramma's op hebben gedaan - en nog steeds doen - is Zorg bij jou in de MVP-fase gestart als een initiatief van en voor de Santeon huizen. Vanuit dit gestarte initiatief wordt gewerkt aan een open platform met geüniformeerde oplossingen en standaarden, gefaseerd toegankelijk voor alle zorgaanbieders in Nederland. Bij deze uitbreiding naar andere zorgaanbieders hanteren wij het uitgangspunt dat toezichthoudende gremia een afspiegeling moeten zijn van de deelnemende aanbieders. Details over de programma organisatie zijn te vinden in sectie 4.4.

Momenteel wordt de zorg verder opgeschaald op de infrastructuur van het MVP en wordt parallel de doelarchitectuur verder ontwikkeld

In de huidige fase van de technologie werkstroom wordt doorontwikkeld op basis van het MVP met het toevoegen van zorgpaden en includeren van nieuwe patiënten. Parallel aan dit MVP worden activiteiten opgestart voor het ontwerpen en implementeren van de techniek (plus organisatie en processen) voor het toekomstbestendige vaste en schaalbare Zorg bij jou platform. Deze twee dynamieken vereisen synchronisatie en keuzes in het opschalingsscenario: in de overgangsfase waarin het Zorg bij jou platform wordt ontwikkeld en getest, maar nog niet in productie is genomen, zal voor nieuwe zorgpaden afgewogen moeten worden op welk technisch platform (MVP/doelarchitectuur) deze uitgerold worden. In de loop van 2024 zal deze afweging t.a.v. de investeringen voor nieuwe zorgpaden gaan plaatsvinden. In hoofdstuk 5 – Technologie – worden dit proces, planning en deliverables beschreven.

1.2 Doelstelling van dit document

Statement-of-Work

Voorliggend document is een zogenoemd 'Statement-of-Work' (SoW), welke is opgesteld in samenwerking met de genoemde zorgverzekeraars. Het betreft een strategisch document, welke als onderlegger dient voor de meerjarige aanvraag van de beschikbare IZA-transformatiegelden voor impactvolle transformaties. De tactische en operationele uitwerking wordt op hoofdlijnen aangegeven, maar zal gedurende het programma nader worden uitgewerkt van geaggregeerd naar meer gedetailleerd op basis van voortschrijdende inzichten. Na vaststelling van voorliggend SoW zal ook de programma-organisatie voor de tactische en operationele uitwerking van dit SoW wijzigen van voornamelijk Santeon gedreven naar een zelfstandige organisatie. Hiervoor wordt een Programmaplan opgesteld.

In deze SoW wordt het beoogde eindproduct uitgebreid beschreven. Dit bevat de stap van het MVP naar de uiteindelijke ambitie van een open en schaalbaar zorgplatform in combinatie met een patiënt monitoring- en coördinatiecentrum. Tevens worden de hiermee samenhangende activiteiten, op te leveren deliverables en tijdlijnen en mijlpalen in kaart gebracht. Het project wordt gezien als een impactvolle zorgtransformatie. Bovendien is Zorg bij jou een transformatieopgave: het gaat om een verandering om passende zorg te realiseren, dat wil zeggen conform het Kader Passende Zorg van ZINL en digitaal als het kan. Deze impactvolle transformatie is met het programma Zorg bij jou in 2022 al ingezet en ten dele betaald uit MSZ-transformatie-gelden en eigen investeringen van de Santeon ziekenhuizen. Voor het verder faciliteren van deze transformatieopgave naar de realisatie van het beoogde eindproduct zijn meerjarige transformatiegelden noodzakelijk. In dit document wordt een totaalbedrag aangevraagd met het voorstel om dit bedrag in tranches toe te kennen aan de hand van het realiseren van afgesproken doelstellingen. Met een goedgekeurd SoW is er sprake van een meerjarig commitment.

Relatie met het MVP en eerdere transformatiegelden aanvragen

Eind augustus 2022 hebben de Santeon ziekenhuizen - na uitvoerige afstemming en samenwerking met de genoemde zorgverzekeraars - een financieringsaanvraag transformatiegelden MSZ-2022 'Santeon Thuis' gehonoreerd gekregen voor de ontwikkeling en implementatie van het Minimal Viable Product (MVP) 'Santeon Thuis'. Initieel zou eind december 2022 een SoW opgeleverd worden als onderdeel van deze aanvraag. Echter

vergden enkele strategische thema's van dit SoW meer diepgang voordat zorgverzekeraars meerjarig commitment op de ontwikkeling en implementatie van Santeon Thuis/Zorg bij jou konden afgeven. Ook was er op dat moment onvoldoende zicht op de kaders c.q. werkagenda van het Integraal Zorgakkoord. Dit heeft doen besluiten om meer tijd te nemen voor het gezamenlijk opstellen van het SoW. De gezamenlijke gewenste continuïteit, doorontwikkeling en versnelde opschaling van Zorg bij jou en het bijbehorende veranderprogramma, is voor betrokken partijen aanleiding geweest om begin 2023 een tweede aanvraag transformatiegelden MSZ-2023 in te dienen (zgn. "fase 5a"). Voorliggend SoW is bedoeld voor het verkrijgen van het meerjarige financieel commitment op de doorontwikkeling van Zorg bij jou gedurende de IZA-periode. Hiervoor wordt middels dit SoW aanspraak gemaakt op de beschikbare transformatiegelden voor de realisatie van impactvolle transformaties wat Zorg bij jou pleegt te zijn.

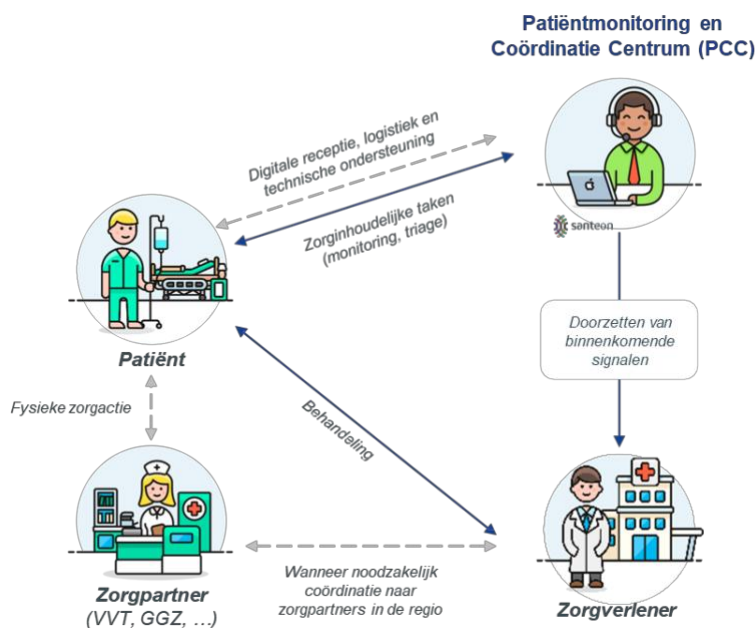
Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt teruggekeken op en het MVP en wordt de visie op het eindproduct geschetst samen met de ambitie, de doelstellingen en de daaraan gerelateerde KPI's. Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens het plan van aanpak wat betreft zorgpaden, met onder andere de visie op de te leveren zorg, de prioritering en implementatie van zorgpaden, en een eerste opzet voor het verder ontwikkelen van regionale samenwerking. In hoofdstuk 4 wordt de opzet van de organisatie verder toegelicht. Hoofdstuk 5 beschrijft de doelarchitectuur en andere technologische specificaties. Hoofdstuk 6 geeft inzicht in de economische en maatschappelijke business case. Hoofdstuk 7 sluit hierop aan met de resultaten en opzet voor de impact-analyse en evaluatieproces. Hoofdstuk 8 beschrijft de plateauplanning, en hoofdstuk 9 de projectrisico's.

2. Doelstellingen en waarde Zorg bij jou

2.1 Visie Zorg bij jou

Zorg bij jou is een virtueel Patiëntmonitoring en Coördinatie Centrum (MSC) dat passende virtuele patiëntenzorg op landelijke schaal dicht bij de patiënt coördineert, levert en monitort. Zorg bij jou biedt geïntegreerde en gepersonaliseerde zorg voor patiënten met een focus op zelfredzaamheid, zelfregie en gezondheidsvaardigheid. Afhankelijk van de zorgbehoefte coördineert Zorg bij jou de juiste zorg op de juiste plek, de samenwerking en coördinatie tussen betrokken zorgaanbieders in de regio (zie onderstaand Figuur 2).



Figuur 2: Schematische weergave uiteindelijke opzet Zorg bij jou (NB: Patiëntmonitoring en Coördinatie Centrum heet nu het Medisch Service Centrum (MSC)).

In de toekomst biedt Zorg bij jou op gebruiksvriendelijke wijze digitale zorg en begeleiding gedurende de gehele patiëntreis, die transmuraal plaatsvindt. Iedere fase van het zorgpad kent mogelijkheden voor digitale ondersteuning: zo kan digitale zorg de instroom verminderen aan de voorkant of juist snelle uitstroom bevorderen. In eerste instantie ligt de focus op monitoring, en dit wordt verder uitgebreid met mogelijke andere vormen van digitale zorg die een positieve impact hebben op patiënt, medewerker, kwaliteit van zorg en beschikbaarheid van zorg. Hierbij kan worden gedacht aan het bevorderen van gezondheid- en ziekte-inzicht, zelfmanagement, (primaire) preventie, voorlichting, pre- en revalidatie, (sociale) alarmering, specifieke therapieën en keuzeondersteuning. Zo gaat Zorg bij jou de zorg dicht bij de patiënt brengen, meer digitale zorg bieden en meer zorg verplaatsen naar de eerste en nulde lijn (mantelzorg, vrijwilligers en familie).

Om bovenstaande visie te realiseren kiest Zorg bij jou voor uniforme oplossingen op grote schaal waardoor vereiste efficiency (i.c. capaciteit en kwaliteit van de zorg verhogen voor gelijke of lagere kosten per patiënt) en return-on-investment wordt bereikt. Bovendien wordt hierdoor meer zorg met minder personele inzet (arbeidsbesparende zorg) gerealiseerd. Hiervoor hanteert Zorg bij jou de volgende uitgangspunten:

1. Uniformering van zorgpaden

Het eerste uitgangspunt van Zorg bij jou is het uniformeren van de zorgpaden, om zo de gewenste kwaliteit te kunnen leveren en tegelijk efficiënt om te gaan met de beschikbare zorgcapaciteit. Het uniformeren van de medische protocollen ten behoeve van de digitalisering en monitoring (digitale zorgpad) bestaat uit het vaststellen van inclusie- en exclusiecriteria, de subprotocollen per doelgroep met bijbehorende streefwaarden en alarmeringen, uitvraag en frequentie van vragen(lijsten) naar bijvoorbeeld klachten, patiëntinformatie binnen de app en automatische berichten. Met het uniformeren van de intramurale zorgpaden voor Covid, COPD

en zwangerschapsdiabetes over de 7 Santeon ziekenhuizen is in de MVP-fase hier ervaring mee opgedaan. Deze uniformering is in principe leidend voor het aansluiten van andere zorgaanbieders. Juist de betrokkenheid van de Medical Board (zie hoofdstuk 3, Zorgpaden) en de relatie van deze personen met hun beroepsverenigingen versterkt de uniformering op nationaal niveau.

2. Digitalisering & centrale coördinatie via een Medisch Servicecentrum

Voor de geüniformeerde zorgpaden loopt het contact tussen patiënt en zorgverlener via een 24/7 bereikbare digitale voordeur. Het zo te noemen Medisch Servicecentrum (MSC) van Zorg bij jou is een virtueel, gezamenlijk centrum van waaruit verschillende zorginhoudelijke diensten worden geleverd aan de afnemers, de zorgaanbieders. Het MSC is centraal georganiseerd maar kan fysiek verspreid zijn over de verschillende ziekenhuizen of andere aangesloten zorgaanbieders met medewerkers die op afstand werken als één centrum. Het MSC geeft centrale invulling aan zorginhoudelijke taken (monitoring, coaching, triage) en bevat een digitale receptie, waar medische vragen en signalen binnenkomen die waar nodig worden doorgezet naar lokale zorgprofessionals. In eerste instantie zijn dit met name (thuis)monitoringsdiensten, maar op den duur wordt een breder dienstenpakket voorzien zoals hieronder beschreven. Om het bereik te vergroten zal Zorg bij jou simpele vertalingen en instructie-/uitlegvideo's maken (zie ook paragraaf 3.1.).

3. Schaalbaarheid & brede inzetbaarheid

Zorg bij jou ambieert digitale zorgdiensten te leveren aan een groot aantal zorgaanbieders. Hiermee kan Zorg bij jou kleinere zorgaanbieders ontlasten die niet op eigen kracht een dergelijke propositie kunnen ontwikkelen, en kan het aansluiten van VVT-organisaties en huisartsen bijdragen aan de gewenste intensivering van de regionale samenwerking. Tegelijkertijd kan Zorg bij jou hiermee schaalvoordelen realiseren, die voor digitale initiatieven van groot belang zijn. Schaal maakt het enerzijds mogelijk om de kwaliteit van het product te verbeteren, resulterende in een betere ervaring voor patiënt en zorgverlener, en anderzijds de kosten per patiënt en benodigde investering te verlagen. Om deze redenen zet Zorg bij jou zich ten doel snel op te schalen in het aantal aangesloten zorgaanbieders en geïncludeerde patiënten. Om ook andere ziekenhuizen hierin een handreiking te bieden, kunnen ziekenhuizen lid worden van de Zorg bij jou coöperatie dan wel als niet-lid diensten afnemen. In eerste instantie ligt de focus op ziekenhuizen en op termijn de VVTs en de eerste lijnszorg/huisartsen (waar mogelijk in combinatie met bestaande lokale samenwerkingsverbanden). In de toekomst kunnen andere vormen van digitale zorg toegevoegd worden aan Zorg bij jou die zich bijvoorbeeld focussen op (primaire) preventie en sommige typen therapie.

2.2 Doelstellingen Zorg bij jou

Ambitie

De verwachting is dat 10% van de zorg die Santeon levert (20% van de chronische zorg die Santeon nu levert heeft de potentie om via Zorg bij jou te lopen, we verwachten dat 50% van deze zorg daadwerkelijk geïncludeerd zal worden), via Zorg bij jou te laten lopen. Het uiteindelijke doel voor 2032 is om hiermee jaarlijks de netto zorgvraag met 3% te verminderen. Hierdoor wordt de totale investering binnen vijf jaar terugverdiend, alleen al op basis van de kostenbesparing in de Santeon ziekenhuizen (eventuele besparingen daarbuiten zijn in deze berekening niet meegenomen).

De ambitie op korte termijn van Zorg bij jou is dat eind 2023 circa 8.000 patiënten uit de Santeon ziekenhuizen vanuit deze entiteit worden geholpen, en naar verwachting ook de eerste patiënten uit andere ziekenhuizen (verwachting is tussen 0-3.000 patiënten). Binnen de eigen huizen verwacht Santeon over 10 jaar jaarlijks ongeveer 200.000 patiënten te bedienen via Zorg bij jou, ofwel gemiddeld bijna 30.000 patiënten per huis.

Santeon gelooft dat Zorg bij jou ook waardevol is voor andere ziekenhuizen, en verwacht dat het met name in de regio mogelijk is om per huis één à twee andere huizen aan te sluiten voor nog eens 200.000 patiënten in 2032. Het inschatten van de schaal die te behalen is binnen de VVT en de 1^e lijn is uitdagend. Puur uitgedrukt in patiëntaantallen verwacht Santeon echter grofweg dat het aantal patiënten binnen de VVT en 1^e lijn gelijk kan zijn aan het aantal patiënten binnen de ziekenhuiszorg, ofwel 400.000. Op de lange termijn, richting 2032 is ook de ambitie om Zorg bij jou verder uit te breiden met relevante elementen uit het sociale domein. Er is momenteel niet voldoende informatie om een goede schatting te kunnen maken van het aantal patiënten dat

op deze manier bereikt zal worden met Zorg bij jou. De totale ambitie van Zorg bij jou komt hiermee op 800.000 patiënten in 2032.

Meetbare doelstellingen – KPI's

Om de impact van Zorg bij jou meetbaar te maken, te monitoren en te beoordelen of de gestelde ambitie daadwerkelijk kan worden behaald en realistisch is, zijn een aantal doelstellingen opgesteld. In Tabel 2 zijn de geformuleerde doelstellingen voor Zorg bij jou beschreven, samen met de achterliggende drijvers om inzicht te geven in hoeverre het behalen van de doelstelling ook afhankelijk is van externe factoren. Op basis hiervan is de verplichting die aan de doelstelling verbonden is vastgesteld. Dit wordt gedaan volgens de uitgangspunten van het IZA¹¹. Wanneer het vooraf onduidelijk is wat exact het resultaat zal zijn, geeft het IZA aan dat men hier niet op afgerekend kan worden. Daarom wordt met twee typen doelstellingen gewerkt: resultaatverplichting en inspanningsverplichting. Resultaatverplichting geldt voor de doelstellingen op het gebied van brede opschaling van digitale/hybride zorg. Voor de betaalbaarheid van de zorg, het ontzorgen van zorgprofessionals en de samenwerking in de regio wordt een inspanningsverplichting aangegaan. Het is voorstelbaar dat inspanning op termijn wordt omgezet naar resultaat.

De geleverde inspanning wordt gemonitord aan de hand van overeen te komen attributen. In hoofdstuk 7 wordt gespecificeerd hoe en wanneer deze doelstellingen worden geëvalueerd. De evaluatie wordt gebruikt om goed geïnformeerd te blijven over de voortgang, en bij te sturen waar nodig. Het in hoofdstuk 9 beschreven risicomanagementproces en de eerste inventarisatie van risico's en mitigerende maatregelen vormen hiervoor de basis. In hoofdstuk 8 over de plateau planning wordt verder toegelicht hoe deze doelstellingen worden gebruikt om de verschillende tranches aan transformatiegelden toe te kennen.

Naast de kwantitatieve KPI's worden ook de kwalitatieve doelstellingen van Zorg bij jou gemonitord (zie hoofdstuk 7). Het doel is om via Zorg bij jou zorg te leveren die meerwaarde oplevert voor patiënten, zorgverlener en maatschappij tegen minder inzet van personeel/lagere kosten per geïnccludeerde patiënt. Zo wordt kwaliteit van de zorg (in het algemeen gedefinieerd als ernst van de ziekte of snelheid van herstel) gemeten via medische attributen en wordt patiënt- en zorgverlenerstevredenheid regelmatig getoetst via vragenlijsten. Hiervoor geldt ook dat er bijgestuurd zal worden indien nodig.

Tabel 2 geeft inzicht in de beschrijving en de drijvers van de verschillende kwantitatieve KPI's voor Zorg bij jou, waarbij opgemerkt dat het verplichtende karakter van de business case KPI's eind 2024 herijkt wordt.

	KPI's	Beschrijving	Drijvers
Business case Zorg bij jou (binnen de Santeon ziekenhuizen)			
RESULTAATVERPLICHTING	1. Aantal (hybride) zorgpaden live	Op het moment dat het medische digitale zorgpad is geüniformeerd en geïmplementeerd bij de Santeon ziekenhuizen is een zorgpad live	Zorgpaden worden stapsgewijs toegevoegd (streven 3 per half jaar), om de druk op nodige bemensing te beperken en optimaal gebruik te maken van de verwachte learning curve ¹²
	2. Inclusie van patiënten¹³ Santeon ziekenhuizen	Het aantal patiënten uit Santeon ziekenhuizen dat in een specifiek schadelastjaar actief gemonitord is vanuit de B.V. Zorg bij jou via het uniforme Zorg bij jou protocol	Inclusie hangt in eerste instantie af van karakteristieken van het zorgpad (zoals aantal potentiële patiënten, mogelijke snelheid van afbouwen van de zorg etc.), maar ook van hoe snel er opgeschaald wordt in de ziekenhuizen
	3. Minimaal aantal actief gemonitorde patiënten via de	Het aantal patiënten in een individueel Santeon ziekenhuis dat in een specifiek schadelastjaar actief gemonitord is	Inclusie hangt in eerste instantie af van karakteristieken van het zorgpad en de populatiegrootte in een ziekenhuis (zoals aantal potentiële patiënten, mogelijke

¹¹ Integraal Zorg Akkoord Q&A: Beoordelingskader impactvolle transformaties en inzet transformatiemiddelen (17-01-2023).

¹² Dit kan ook betekenen dat na verloop van tijd blijkt dat een zorgpad zich niet leent voor hybride zorg. In het geval na evaluatie blijkt dat een zorgpad niet de gewenste impact levert en niet geschikt blijkt voor hybride zorg, zal hiernaar gehandeld worden. Dit kan vanzelfsprekend impact hebben op de inclusie cijfers.

¹³ Het gaat om unieke patiënten die in meerdere zorgpaden kunnen voorkomen.

	B.V. Zbj per individueel Santeon ziekenhuis	vanuit de B.V. Zorg bij jou via het uniforme Zorg bij jou protocol	snelheid van afbouwen van de zorg etc.), maar op ziekenhuisniveau is ook lokale inspanning nodig om inclusie te bevorderen
Business case Zorg bij jou (binnen de Santeon ziekenhuizen)			
INSPANNINGSVERPLICHTING¹⁴	4. Bespaarde schadelast per geïncludeerde patiënt per ziekenhuis	De gemiddelde kosten voor fysieke zorgactiviteiten die per geïncludeerde patiënt bespaard worden doordat deze patiënt onderdeel is van Zorg bij jou	Door het includeren van patiënten in Zorg bij jou neemt het aantal fysieke zorgactiviteiten af, dit brengt kostenbesparing met zich mee, in bijv. minder fte, kosten voor de locatie en materiaal
	5. Extra gebruikskosten per patiënt voor Zorg bij jou	De gemiddelde exploitatiekosten per geïncludeerde patiënt die gemaakt worden om patiënten via Zorg bij jou te laten lopen (de initiële investering is hier niet in meegenomen)	De gebruikskosten worden gedreven door economies-of-scale en bestaan onder andere uit de kosten voor medewerkers (zowel het MSC als support), licentiekosten, afschrijvingen ICT en medische apparatuur (zie H6)
	6. Reductie aantal fysieke zorgactiviteiten per geïncludeerde patiënt t.o.v. nulmeting	Verandering in de nodige fysieke zorgactiviteiten (polikliniek-consulten, klinische opnames en ligdagen, SEH bezoeken) per patiënt die in scope is van Zorg bij jou t.o.v. van dezelfde patiënt zonder Zorg bij jou	De afname van het aantal fysieke zorgactiviteiten per patiënt hangt af van het type ziektebeeld, maar ook of patiënten daadwerkelijk worden overgezet van fysieke zorg naar digitale zorg
	7. Delta in totale schadelast	De netto impact van Zorg bij jou op de schadelast van geïncludeerde patiënten per jaar; de bespaarde kosten door Zorg bij jou minus de kosten van Zorg bij jou	Dit is afhankelijk van de vermindering van de bespaarde kosten, de kosten die gemaakt worden bij Zorg bij jou om deze te vervangen met digitale zorg en het aantal patiënten dat geïncludeerd is
	8. Bespaarde capaciteit zorgpersoneel in fte per patiënt	Het aantal fte dat gemiddeld per geïncludeerde patiënt wordt vrijgespeeld doordat verschillende fysieke zorgactiviteiten niet meer uitgevoerd hoeven door Zorg bij jou	Door het includeren van patiënten in Zorg bij jou neemt het aantal fysieke zorgactiviteiten af, waardoor ook personeel wordt vrijgespeeld
	9. Extra zorgpersoneel nodig voor uitvoering Zbj in fte	Het gemiddeld aantal fte dat nodig is om een patiënt via Zorg bij jou zorg te verlenen (hier zit de programma organisatie niet in)	Personeel is nodig om het MSC te runnen en de support taken uit te voeren
	10. Verandering in totale beschikbaarheid zorgpersoneel in fte	De verandering die Zorg bij jou realiseert in de beschikbaarheid van personeel (in fte) op geïncludeerde patiënten per jaar: het aantal fte dat wordt uitgespaard door Zorg bij jou minus het aantal fte nodig in het MSC	Het aantal fte dat wordt uitgespaard door Zorg bij jou hangt samen met de fysieke zorgactiviteiten die niet meer worden uitgevoerd, daar staat tegenover dat het MSC bemenst moet worden (met mogelijk deels andere profielen), wat weer gedreven wordt door (waarschijnlijk toenemende) efficiëntie binnen het MSC
Landelijke opschaling en zorggebruik			
INSPANNING GS-	11. Actief gemonitorde patiënten via de B.V. Zbj vanuit andere	Het aantal patiënten uit niet-Santeon ziekenhuizen dat op een specifiek moment behandeld wordt vanuit de Zorg bij jou B.V. via het uniforme Zorg bij jou protocol	Inclusie uit andere ziekenhuizen is afhankelijk van het aantal ziekenhuizen dat aan wil sluiten en de snelheid waarop dit gebeurt

¹⁴ Inspanningsverplichting t/m 2024, daarna vindt een herijking plaats en worden resultaatverplichtingen afgesproken

	ziekenhuizen (in schadelastjaar)		
	12. Actief gemonitorde patiënten via de B.V. Zbj via transmurale of sectorale paden (in schadelast)	Het aantal patiënten dat op een specifiek moment behandeld wordt vanuit de Zorg bij jou B.V. via het uniforme Zorg bij jou protocol op transmurale of sectorale zorgpaden	Inclusie uit andere zorgsectoren is afhankelijk van het aantal zorgaanbieders dat aan wil sluiten en de snelheid waarop dit gebeurt
Duurzaamheid van de zorg			
INSPANNINGS-VERPLICHTING	13. CO ₂ -uitstoot per patiënt geïncorporeerd	Zorg bij jou mag de duurzaamheid van zorg niet verslechteren, en draagt idealiter bij aan de verduurzaming van de zorgsector door verlaging van de CO ₂ -uitstoot te versnellen	Zorg bij jou vermindert de reisbewegingen van patiënten (en mogelijk ook medewerkers), wat voor een reductie in CO ₂ -uitstoot zorgt (zie business case, hoofdstuk 6), daarnaast zorg thuismonitoring voor reductie in afvalproductie in de ziekenhuizen

Tabel 2: Beschrijving en drijvers van de doelstellingen voor Zorg bij jou

Deze KPI's (doelwaardes) zijn ambitieus, en de haalbaarheid is afhankelijk van verschillende externe factoren. Deze zijn geformuleerd als totaal voor het hele Zorg bij jou programma, maar kunnen per zorgpad en per ziekenhuis verschillen. In de kwartaalrapportages (zie hoofdstuk 7) wordt de stand per Santeon ziekenhuis weergegeven. De kwantitatieve doelstellingen zijn voor eind 2023, de vier jaar daarna en eind 2032 weergegeven (zie **Error! Reference source not found.**). Naast deze cijfermatige KPI's evalueren we ook regelmatig de tevredenheid van patiënten en tevredenheid van het zorgpersoneel (zie ook hoofdstuk 7).

2.3 Waarde van Zorg bij jou

Bijdragen aan de quadruple aim van de zorg

Met het realiseren van genoemde doelstellingen levert Zorg bij jou een belangrijke economische en maatschappelijke waarde. Zo versterkt Zorg bij jou de quadruple aim van de zorg (zie appendix B voor gedetailleerde uitwerking hiervan).

Juiste zorg op de juiste plaats

Grote waarde van digitale zorg via Zorg bij jou is het leveren van de juiste zorg op de juiste plaats (JZOJP). Zorg bij jou faciliteert gepersonaliseerde zorg voor de patiënt, waarbij er alleen contact met - of bezoek aan de zorgverlener plaatsvindt als dat voor die patiënt nodig is. Patiënten kunnen door bijvoorbeeld thuismonitoring met een veilig gevoel en in een vertrouwde omgeving aan hun herstel werken en hoeven niet onnodig hun zorgverlener te bezoeken. Voor chronische patiënten betekent JZOJP dat de patiënt niet naar de zorgverlener toe hoeft te komen als dit niet nodig is. Bijkomend voordeel is dat er dan ook sprake zal zijn van minder reisbewegingen wat weer bijdraagt aan verminderde CO₂-uitstoot. In eerste instantie ligt de focus van Zorg bij jou op intramurale zorgpaden in de ziekenhuiszorg. De komende jaren zullen dit worden uitgebreid naar de VVT- en 1^e lijnszorg, via transmurale en sectorale zorgpaden. Op de lange termijn zal ook het bredere sociale domein hieraan worden toegevoegd. Het MSC biedt de mogelijkheid om op een centrale plek de zorg die een patiënt nodig heeft vanuit verschillende organisaties op de juiste manier in te richten. Het MSC faciliteert meerdere netwerken, zorgketens en sectoren in en buiten de regio. Dit biedt een holistische kijk op het zorgtraject voor de patiënt, terwijl de zorg op een efficiëntere en effectievere manier werkt door de juiste organisatie en de juiste mensen op het juiste moment in te zetten (zie ook stroomlijnen regionale samenwerking).

Shift naar zelfregie voor patiënt

Zorg bij jou biedt op gebruiksvriendelijke wijze digitale zorg en begeleiding binnen zorgpaden voor monitoring, bevorderen van gezondheid- en ziekte-inzicht, zelfmanagement en bijvoorbeeld keuzeondersteuning door inzet van Samen Beslissen.

Geüniformeerde zorgprotocollen

Thuismonitoring met Zorg bij jou wordt mogelijk gemaakt door het gebruik van één protocol dat is geüniformeerd door zorgprofessionals van de Santeon ziekenhuizen, zo nodig in afstemming met de regio. Zorg bij jou levert daarmee een gedeelte van de gewenste uniformering van het zorglandschap, waarmee het onder andere bijdraagt aan het gelijktrekken en borgen van kwaliteit van zorg door flexibelere capaciteitsbenutting en gestroomlijnde regionale samenwerking. Daarnaast is de monitoring centraal georganiseerd, waardoor het risico op bijvoorbeeld uitval van personeel door ziekte geminimaliseerd wordt ten opzichte van wanneer dit uit één huis gebeurt.

Efficiënte inzet van zorgcapaciteit

De Santeon ziekenhuizen zijn met Zorg bij jou een koploper in de digitale zorgtransformatie in Nederland door de ‘verplaatsing van zorg’ en het ‘voorkomen van zorg’. Zorg bij jou draagt bij aan efficiënt gebruik van de schaarse zorgcapaciteit in het ziekenhuizen, verlicht de werkdruk van de (intramurale) zorgprofessionals en verbetert de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van het zorgstelsel. Thuismonitoring maakt het namelijk mogelijk om patiënten vroeger te ontslaan na een opname. Ook als op termijn de VVT- en 1^e lijnszorg zijn aangesloten kan Zorg bij jou bijdragen aan substitutie van zorg van de 2^e lijn naar de 1^e lijn en 0-lijn (mantelzorg). Zo wordt capaciteit in de kliniek vrijgespeeld, kan toenemende zorgvraag worden opgevangen en kunnen zorgprofessional de ruimte krijgen om meer aandacht de behandeling en zorg richten op die patiënten die dat nodig hebben. Daarnaast draagt het bij aan het werkplezier van de zorgprofessional, en daarmee een potentiële (deel)oplossing voor het hoge ziekteverzuim in de zorgsector en zijn medewerkers langer inzetbaar (bijvoorbeeld als diegene niet meer aan het bed kan staan).

Preventie

Zorg bij jou maakt het mogelijk om in een vroeg stadium verergering van het ziektebeeld de patiënt te signaleren en direct en daarmee eerder in te grijpen. Hierdoor kan het bijvoorbeeld mogelijk zijn dat een verpleegkundige, i.p.v. een specialistisch-arts zorg kan bieden die dan nodig is. Het vroegtijdig signaleren van toename van klachten en vroegtijdig ingrijpen, kan resulteren in het voorkomen van poliklinische consulten, SEH bezoeken en mogelijk een opname. Dit leidt tot reductie van zorgconsumptie, en hierdoor is het ook denkbaar dat door samenwerking in de keten de druk op huisartsenzorg afneemt.

Stroomlijnen regionale samenwerking

De regionale ziekenhuizen kunnen zich zo snel als organisatorisch en technisch mogelijk aansluiten bij Zorg bij jou, alsmede de VVT's en 1e lijnszorg / huisartsen. Zo wordt digitalisering ook mogelijk voor regionale zorgaanbieders die zelf niet de schaal hebben eigen digitale zorgactiviteiten te ontwikkelen. Zorg bij jou vormt een spill-positie rondom de patiënt in de regio. Door de digitale zorg op één locatie te waarborgen, werkt Zorg bij jou effectief samen met regionale zorgverleners door de communicatie en data uitwisseling te stroomlijnen. Op den duur ontstaat zo een naadloze end-to-end coördinatie van de zorg voor de patiënt. De druk op de ziekenhuiszorg kan per regio erg verschillen. Door samen te werken en elkaar te ondersteunen, ontlast Zorg bij jou de ziekenhuizen en overige zorgaanbieders waar de druk op dat moment het hoogst is.

Betaalbare zorg

Zorg bij jou is deel van de oplossing om de progressieve disbalans tussen zorgaanbod en -vraag te verminderen, omdat het bijdraagt aan het beheersbaar houden van de zorgvraag. De inzet van Zorg bij jou leidt tot een afname van zorgconsumptie (o.a. poli-consulten, verpleegdagen en opnamen) – zie ook hoofdstuk 6 waar de business case in detail is uitgewerkt. Zorg bij jou biedt de inzichten en tools aan lokale aanbieders om de bedrijfsvoering op nieuw zorgconsumptie (hybride zorgverlening) in lijn te brengen.

Brede maatschappelijke toegevoegde waarde

Behalve bovengenoemde aan de quadruple aim van de zorg gerelateerde waarde levert Zorg bij jou ook een positieve bijdrage aan:

Reductie van de CO2-uitstoot

De impact van onze Nederlandse gezondheidszorg is groot: ruim 7% van de landelijke CO2-uitstoot komt door de zorg.¹⁵ Daarnaast is 4% van al het afval en 13% van het grondstoffengebruik in Nederland afkomstig uit de zorg. In september 2022 presenteerde de Gezondheidsraad een advies aan de minister waarin staat dat

¹⁵ The Environmental Footprint of the Dutch Healthcare Sector: Beyond Climate Impact - Steenmeijer et al, Lancet 2022

duurzaamheid een van de normen voor 'goede zorg' zou moeten zijn en dat de overheid de regie zou moeten nemen.¹⁶ De minder reisbewegingen van patiënten en personeel als gevolg van de inzet van telezorg via Zorg bij jou zullen leiden tot minder CO₂-uitstoot en daarmee een bijdrage leveren aan de algehele doelstellingen zoals 30 % CO₂-reductie in 2026.

Wetenschappelijk onderzoek

Digitalisering van de patiëntzorg door de implementatie van Zorg bij jou maakt onderzoek op grote populaties mogelijk, door middel van grootschalige dataverzameling en toepassing van artificiële intelligentie, wat zal leiden tot data-gedreven beslisondersteuning en betere zorguitkomsten.

Transparantie

Een van de uitgangspunten van Zorg bij jou is transparantie, om zo ruimte te bieden voor brede implementatie. Voornamelijk het openbaar delen van inzichten en lessons learned kan al een grote toevoeging zijn voor implementatie van hybride zorgverlening in andere instellingen. Daarnaast kunnen de geüniformeerde zorgpaden en de technologie van grote waarde zijn voor brede opschaling. De concrete mogelijkheden hiervoor moeten nog verder worden uitgewerkt, waarbij rekening moet worden gehouden met mogelijke juridische beperkingen. De complexiteit zit bijvoorbeeld in discussies over intellectual property (IP-rechten) en ingekochte technische oplossingen. Het uitgangspunt is dat Zbj geüniformeerde zorgpaden openbaar maakt zodra deze een jaar bij alle Santeon ziekenhuizen actief zijn en intern gevalideerd.

2.4 Reflectie op MVP-stap 1

2.4.1 Algemeen

- In de periode februari – maart 2023 is een *Minimum Viable Product* (MVP) stap 1 succesvol opgeleverd: een digitaal thuismonitoringsplatform met minimale basisfunctionaliteiten voor de zorgpaden: COVID en Influenza, COPD en zwangerschapsdiabetes
- Het doel van de MVP is demonstreren – en leren – dat het werkbaar is om verschillende ziekenhuizen zorg van elkaar over te laten nemen door protocollen te ontwikkelen. Er is ervaring opgedaan over hoe men zorg van elkaar kan overnemen en over hoe zorgpaden tussen ziekenhuizen te uniformeren.
- Desalniettemin verloopt het voor elkaar monitoren minder voortvarend dan aanvankelijk gedacht. Twee belangrijke redenen hiervoor zijn enerzijds het ontbreken van een juridische structuur van Zorg bij jou (i.c. MVP-stap 2) en anderzijds het gebrek aan voldoende onderling vertrouwen dat patiënten kunnen worden 'overgenomen'.
- Bovengenoemde observaties, en andere lessen die getrokken kunnen worden uit de opzet van het MVP, vormen de basis voor het nader te verfijnen eindproduct Zorg bij jou: de doelarchitectuur met functionaliteiten en een centraal patiëntmonitoring- en coördinatiecentrum (MSC) waarop verschillende zorgpaden een Santeon-breed protocol hanteren.

2.4.2 Zorgpaden

- Binnen het intramurale zorgpad COVID (en later tevens influenza) is in de zomer 2022 versneld gestart met het harmoniseren van medische- en zorgprotocollen ten behoeve van monitoring van COVID patiënten.
- Eind oktober waren medische en MSC-protocollen opgeleverd, en waren de technische inrichting en de lokale ziekenhuizen gereed voor inclusies. Op geleide van het aanbod van patiënten, worden COVID/ Influenza patiënten gemonitord.
- In september 2022 zijn met een gezamenlijke kick-off de intramurale zorgpaden COPD en zwangerschapsdiabetes gestart met het uniformeren van de medische protocollen, en is gewerkt aan de technische inrichting en het testen van de applicaties voor MVP-stap 1.
- Parallel is en wordt gewerkt aan de uitwerking van de MSC/monitoringsprotocollen. Vanaf februari 2023 zijn voor COPD en zwangerschapsdiabetes de eerste patiënten geïncludeerd.
- Bij het zorgpad COPD hebben we geleerd dat we, indien mogelijk, per zorgpad het beste kunnen werken met één technische partner ten behoeve van monitoring.

¹⁶ Verduurzaming van hulpmiddelen in de Zorg – De Gezondheidsraad 2022

- Voor COVID en COPD zijn eerste ervaringen opgedaan met het voor elkaar actief monitoren tussen enkele Santeon ziekenhuizen, zoals het Maasstadziekenhuis dat COPD-patiënten monitort voor het Catharina Ziekenhuis;
- Verwachting is dat implementatie sneller zal verlopen door lessons learned:
 - Zorg bij jou streeft ernaar in de toekomst het ontwikkelingsproces van zorgpaden te kunnen versnellen, dan wel dat de inspanning die nodig is om een zorgpad te ontwikkelen afneemt.
 - Op basis van de eerdere ervaring kan een uniforme aanpak/ draaiboek worden opgesteld, en wordt er doorgebouwd op bestaande synergiën tussen de zorgpaden en/of generieke processen/bouwblokken

2.4.3 Organisatie

- Zie voor een uitgebreide reflectie vanuit de organisatie appendix A.2
- Het leveren van digitale zorg betreft een grote verandering, waar een geleidelijk groeimodel noodzakelijk voor is om vertrouwen en ervaring geleidelijk op te bouwen. Het laten ervaren van het monitoren op afstand helpt om vertrouwen te krijgen.
- Digitale zorg is een ICT-verandering maar de inbedding in de werkprocessen is een veranderkundige opgave die zeer beperkt met ICT te maken heeft. Afspraken rondom welke medewerker welke taken uitvoert en wanneer er overgedragen wordt naar een zorgverlener zijn belangrijk voor vertrouwen in het MSC als monitoringscentrum.
- Inbedding in de lokale (ICT)systemen en werkprocessen zal onder druk komen te staan, er zal daarom een proces ingericht worden dat voor elk huis een verbetering is.
- Geen van de huizen heeft nog ervaring opgedaan met 24/7 monitoring, maar de behoefte/wens om dit te doen is daar binnen elk van de huizen. Met grotere (gezamenlijke) patiënten aantallen wordt deze dienstverlening eerder bereikt en daarmee wordt de druk op de lokale zorgverleners verlicht.
- Er bestaan grote verschillen in de inrichting van thuismonitoringcentra, zowel binnen Santeon als daarbuiten; zo zijn er verschillen in de medische achtergrond van thuismonitoringsmedewerkers wat in grote mate beïnvloed welke activiteiten een thuismonitoringscentrum kan/mag uitvoeren. Maar ook welke taakdifferentiatie gehanteerd wordt: bijvoorbeeld het wel of niet aanmelden van patiënten en het beantwoorden van administratieve vragen. Strak beleid en inrichting kunnen voor efficiëntie zorgen.
- De functie van monitoringsverpleegkundige wordt als een administratieve functie bekleed door de medewerkers van lokale huizen, terwijl na een dag meelopen of inzage in de werkzaamheden blijkt dat het een dynamische functie is met veel klinisch werk en patiëntencontact.
- Veel zorgprofessionals vinden de combinatie van digitaal werken en werk op de vloer ideaal, en is voor re-integranten een mooie manier om werk in de zorg weer op te starten.

2.4.4 Implementatie

- Zie voor een uitgebreide reflectie op de implementatie appendix A.1
- Er zijn relatief grote verschillen tussen de ziekenhuizen in waar zij staan in het veranderproces;
- Er is enthousiasme en energie bij de kernteams en de direct betrokkenen;
- Er vindt samenwerking/kennisdeling plaats tussen de verschillende ziekenhuizen;
- We behalen klinisch resultaat
- De lokale organisatie krijgt steeds meer handen en voeten;
- We zien de volgende verbeterpunten
 - Effectievere programma organisatie en communicatie
 - Beter stroomlijnen van het lokale plan van aanpak;
 - Adresseren van impact van wet van de remmende voorsprong;
 - Focus op verandering;
 - Meenemen van de bredere groep zorgpersoneel.

3. Zorgpaden

Momenteel zijn voor drie intramurale zorgpaden (zwangerschapsdiabetes, COPD en COVID/Influenza) de protocollen in alle ziekenhuizen geïmplementeerd. Diabetes type 1 zal in de zomer 2023 live gaan. Drie nieuwe intramurale zorgpaden zijn geselecteerd (hartfalen, darmoperatie postoperatief en CVA – revalidatie na herseninfarct) waarvoor uniformering, ontwikkeling en implementatie in de Santeon ziekenhuizen wordt afgerond in Q2 – 2023. Hoe dit verder wordt uitgebreid de komende jaren beschrijven we in dit hoofdstuk.

3.1 Visie op zorgpaden

Op basis van literatuur schatten we in dat 10% van de huidige schadelast binnen Santeon via Zorg bij jou kan lopen

Chronische aandoeningen en aandoeningen waarbij sprake is van (een) operatie(s) en ziekenhuis opnamen zijn type zorg waarbij digitalisering en monitoring de grootste bijdrage kan leveren, dit is ongeveer 20% van het huidige zorgaanbod. Van deze 20% is naar verwachting 50% relevant voor Zorg bij jou.

Vanuit literatuuronderzoek en ervaringen bij verschillende monitoringsinitiatieven weten we dat inclusie percentages verschillen en dat dit afhankelijk is van het type aandoening, doelgroep waarvoor monitoring is ingericht en de patiëntenpopulatie. De verwachting is dat 50% van de patiënten in een geselecteerd zorgpad gebruik zal maken van Zorg bij jou. De snelheid waarop dit percentage bereikt wordt zal per zorgpad verschillen. Naar verwachting duurt het gemiddeld 2-3 jaar vanaf de eerste inclusies om naar dit inclusiepercentage te groeien. Dit heeft niet alleen te maken met het feit dat de startende zorgteams ervaringen moeten opdoen met monitoring van hun patiënten, maar ook met andere aspecten die inclusies remmen dan wel bevorderen. Een voorbeeld is dat de digitale omgeving nog niet beschikbaar is in een aantal veelvoorkomende talen die patiënten spreken, bijvoorbeeld het Turks en het Marokkaans. De aansluiting met andere apparaten is soms nog niet gereed, bijvoorbeeld bij Diabetes ontbreekt nog een koppeling met de veel gebruikte freestyle libre sensor van Abbott. Hierdoor blijft het percentage patiënten dat aan thuismonitoring mee wil doen beperkt, omdat zij nu zelf de waarden moeten invoeren. Activiteiten die gericht zijn op het versneld laten wennen aan thuismonitoring door proefopstellingen, realiseren van benodigde koppelingen en het toewerken naar vertalingen, instructie video's in andere talen, dragen bij aan een groeiend percentage van inclusies. Opgedane ervaring met versneld includeren binnen de ziekenhuizen en elders in het land worden meegenomen om inclusies te versnellen.

We 'offboarden' patiënten op het moment dat monitoring niet meer nodig is. Zo lang er nog geen hybride transmuraal zorgpad is ingericht offboarden we patiënten bij verwijzing naar andere zorgverleners. Bij verbreding naar transmuraal invulling van een zorgpaden binnen de regio's kan Zorg bij jou monitoring voor andere zorgverleners invullen en zal op basis van stabiliteit en getrapte alarmering "hoofdbehandelaarschap" over worden gedragen aan de zorgverlener waarnaar wordt (terug)verwezen.

Door nu verder vooruit te plannen kan de uitrol van zorgpaden versnellen

Om de gestelde doelen, wat betreft aantallen geïnccludeerde patiënten en gemaakte impact, te halen is het van belang om te versnellen met de implementatie van digitale zorgpaden. We verwachten dat de doorlooptijd tot aan implementatie in de toekomst gehalveerd kan worden ten opzichte van de doorlooptijd in het MVP, zie onderstaand overzicht. Uiteraard kan dit verschillen per zorgpad op basis van specifieke situaties, bijvoorbeeld als er onverwacht additionele functionaliteiten ingebouwd moeten worden. Uit de ervaring tot nu toe met het implementeren blijkt dat de selectie van zorgpaden veel tijd kost. Ook blijkt dat de voorbereiding tot de kick-off veel tijd in beslag neemt, voornamelijk het vrij maken van agendatijd van de medische specialisten. Daarnaast zit er een grote afhankelijkheid in de technische implementatie. Beide worden geadresseerd door verder vooruit te plannen, zodat het ver van tevoren bekend is welke zorgpaden er worden geïmplementeerd, en welke technische features wanneer klaar moeten zijn.

Bij ontwikkeling van een transmuraal zorgpad met ketenpartners en aansluiting van regionale zorgaanbieders is de doorlooptijd langer. Waarschijnlijk kan al wel gefaseerd gestart worden met monitoring. Afhankelijk van de Ausgangssituatie voor het betreffende zorgpad kan gestart worden vanuit een bestaand intramuraal Zorg bij jou pad waarbij het pad met ketenpartners wordt doorontwikkeld, dan wel dat de ontwikkeling met ketenpartners vanaf de start plaatsvindt.



Figuur 3: Overzicht van drijvers van versnelling van uitrol zorgpaden ten opzichte van huidige tempo

Verdere versnelling is mogelijk door voort te bouwen op lokale digitale zorgpaden die onder Zorg bij jou worden gebracht

Er is vanuit alle Santeon ziekenhuizen akkoord gegeven om Zorg bij jou als naam te voeren voor alle Luscii, Sananet en BeterDichtbij zorgpaden, met daarbij de opmerking dat het hoe en wanneer verder zal worden ingevuld. Hiervoor is gekozen om voor patiënten (met co-morbiditeit) eenduidige naamgeving en uitstraling te hanteren. De wijze waarop de conversie van de zorgpaden naar Zorg bij jou zal plaatsvinden, wordt in Q2-2023 nader uitgewerkt.

Dit betekent dat er meer dan 25 zorgpaden, die al actief zijn via BeterDichtbij, Luscii en Sananet, geïntegreerd kunnen worden in Zorg bij jou. Dit zal gefaseerd worden uitgevoerd. In eerste instantie gaat het voornamelijk om de gebruikservaring voor de patiënt en de betrokken zorgteams. Maar dit betekent ook dat deze zorgpaden op termijn via het onderstaande ontwikkelingstraject voor Zorg bij jou zorgpaden geüniformeerd en geïmplementeerd kunnen worden. De verwachting is dat we deze bestaande zorgpaden sneller kunnen uniformeren doordat hier al een basis ligt die als startpunt gebruikt kan worden. Deze integratie in Zorg bij jou wordt ook meegenomen in leveranciersgesprekken, omdat dit ons kans biedt om schaalvoordelen te behalen.

3.2 Prioritering van zorgpaden

Er zijn verschillende bronnen voor zorgpaden die in aanmerking komen om geïmplementeerd te worden

De eerste focus ligt aandoeningen die gekarakteriseerd worden als laag complex en hoog volume, dit zijn vaak chronische aandoeningen en aandoeningen waarbij sprake is van (een) operatie(s) en ziekenhuis opnamen waarbij impact kan worden gerealiseerd door digitalisering van zorg. Vaak is dit binnen een aandoening voor specifieke doelgroepen of voor een bepaalde fase in de ziekte of specifiek rondom een operatie of behandeling (zoals bijvoorbeeld chemokuren). (Versnelde) opschaling is mogelijk door vergelijkbare aandoeningen/zorgpaden te combineren en bijvoorbeeld te starten met postoperatief/ peri operatief darmoperaties en dit te verbreden naar andere operaties.

Er is een longlist opgesteld met mogelijk potentiële zorgpaden om te includeren. Dit is een dynamisch en groeiende lijst, waarin meer gedetailleerde gegevens over de zorgpaden worden verzameld, zoals aantallen patiënten, doelgroepen, lopende digitale programma's en mogelijkheden tot verbreding weergeven. Hierbij wordt samen met de zorgverzekeraars gekeken naar kansen en mogelijkheden voor de betreffende zorgpaden en landelijke goede voorbeelden die als best (good) practice kunnen dienen dan wel tot een toevoeging leidt op de longlist. Momenteel wordt er gewerkt aan een verdieping van de longlist, de toepassing verbreden naar vergelijkbare zorgpaden of naar vergelijkbare processen binnen een zorgpad, maar ook verbredingsmogelijkheid transmurale.

Op basis van de al genoemde merkstrategie zijn er ongeveer 25 al bestaande digitale zorgpaden binnen de Santeon ziekenhuizen die in de komende periode onder Zorg bij jou zullen komen te vallen. In de longlist is aangegeven of er voor een aandoening al digitale programma's worden ingezet. Daarnaast zijn er op de middellange termijn ook zorgpaden uit andere digitale tools (dus niet BeterDichtbij, Luscii en Sananet) die ook mogelijk interessant zijn om te includeren in Zorg bij jou. In sectie 3.4 wordt beschreven dat de komende periode de focus ook zal komen te liggen op implementatie van transmurale zorgpaden. Mogelijk dat er vanuit transmurale ketenpartners zorgpaden worden voorgesteld, waarbij door samenwerking impact en ook buiten de tweede lijn kan worden gerealiseerd, dus dit is een additionele bron voor nieuwe zorgpaden. De longlist met geschikte zorgpaden is dynamisch en zal worden aangevuld met nieuwe potentiële zorgpaden of processen.

De volgorde van implementatie wordt gebaseerd op een aantal vooraf vastgestelde criteria

Op basis van vooraf vastgestelde criteria worden zorgpaden en processen gewogen en gescoord om keuzes te kunnen maken welke zorgpaden -en proces(sen) als volgende worden geüniformeerd en verder gedigitaliseerd. De volgende 6 criteria worden per zorgpad afgewogen:

1. Impact

Er wordt per zorgpad een inschatting gemaakt van de impact op basis van (potentiële) patiënten aantallen en huidige zorgconsumptie. Hierbij wordt gekeken naar de impact die bekend is vanuit onderzoek, ervaring uit de Santeon ziekenhuizen en input vanuit de zorgverzekeraars voor verschillende aandoeningen wat betreft inclusie percentages en gerealiseerde zorgconsumptie. Inschatting van de impact vindt plaats op basis van het aantal potentiële patiënten dat wij kunnen includeren, te verwachten inclusie percentage en de te verwachten reductie van zorgactiviteiten, maar ook de te verwachten reductie van belasting van patiënt en zorgprofessionals.

2. Kader Passende zorg

Aan het selectieproces van de nog te selecteren zorgpaden zullen vanuit het Kader Passende Zorg de volgende afwegingscriteria worden meegenomen:

- Voldoen aan Kader Passend Zorg en Gepast Gebruik? Hoe voldoet bestaand (eventueel niet digitaal) zorgpad aan Kader Passende Zorg en principes van Gepast Gebruik;
- Sprake van Stand der Wetenschap en Praktijk (SW&P)? Is er aantoonbaar sprake van stand van wetenschap en praktijk (SW&P) i.r.t. monitoring voor dit zorgpad/doelgroep (door wie beoordeeld) en indien onduidelijk, kan het benodigde bewijs hiervoor binnen de zorgpaden verzameld worden. Dit punt zal nader met de werkstroom Evaluatie worden afgestemd;
- Niet aansluitend bij Gepast Gebruik en/of SW&P? Indien zorgpad/protocol niet voldoet aan de principes van Gepast Gebruik en/of SW&P - in combinatie met wel/geen knelpunten - maar hier wel bewust voor is gekozen. Indien dit het geval is zal de afwijkende keuze worden onderbouwd (zoals bijvoorbeeld dat het geen Zvw/Wlz- zorg betreft en voor eigen rekening patiënt/burger/verzekerde komt/kan komen).
- Te verwachten knelpunten? Zijn er te verwachten (korte of lange termijn) die op voorhand geïdentificeerd kunnen worden en in de implementatie en evaluatie getackeld kunnen worden?

3. Enthousiasme en draagvlak bij betrokken professionals

Is er bij de betrokken professionals enthousiasme en draagvlak voor digitalisering van het betreffende zorgpad en in welke mate. Hierbij wordt gekeken bij welke en hoeveel Santeon ziekenhuizen voldoende enthousiasme en draagvlak is om voor de aankomende zorgpaden te starten.

4. Prioritering zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars geven – vanuit het Kader Passende Zorg - hun voorkeur aan voor te starten zorgpaden. Op de korte termijn zal dit ongeveer dezelfde lijn volgen als de voorkeurspaden zoals gespecificeerd in het MSZ-zorginkoopbeleid 2024 van de zorgverzekeraars. Ook hebben de zorgverzekeraars inspraak op finale selectie van een zorgpad via de gezamenlijke stuurgroep (zie hierna).

5. Mogelijkheid tot verbreding - transmuraal

De kracht van Zorg bij jou zit, zoals beschreven in hoofdstuk 2, in de schaalbaarheid en brede inzetbaarheid ervan. Er zijn doelstellingen geformuleerd om de komende jaren te verbreden naar andere zorginstellingen. Daarom wordt ook specifiek gekeken of zorgpaden relevant zijn voor transmurale zorg. Daarnaast zit verbreding

ook in het type zorgpad dat wordt ontwikkeld, bijvoorbeeld dat naast chronische zorg ook postoperatieve trajecten deels via Zorg bij jou kunnen lopen.

6. Is er een actief Samen Beter programma?

Hierbij wordt gekeken of voor de betreffende aandoening een Samen Beter programma actief is – zoals de Santeon ziekenhuizen vanuit de VBHC-benadering al jaren toepassen - of dat er voor de betrokken vakgroep(en) een netwerk is opgebouwd binnen het Samen Beter programma. Binnen het genoemde programma bouwen teams een vertrouwensband met elkaar op en is men gewend om in Santeon verband inhoudelijke zaken, praktijkvariatie op basis van uitkomsten en best practices te bespreken en af te stemmen met als doel om van elkaar te leren en te verbeteren ('bij-elkaar-in-de-keuken-kijken'). Bij een reeds bestaand netwerk, onderling vertrouwen en wanneer men gewend is om inhoudelijke zaken met elkaar af te stemmen, draagt dit positief bij aan het proces van harmonisatie.

Op basis van input van betrokken gremia wordt een advies en voorstel gedaan aan de interne en gezamenlijke stuurgroepen voor besluitvorming over de volgende te implementeren nieuwe zorgpaden. Vervolgens neemt eerst de interne stuurgroep en daarna de gezamenlijke stuurgroep een besluit met welke zorgpaden in het volgende half jaar gestart wordt. I.v.m. tijdige agendareservering van de zorgprofessionals die nodig zijn bij de opstart van een pad plannen we hierin zo ver mogelijk vooruit.

3.3 Ontwikkeling van een zorgpad

De ontwikkeling van een geselecteerd zorgpad duurt ongeveer 3 maanden

In Figuur 4 is weergegeven welke stappen er moeten worden doorlopen om een zorgpad te implementeren. Voorafgaand aan de start wordt per ziekenhuis een medisch leider en een verpleegkundig leider benoemd. Zij maken onderdeel uit van de Santeon brede Medical board. Parallel wordt gekeken wie van hen zitting neemt in het kernteam waarbij er altijd één medisch lead en minimaal één medisch co-lead is. Als het kernteam is gevormd worden agenda's vrij gepland voor het wekelijkse kernteam overleg. Vanwege ingeplande spreekuren of andere zorgactiviteiten kost dit een aantal weken voordat alle leden beschikbaar zijn voor een gezamenlijk wekelijks kernteam overleg.

Het kernteam drijft de ontwikkeling van het digitale zorgpad, met ondersteuning van een lokaal projectteam en de Medical board. In het overzicht hieronder zijn de taken en de samenstelling van de teams en de Medical Board beschreven.

Voor de ontwikkeling van zorgpaden worden de gebruikers expliciet betrokken waar relevant

Waar relevant worden ook ervaringsdeskundigen en patiënten (bijvoorbeeld via patiëntverenigingen) betrokken bij het ontwerp van de zorgpaden. Er zijn al verschillende patiëntonderzoeken gedaan over o.a. de patiëntreis (begin 2022) en de naamgeving. Ook is er al verschillende keren met patiëntverenigingen gezeten om ze als belangrijke stakeholders aangehaakt te houden. Dit biedt additioneel comfort dat bij de uitrol geen verassingen naar voren komen waar mogelijk onvoldoende bij stil is gestaan. Dit vergroot ook de kans op landelijke schaalbaarheid (niet alleen Santeon ziekenhuizen). Bovendien wordt de stem van de patiënt gedurende het traject meegenomen door het periodiek uitzetten van vragenlijsten (zie hoofdstuk 7, Impact).

In aanvulling daarop worden ook de behoeften vanuit ketenpartners opgehaald en meegenomen in de ontwikkeling van een zorgpad indien het een transmuraal zorgpad betreft. Denk hierbij aan zorgaanbieders in de 1e lijn (bijv. huisartsen) en de gemeenten. Transformatie bij chronisch zieken betreft vaak een samenwerking tussen de huisartsen en het ziekenhuis. Gemeenten hebben ook een rol bij de zorg thuis, bijvoorbeeld in mantelzorgondersteuning, wellicht aanpassingen in huis en in sommige gevallen maaltijdondersteuning. Waar relevant zal het gesprek aangegaan worden met deze partijen om het zorgpad gezamenlijk zo effectief mogelijk in te richten.

	Kernteam	Lokaal projectleidersteam	Medical Board
Bemensing	1 zorgpadlead 1 medical lead 1 medical co-lead - VS/PA Optioneel: afgevaardigden van andere werkstromen (Juridisch, Financieel, Communicatie, Technologie)	1 zorgpadlead 7 projectleiders	1 zorgpadlead 1 medical lead 1 medical co-lead 5 afgevaardigde artsen
Taken	- Uniformeren medisch protocol - Coördineren ontwikkeling PCC protocol samen met PCC-team - Ondersteunen van regionale uitbreiding zorgpad	- Implementeren zorgpad in eigen ziekenhuis - Faciliteren regionale uitbreiding zorgpad	Accorderen van het medisch protocol Onderhouden protocol na live-gang - Inlichten en meenemen van eigen vakgroep
Voorstel overlegcadans	1 uur per week Ad hoc overleggen met techpartners / andere stakeholders	1 uur per week Ad hoc overleggen met techpartners / andere stakeholders	4 uur per traject

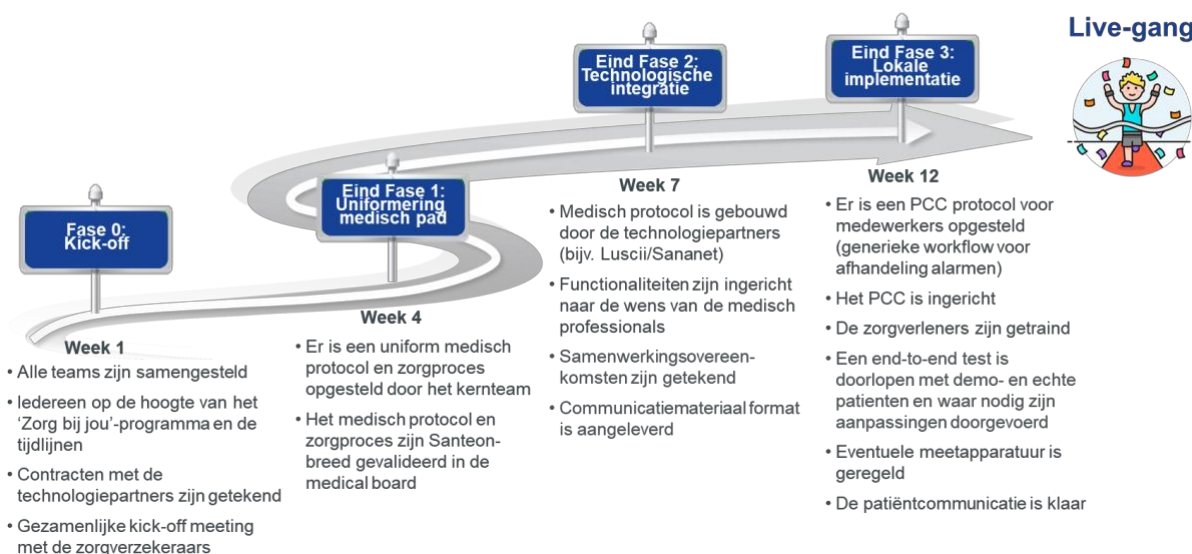
Figuur 4: Overzicht bemensing ontwikkeling zorgpad – NB: PCC heet tegenwoordig MSC (Medisch Servicecentrum)

Er volgt een kick-off bijeenkomst met Santeon-brede deelname en een vertegenwoordiging van de zorgverzekeraar waarbij gezamenlijk wordt gekeken naar kansen en invulling van digitalisering van het zorgpad. In de eerste 4 weken staat het uniformeren van de medische protocollen ten behoeve van de digitalisering en monitoring centraal (digitale zorgpad). Met uniformeren van het digitale zorgpad wordt bedoeld:

- Inclusie – en exclusiecriteria
- De subprotocollen per doelgroep met betreffende streefwaarden en alarmeringen
- Uitvraag en frequentie van vragen(lijsten) naar bijvoorbeeld klachten
- Patiënteninformatie binnen de app en
- Automatische berichten

Hierbij is inmiddels duidelijk dat het gebruik van eenzelfde monitoringsapp van Luscii een afwijkend medisch en/of invulling van monitoring kan hebben. Ook dat laatste zal geharmoniseerd moeten worden. Parallel hieraan wordt gekeken naar variatie van de zorgpaden tussen de Santeon ziekenhuizen. Hiermee bedoelen we de zorg- en logistieke processen binnen het zorgpad. In fase 2 wordt parallel aan de inrichting van de digitale (monitoring)tool de invulling van het monitoringsprotocol uitgewerkt (gestandaardiseerde afhandeling van alarmen). Op geleide van alarmen (of het ontbreken daarvan als patiënt stabiel is) is er al dan niet contact. Op basis van alarmering voor de individuele patiënt wordt het zorgpad gepersonaliseerd ingevuld. Dat betekent dat er alleen contact/ ingrijpen plaats vindt als dat nodig is. Standaard consulten worden indien medisch gezien verantwoord geschrapt. Daarna ligt de focus op de technische en praktische implementatie.

Op het moment dat het medische digitale zorgpad is geharmoniseerd, technische inrichting is afgerond en gestart kan worden met inclusie van patiënten in de digitale (monitoring) is een zorgpad live.



Figuur 5: Roadmap voor implementatie van een zorgpad. NB: PCC heet tegenwoordig MSC (medisch servicecentrum).

De Medical boards besluiten over de inhoud van het medische (monitoring)protocol en daarmee de medisch inhoudelijke inrichting van de applicaties, waaronder de drempelwaardes voor het genereren van alarmen. De Medical boards zullen de zorgpaden en de protocollen periodiek evalueren en waar nodig bijstellen. Bij aansluiten van regioziekenhuizen en andere zorgaanbieders binnen de keten, worden ervaringen ter verbetering en doorontwikkeling meegenomen.

De gestelde ambitie wordt op verschillende niveaus regelmatig getoetst aan de gerealiseerde uitkomsten

In samenwerking met de werkstroom evaluatie worden KPI's en indicatoren vastgesteld. Voor dit onderdeel wordt verwezen naar het betreffende hoofdstuk binnen de SoW (hoofdstuk 7). Een deel van de indicatoren maakt vaak al standaard onderdeel uit van het evaluatieproces in de Samen Beter cycli. Denk aan de zorgkosten gerelateerde indicatoren zoals consulten (live/ digitaal/ telefonisch), opnamen, verpleegdagen, gemiddelde ligduur en SEH bezoeken. Daarnaast zijn er ook zorgpad specifieke indicatoren, zoals:

- Voor dat zorgpad specifieke zorgactiviteiten binnen het specifieke zorgpad (specifieke procedures zoals specifieke onderzoeken of revisies etc.)
- Op het gebied van uitkomsten: patiënt gerapporteerde- en klinische uitkomsten (PROMs). Denk bij klinische uitkomsten bijvoorbeeld aan % complicaties, heropnamen, percentage infecties.
- Procesindicatoren

Wat betreft de klinische uitkomsten kunnen we deze na langere termijn- na de implementatie fase van het zorgpad en bij voldoende patiënten aantallen – duiden. In samenwerking met de verbeter teams en de betrokken data analisten worden er per zorgpad relevante indicatoren afgestemd en gevolgd. Waarbij opgemerkt moet worden dan voor lopende of aanpalende zorgpaden/aandoening data al wordt verzameld dan wel gebruikt kan worden gemaakt van de ontwikkelde indicatoren. Binnen het overkoepelende zorgpaden overleg en met de werkstroom evaluatie delen we resultaten, geleerde lessen en goede voorbeelden. Tips en tricks worden opgenomen in het draaiboek voor de opstart van nieuwe paden.

Uit evaluatie kan ook blijken dat een zorgpad zich niet leent voor hybride zorg. In het geval na verloop van tijd blijkt dat een zorgpad niet de gewenste impact levert en niet geschikt blijkt voor hybride zorg, zal hiernaar gehandeld worden. Dit kan vanzelfsprekend impact hebben op de inclusie cijfers.

3.4 Regionale samenwerking transmurale zorg

Eén van de belangrijke pijlers van Zorg bij jou is regionale samenwerking en implementatie van transmurale zorgpaden

In sectie 2.1 wordt benadrukt hoe schaalbaarheid en reproduceerbaarheid van cruciaal belang zijn voor het succes van Zorg bij jou. Onderdeel hiervan is het ontwikkelen van een regionale aanpak voor het aanbieden van transmurale zorg. De visie op lange termijn voorziet in een zo breed mogelijke gezamenlijke aanpak voor het hele sociale domein. Zoals geschetst in Figuur 6, kan dit worden onderverdeeld in een aantal logische tussenstappen die elkaar opvolgen. In het MVP is gefocust op het ontwikkelen van thuismonitoring voor ziekenhuiszorg, een logische vervolg stap is het zoeken van de samenwerking met de eerste lijn en VVT waar dat meerwaarde biedt. Zo kan er verder invulling worden gegeven aan het JZOJP-principe. De uitbreiding van Zorg bij jou naar regio huizen en VVT/1^e lijn gaat naar verwachting om in totaal zo'n 600.000 additionele patiënten. Op korte termijn is het doel om in ieder geval één transmuraal zorgpad binnen Zorg bij jou live te hebben in 2023. Op de langere termijn is de visie om regionale samenwerking verder uit te breiden naar het sociale domein, en zo een bijdrage te kunnen leveren aan preventie, en zo de positieve externe effecten daarvan te benutten. Zorg bij jou verzorgt een schaalbaar platform, dat relatief makkelijk geadopteerd kan worden door andere organisaties. De ontwikkeling van de nodige infrastructuur aan de achterkant bij deze organisaties die aan willen sluiten kan Zorg bij jou ondersteunen op basis van ervaring en expertise, maar de verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de betreffende organisatie. Zorg bij jou faciliteert slechts.



Figuur 6: Langetermijnvisie voor regionale aanpak

Het Nictiz Lagenmodel wordt als startpunt gebruikt voor het ontwikkelen van een blauwdruk voor regionale samenwerking

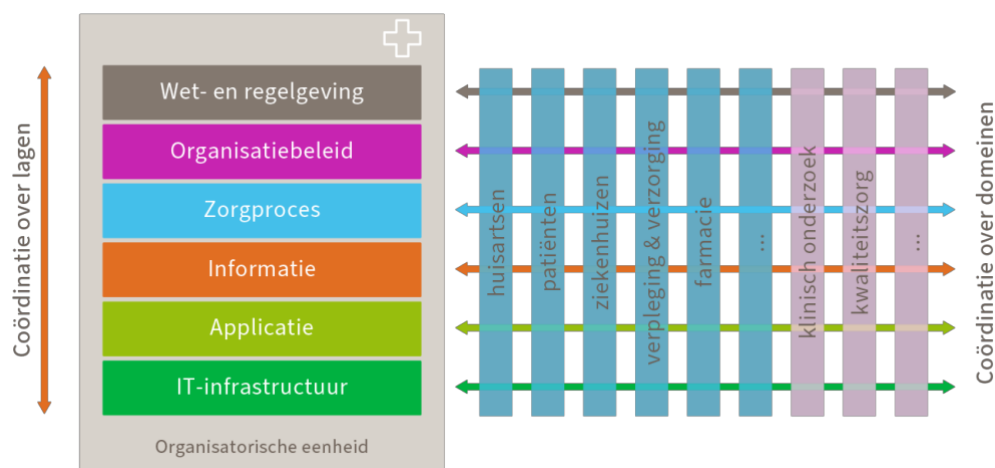
De komende periode zal Zorg bij jou werken aan een blauwdruk voor regionale samenwerking. Het startpunt hiervoor is het Nictiz Lagenmodel (zie Figuur 7), waarin vijf lagen van interoperabiliteit worden onderscheiden. Interoperabiliteit ontstaat als de afspraken op elk van die niveaus op elkaar aansluiten en voldoen aan wet- en regelgeving en beveiligingseisen. In deze blauwdruk wordt het Lagenmodel ingevuld voor Zorg bij jou, op basis van interne kennis en gesprekken en samenwerking met de verschillende stakeholders. Ook wordt er gekeken naar ervaring die al is opgedaan op het gebied van regionale samenwerking.

In deze blauwdruk zal – op geleide van de regio-analyses en –plannen - beschreven worden welke stappen genomen moeten om regionale samenwerking vorm te geven binnen Zorg bij jou

De vorm die regionale samenwerking uiteindelijk zal krijgen kan sterk verschillen per regio. Ook de rol die Zorg bij jou hierin speelt kan sterk verschillen. Met de nog te ontwikkelen blauwdruk (zie opzet in Figuur 8) wil Zorg bij jou in ieder geval een kader bieden om het gesprek te voeren over wat, wanneer, waar nodig is, en wie daar verantwoordelijk voor is. Hierbij is het belangrijk goed zicht te hebben op de regiobeelden en -plannen en de maatschappelijke en regionale urgenties (zoals regionaal personeelstekort, wachttijden, hogere prevalentie en incidentie op chronische aandoeningen etc.) die hieruit gedestilleerd kunnen worden. Op basis hiervan kunnen behoeften per regio worden geformuleerd, die de basis vormen voor op welke wijze Zorg bij jou hier een bijdrage aan kan gaan leveren (met welke zorgaanbieders, voor welke zorgpaden, met welke dienstverlening etc.).

Binnen de Santeon groep is al een aantal digitaliseringsprogramma's actief. Er wordt expliciet gezocht naar de verbinding, synergie met deze initiatieven. Er zal worden getoetst op de afhankelijkheden, samenwerkingsmogelijkheden en overlap tussen Zorg bij jou en lokale, regionale en landelijke initiatieven. Dit zal leiden tot een plan van aanpak, dat per regio/initiatief kan verschillen. Hierin wordt expliciet gemaakt wat door Zorg bij jou gedaan zal worden, en wat vanuit de lokale digitaliseringsprogramma's wordt opgezet, om zo dubbelingen te voorkomen. De blauwdruk biedt de handvatten om dit gezamenlijk op een structurele manier vorm te geven.

Vanaf het moment dat de eerste regionale partners zich aansluiten zetten we ook klankborggroepen op, verspreid over de verschillende manieren waarop Zorg bij jou met regionale partners gaat werken (intramuraal voor andere regioziekenhuizen, transmuraal i.s.m. VVT en 1^e lijn, sectoraal met diverse zorgaanbieders etc.).



Figuur 7: Schematische weergave van het Nictiz Lagenmodel

Zorgverzekeraars denken mee over de regionale uitrol en opschaling van Zorg bij jou

Zorgverzekeraars hebben een unieke rol in het zorglandschap, en hebben de mogelijkheid om in de samenwerking met hun partners en in ontwikkeling van hun eigen beleid te sturen op effectieve en efficiënte inzet van middelen. Voor zowel Zorg bij jou alsook voor de zorgverzekeraars is een ecosysteem met 3-5 spelers als medisch servicecentra een optimale verdeling. Vanuit deze visie zullen de zorgverzekeraars toekenning van IZA gelden steunen, daar waar ook andere zorgaanbieders komen met goede plannen en Zbj een onderdeel van de oplossing is. De inspanningen die zorgverzekeraars in deze zullen leveren, bestaan o.a. uit:

- Bijdragen in kennis rondom interoperabiliteit

- Bijdragen in kennis rondom passende zorg en passen bewijs
- De context van ZBJ meenemen in de regio's waar de verzekeraar de grootste is.
- Bijdragen in kennis rondom innovatie, technologie en regionalisering.

Er is een werkstroom ingesteld met verschillende expertises die dit proces verder vorm gaat geven

De ingestelde werkstroom die regionale samenwerking via Zorg bij jou verder vorm gaat geven zal aan de ene kant werken aan de blauwdruk, maar aan de andere kant ook aanjager zijn van de directe implementatie van transmurale zorg waar deze mogelijkheid zich al voordoet in de praktijk. De werkstroom wordt nog aangevuld qua vaste kernleden en incidentele experts. Zo zullen experts vanuit de zorgverzekeraars worden betrokken om hun regiobeelden en -plannen te kunnen inbrengen. En wordt er voortgebouwd op de al opgedane ervaring met al bestaande regionale samenwerkingsverbanden van de Santeon ziekenhuizen. Voor Zorg bij jou is het cruciaal om voort te bouwen op de ervaring uit deze initiatieven en de synergiën hiermee op te zoeken. In veel regio's wordt al op verschillende manieren samengewerkt, zoals:

1. Nijmegen (NOEL)
2. Rotterdam (Cumuluz)
3. Amsterdam (Virtual Ward)
4. Groningen (Zorgviewer)
5. Eindhoven (NHN)

Als een eerste stap zijn er interviews uitgevoerd met de verschillende regio's op basis van alle lagen uit het Nictiz model en worden er referentiebezoeken georganiseerd die vooral focussen op de onderste twee lagen uit het model. Verantwoordelijkheid van deze werkstroom is ook de uitvoering van de marktscan regionale opschaling in de eerste helft van 2024, samen met de zorgverzekeraars.

Blauwdruk voor de regio	
1.	Centrale monitoring/PCC (onder andere op basis van ervaring met Virtual Ward)
2.	Doelarchitectuur (onder andere op basis van regio initiatieven rondom data uitwisseling)
3.	Zorgpaden & medische inhoud (onder andere op basis van ervaring in de regio Eindhoven)
4.	Governance (onder andere op basis van ervaring in de regio Nijmegen en Amsterdam)

Figuur 8: Opzet voor blauwdruk voor de regio aanpak. NB PCC heet tegenwoordig MSC (medisch servicecentrum).

4. Organisatie: Governance en organisatiemodel

4.1 Zorg bij jou organisatie

4.1.1 Omschrijving Zorg bij jou MSC en bedrijfsvoeringsmodel

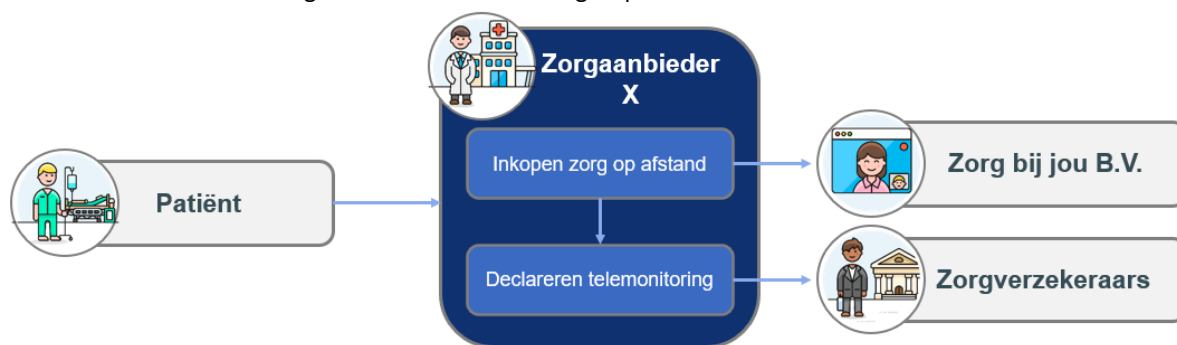
Om de ambities in de quadruple aim te realiseren richt Zorg bij jou een Medisch Servicecentrum (MSC) in. Om schaalvoordelen te behalen, ten bate van zowel de kwaliteit van de zorg en dienstverlening als de kosteneffectiviteit, worden alle monitoringsdiensten en zorginhoudelijke activiteiten van de Zorg bij jou georganiseerd vanuit één gezamenlijk, virtueel MSC. Vanuit dit MSC worden diensten geleverd aan de afnemende Santeon huizen en overige zorgaanbieders, waarbij in de eerste fase tot 2024 de nadruk zal liggen op centrale monitoring van patiënten.

Hoewel het Zorg bij jou MSC als één gezamenlijk en centraal centrum fungeert zal deze niet fysiek zijn samengebracht op één locatie. Het betreft een virtueel centrum waarbij de medewerkers geografisch verspreid zijn maar als één organisatie opereren. Medewerkers in het Zorg bij jou MSC kunnen onafhankelijk van hun locatie alle geïncludeerde patiënten monitoren van alle afnemende zorgaanbieders: er wordt gebruikgemaakt van één systeem met geüniformeerde processen.

Het Zorg bij jou MSC geeft invulling aan zorginhoudelijke taken zoals monitoring, triage en bereikbaarheid voor niet urgente/levensbedreigende medische vragen, beschreven in een monitoringsprotocol afgestemd met de diverse medical leads. In enkele situaties zal een alarm of escalatie niet centraal afgehandeld mogen worden (protocollair vastgelegd); deze signalen worden volgens het (transmurale) protocol doorgezet naar de afnemende zorgaanbieders en op lokaal niveau afgehandeld. Naast zorginhoudelijke taken worden in het MSC ook technische, administratieve en coachende taken belegd in de front-office, de zogenaamde digitale receptie. Logistieke coördinatie zal in beginsel lokaal worden vormgegeven. Door te werken met een scheiding tussen medisch en niet-medisch zijn we in staat taakherschikking en functiedifferentiatie toe te passen.

Zorg bij jou is georganiseerd als aparte organisatie die diensten levert aan ziekenhuizen en vanaf de tweede helft van 2023 via een transmuraal zorgpad en vanaf 2024 ook via sectorale zorgpaden andere typen zorgverleners zoals huisartsen en VVT-organisaties diensten levert. Initieel betreft dit voornamelijk het uitvoeren van (monitorings)diensten voor een zorgaanbieder, maar Zorg bij jou zal in toenemende mate transmurale zorg faciliteren over de gehele patiëntreis en zorgketen.

Zorg bij jou vraagt voor haar diensten vergoedingen aan de afnemende zorgaanbieders. Zorg bij jou moet daarmee worden gezien als een shared services center. De afnemende zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de zorg (de regiehouder blijft in eerste instantie ongewijzigd) en declareert thuismonitoring aan de zorgverzekeraars. Omdat Zorg bij jou medische diensten verleent is zij wel WTZa vergunningplichtig, maar geen contractpartij in het kader van de Zvw of WLZ. Op lange termijn is het daarnaast mogelijk dat Zorg bij jou bepaalde activiteiten ook direct zal declareren. Dit zal nader moeten worden onderzocht, evenals passende declaratiemethoden met oog voor verschillende doelgroepen.



Figuur 9: Overzicht bedrijfsvoeringsmodel Zorg bij jou

Wat Zorg bij jou onderscheidt van andere aanbieders is dat zij is opgebouwd vanuit de medische inhoud waarbij ook binnen de thuismonitoring zorgprofessionals werkzaam zijn met medisch inhoudelijke kennis en ervaring

met deze manier van werken. Daarnaast wordt ingezet op een breed medisch inhoudelijk takenpakket door de inzet van zorgprofessionals waardoor een grote afvang van medische alarmen plaatsvindt en de (lokale) afdeling maximaal ontlast wordt. Daarnaast ondersteunt Zorg bij jou ziekenhuizen en overige zorgaanbieders in de lokale regio's met de aansluiting door een implementatie methode met:

- Intercollegiaal contact met collega zorgprofessionals die het thuismonitoringsprogramma gebruiken op basis van behoefte
- Flexibele looptijd van de deelname
- Beschikbaar en getoetst voorlichtingsmateriaal voor patiënten.

4.1.2 Omschrijving dienstencatalogus Zorg bij jou

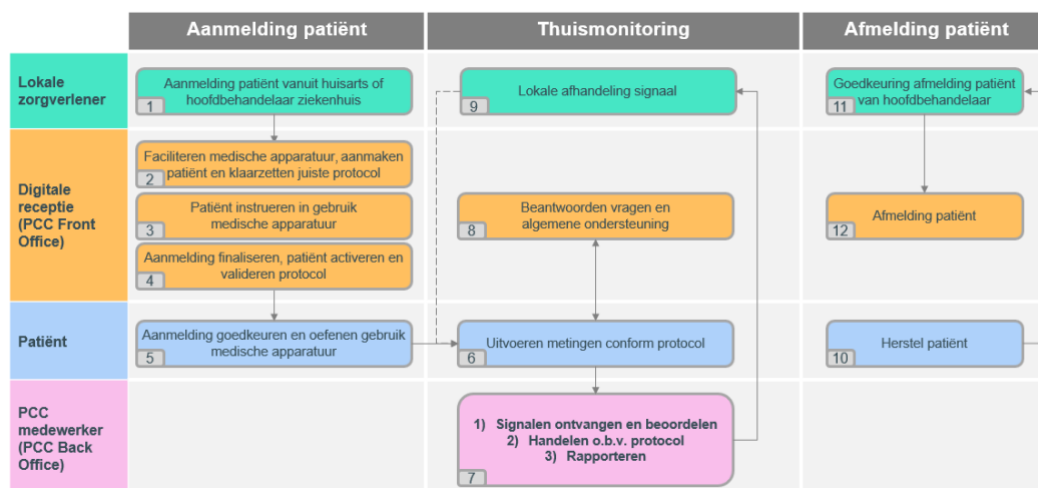
Zorg bij jou zal zorg op afstand mogelijk maken voor zorgaanbieders. Het verplaatsen van zorg vanuit een zorginstelling naar huis heeft, zoals eerder beschreven, veel voordelen. Er zijn verschillende typen (zorg)activiteiten waarvan de verwachting is dat zij de komende jaren (gedeeltelijk) zullen digitaliseren. Deze typen activiteiten vormen de basis voor de diensten die Zorg bij jou ambieert te gaan leveren. Zorg bij jou betreft een groeimodel, waarin deze activiteiten gaandeweg zullen worden opgezet en uitgebreid. In de eerste fase richt Zorg bij jou zich met haar MSC primair op thuismonitoring van patiënten in de geselecteerde zorgpaden. Bij uitbreiding van het dienstenpakket (verkenning start in 2024) zal worden geëvalueerd of Zorg bij jou de meest natuurlijke aanbieder is van een bepaalde dienst en zullen waar relevant samenwerkingen worden gerealiseerd. Op het gebied van triage en coördinatie wordt de ontwikkeling van de regionale zorg coördinatiecentra bijvoorbeeld op de voet gevolgd. Voor de lange termijn is de dienstencatalogus van Zorg bij jou op te delen in de activiteiten: Monitoring en bewaking, Consulten (incl. ambulante zorg), Medicatie, Diagnostiek, Triage en coördinatie, Overige therapeutische interventies, Leefstijladvies en preventie, Coaching en Logistiek.

Bereikbaarheid van het MSC loopt initieel gelijk met de openingstijden van de poliklinieken (9-17) met een weekenddienst (beide dagen 4 uur open). De ambitie is om dit uit te breiden naar 24/7 bereikbaarheid wanneer zorgpaden worden geïncorporeerd waarvoor dit waardevol is, waarna de uitgebreide bereikbaarheid ook inzetbaar zal worden voor alle overige zorgpaden.

De dienstencatalogus wordt over tijd verder ingevuld, aangevuld en waar nodig aangepast. Dit gebeurt in overeenstemming met de behoeftes vanuit de medisch inhoudelijke kant (zie hoofdstuk 3 Zorgpaden) en in overleg met patiënten over de patiëntbeleving en andere zorginstellingen (in de regio) die op Zorg bij jou (gaan) aansluiten.

4.1.3 Zorg bij jou MSC-proces

Voor het thuismonitoren van patiënten heeft het Zorg bij jou MSC een generiek MSC-proces opgesteld. Dit proces faciliteert een uniforme inrichting van het MSC en biedt de kaders voor een toekomstige aansluiting van de zorgpaden. Ieder geïncorporeerd zorgpad wordt ingericht volgens dit MSC-proces op hoofdlijnen. Wanneer het dienstenpakket van Zorg bij jou wordt uitgebreid zal het generiek MSC-proces daarop worden aangepast.



Figuur 10: Blauwdruk generieke thuismonitoringsproces¹⁷. NB: PCC heet tegenwoordig MSC (medisch servicecentrum).

Informatiesystemen

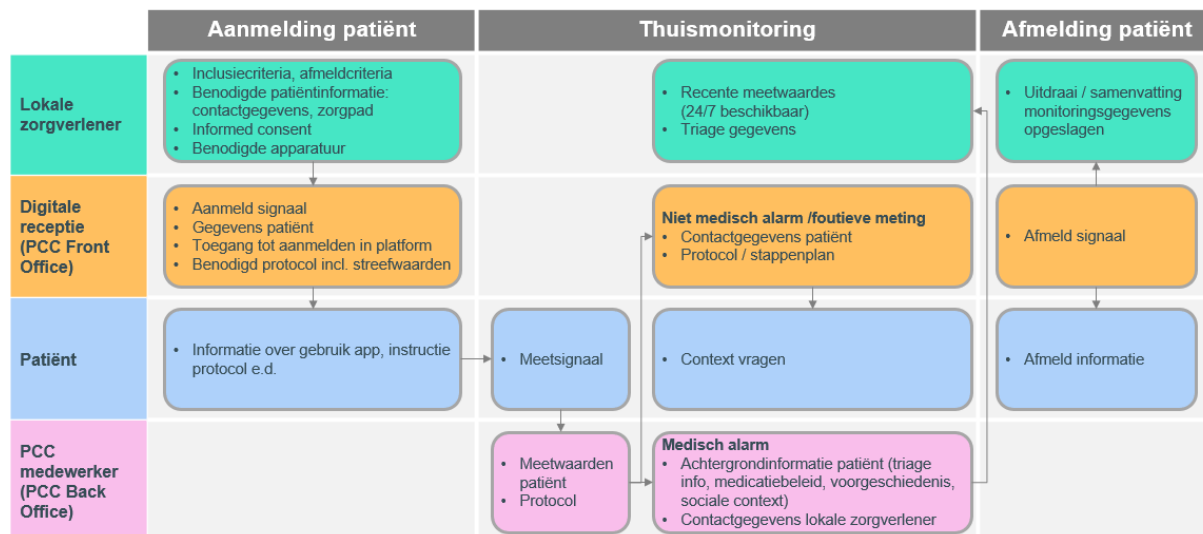
Voor een functionerend MSC zijn goed ingerichte informatiesystemen randvoorwaardelijk. De inrichting hiervan moet tevens bijdragen aan een hoge mate van interoperabiliteit, gezien Zorg bij jou naadloos moet kunnen samenwerken met de zeven Santeon huizen en op termijn ook met andere ziekenhuizen, huisartsen en VVT-organisaties.

De onderstaande weergave geeft een blauwdruk van de Zorg bij jou MSC-informatiesystemen. Deze blauwdruk laat per journey – *patiënt en medewerker* – zien welke informatie benodigd is in het aanmeldings-, thuismonitorings-, en afmeldingstraject van de patiënt. Deze informatiebehoefte in het MSC-proces wordt technisch vormgegeven en mogelijk gemaakt binnen de Zorg bij jou doelarchitectuur. Zoals in het volgende hoofdstuk over de technologie zal worden beschreven wordt er vanuit Zorg bij jou voortdurend gestuurd op interoperabiliteit en compatibiliteit, ook met andere type zorgaanbieders (zoals, huisartsen, VVT en op de lange termijn eventueel het bredere sociale domein). Een efficiënte en effectieve inrichting van de benodigde informatiesystemen vraagt daarbij echter inzet van alle verschillende stakeholders. Hier zal in 2023 al ervaring mee worden opgebouwd tijdens de realisatie van het eerste transmurale zorgpad. Zorg bij jou zal bij deze informatie-uitwisseling voldoen aan de geldende regelgeving met betrekking tot privacy en informatiebeveiliging. ISO/FGs zijn hiervoor nauw bij de ontwikkelingen betrokken en streven daarbij naar gelijkgerichtheid van de zeven huizen op dit onderwerp.

Voor de MSC-informatiesystemen zijn enkele randvoorwaarden gedefinieerd:

- i) Informatie wordt op één plaats geregistreerd,
- ii) Het bronsysteem van de afnemende zorgaanbieder is de primaire informatiebron; aanvullende informatie komt uit secundaire systemen,
- iii) De lokale zorgverleners werken vanuit hun bronsysteem, en
- iv) De MSC-medewerkers werken vanuit het MSC-systeem.

¹⁷ In de eerste fase is het mogelijk dat bepaalde activiteiten nog gedeeltelijk of volledig lokaal worden ingevuld, maar op den duur (zoals weergegeven) in de digitale receptie zullen vallen

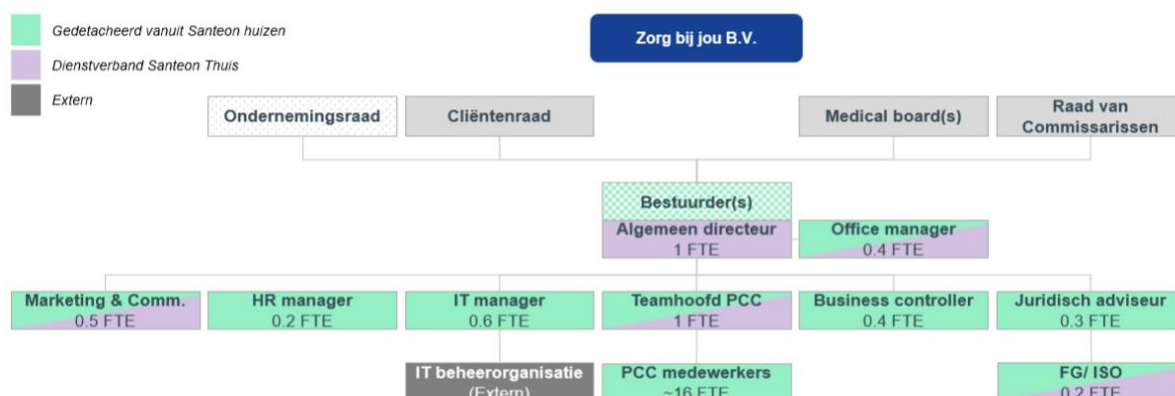


Figuur 11: Benodigde informatie per processtap. NB: PCC heet tegenwoordig MSC (medisch servicecentrum).

4.1.4 Organisatiestructuur

De organisatie die zal worden opgericht volgt de structuur van een zelfstandige organisatie. In 2023 zal de bemensing voornamelijk worden vormgegeven via detachering door de Santeon huizen, aan te vullen door externen waar nodig. Onderstaand overzicht is een organogram van de Zorg bij jou B.V. met een bijbehorende globale schatting van de werklust tot en met december 2023¹⁸. Zoals weergegeven wordt een onderscheid gemaakt tussen de functies waarvan wordt verwacht dat deze (primair) gevuld zullen worden middels detachering vanuit de Santeon huizen, en functies die zullen worden ingevuld door externen in dienstverband bij Zorg bij jou.

Detachering zorgt voor een lagere administratielast en snellere en flexibelere opschaling en biedt tevens een interessante propositie voor huidige werknemers. We verwachten dat alle Santeon ziekenhuizen helpen om het benodigde MSC-personeel te vinden wat zal bijdragen aan lokaal draagvlak en tevens samenwerking in de regio kan bespoedigen. Op termijn kan het ook mogelijk zijn dat zorgpersoneel van niet-Santeon zorgaanbieders worden gedetacheerd aan het Zorg bij jou MSC om gezamenlijk vertrouwen te creëren. Met het verzelfstandigen en volwassen worden van de Zorg bij jou organisatie zal mogelijk een groeiend aandeel van het personeelsbestand in direct dienstverband werken van Zorg bij jou.



Figuur 12: Organogram Zorg bij jou B.V. en globale schatting werklust tot en met december 2023

¹⁸ De benodigde MSC-capaciteit is gebaseerd op 8.000 patiënten en wordt later verder gespecificeerd maar zal de komende jaren samen met patiëntaantallen snel opschalen; overige functies zullen naar verwachting meegroeien met de organisatie

Zie appendix D voor een gedetailleerd overzicht van de taken, verantwoordelijken en bevoegdheden van de verschillende gremia en functies.

MSC-medewerkers

Binnen de MSC-structuur wordt er een onderscheid gemaakt tussen drie verschillende lagen, met bijhorende rollen en verantwoordelijkheden. Onderstaande blauwdruk biedt een eerste overzicht van hoe de rollen zich verhouden tot het traject van de patiënt.

I. Lokale zorgverlener

De lokale zorgverlener selecteert en motiveert patiënten om deel te nemen aan thuismonitoring en dit onderdeel te maken van het behandelplan. Van de lokale afdelingen wordt, zeker in de opstartfase, verwacht dat zij supervisie houden en goedkeuring geven voor het afmelden van een patiënt. Daarnaast nemen lokale zorgverleners deel aan de educatie van de front-office en MSC-medewerkers door het geven van klinische lessen. De verwachting is dat onderdelen van deze rol geleidelijk richting het MSC verschuiven middels Santeon protocollen. De rol zal ingevuld worden door artsen, arts-assistenten, verpleegkundigen, PA/VS'en en paramedici.

II. Digitale receptie (MSC frontoffice)

Het administratieve en logistieke onderdeel van de organisatie zal ingevuld worden door MSC-frontoffice medewerkers. Zij melden de patiënten aan en controleren de complete aanmelding in zijn geheel. Het gaat hier voornamelijk om een vooraanstaande rol bij het instrueren en motiveren van patiënten, het beantwoorden van algemene niet-medische vragen en de overige administratieve taken. Bij het centrale frontoffice komen alle telefonisch/beeldbel/chat contactmomenten binnen betreffende administratieve en/of technische en/of coachende vraagstukken en eerste afvang van medische vraagstukken die naar de MSC-medewerkers doorgezet kunnen worden. Het frontoffice biedt mogelijkheid tot functiedifferentiatie omdat het gaat om niet-medische taken. Daarnaast wordt voor niet-medische ondersteuning van patiënten, zoals het opbouwen van generieke digitale vaardigheden, waar mogelijk de samenwerking met andere partijen gezocht zoals het Helpdesk Digitale Zorg.

III. MSC-medewerkers (MSC backoffice)

De MSC-medewerker voert de monitoringswerkzaamheden uit zoals het monitoren van (gezondheids-)waardes, het medisch inhoudelijke contact met patiënten en zullen de patiënten motiveren waar nodig. Daarnaast houden de MSC-medewerkers contact met de lokale zorgverleners t.b.v. supervisie en het adviseren op behandelplannen aanpassingen. Als laatste begeleiden en implementeren MSC-medewerkers nieuwe trajecten en wordt er geholpen bij het opstellen van monitoringsprotocollen en het beleid daarvan. Deze functie kan worden ingevuld door verpleegkundigen, VS/PA's, medisch studenten en coassistenten, artsen en paramedici.

Binnen het MSC is dus sprake van een zekere functiedifferentiatie: enerzijds zullen er algemenere frontofficemedewerkers zijn voor het afvangen van algemene vragen, en anderzijds zijn er medisch geschoolde MSC-zorgverleners. Ook binnen de zorgverleners is sprake van differentiatie, waarbij wordt gedacht aan een onderscheid tussen algemene zorgverleners voor ondersteuning en monitoring in alle zorgpaden en specialisten met een bepaald focusgebied voor grotere medische verantwoordelijkheden en doorontwikkeling van zorgpaden. Deze functiedifferentiatie zal gaandeweg worden vormgegeven met opschaling van het Zorg bij jou MSC, waarbij naar verwachting in het begin alle MSC-medewerkers nog alle drie deze rollen zullen vervullen. De functieprofielen voor de eerste fase (live-gang) van het MSC worden in Q2- 2023 gefinaliseerd.

Aantrekkelijk werkgeverschap

De digitale zorgverlening zorgt voor minder fysieke werkdruk. Daarnaast ontstaat ook de mogelijkheid voor de medewerker om op een eigen gekozen werkplek (zo ook thuis) te kunnen werken. Veel zorgprofessionals vinden de combinatie van digitaal werken en werk op de vloer ideaal, en het is voor re-integranten een mooie manier om werk in de zorg weer op te starten. Dit zal het aantrekken en behouden van medewerkers in de zorg kunnen stimuleren.

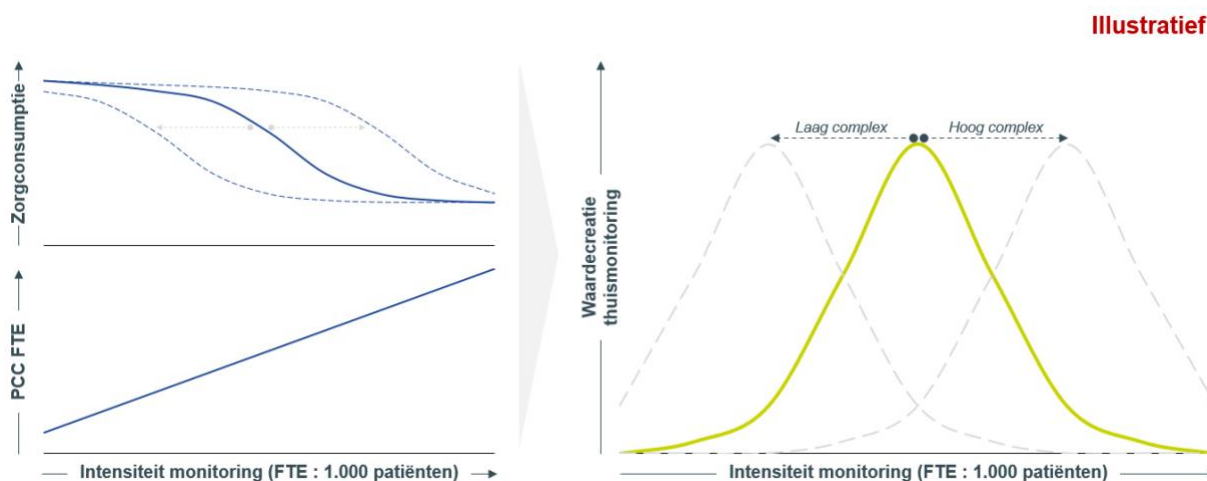
4.1.5 Benodigde MSC-capaciteit

Het Zorg bij jou MSC ambieert vanaf go-live snel op te schalen in patiëntaantallen (zie doelstellingen) en daarom ook in MSC-medewerkers. Verschillende Santeon huizen hebben al uitgebreide ervaring met monitoring van patiënten, waardoor Zorg bij jou een reële inschatting kan maken van het aantal benodigde FTE voor het MSC.

Uit de MVP-fase is echter gebleken dat, ook binnen dezelfde (maar nog niet geüniformeerde) zorgpaden, grote verschillen kunnen bestaan in de tijd die huizen gemiddeld per patiënt bezig zijn met monitoren. Deze verschillen worden grotendeels verklaard door de verschillen in de geleverde producten en diensten. Sommige centra beleggen veel medische inhoud in het monitoringscentrum, waardoor er relatief veel monitoringstijd per patiënt wordt ingezet maar er veel minder signalen worden doorgezet naar de lokale afdelingen. Weer andere huizen hebben een van het monitoringscentrum gescheiden front office waardoor onboarding, administratie en algemene vragen niet worden meegerekend.

De optimale monitoringsintensiteit voor een geüniformeerd Zorg bij jou zorgpad is sterk afhankelijk van de exacte medische invulling en de dienstverlening en taken die vanuit het MSC worden aangeboden. Daarbij moet altijd gekeken worden naar de balans tussen het aantal patiënten per MSC-medewerker ten opzichte van de besparing (impact) die dit veroorzaakt bij de afnemende zorgaanbieder. Een lager aantal patiënten per MSC-medewerker is bijvoorbeeld wenselijk als een intensievere vorm van digitale zorg aantoonbaar bijdraagt aan het reduceren of voorkomen van verpleegdagen.

Zorg bij jou streeft voor ieder zorgpad een optimale monitoringsintensiteit na waarbij de monitoringsinzet wordt gerelateerd aan de gerealiseerde reductie in zorgconsumptie in consulten en verpleegdagen. Zie Figuur 13 voor een schematische weergave. Aan de linkerkant staat weergegeven dat de zorgconsumptie voor een bepaald zorgpad afneemt als de monitoringsintensiteit toeneemt. Dit is niet lineair: er is een bepaald niveau benodigd om zorgconsumptie tastbaar te doen verminderen, en vanaf een bepaald punt neemt de meerwaarde van intensievere monitoring snel af. Per zorgpad is er daarom een theoretisch optimum vast te stellen waarbij de reductie van zorgconsumptie gecorrigeerd voor de inzet van MSC FTE maximaal is. Per zorgpad is dit anders; een complex zorgpad zal immers een hogere monitoringsintensiteit behoeven voor een tastbare zorgconsumptie reductie, waardoor beide grafieken naar rechts verschuiven.

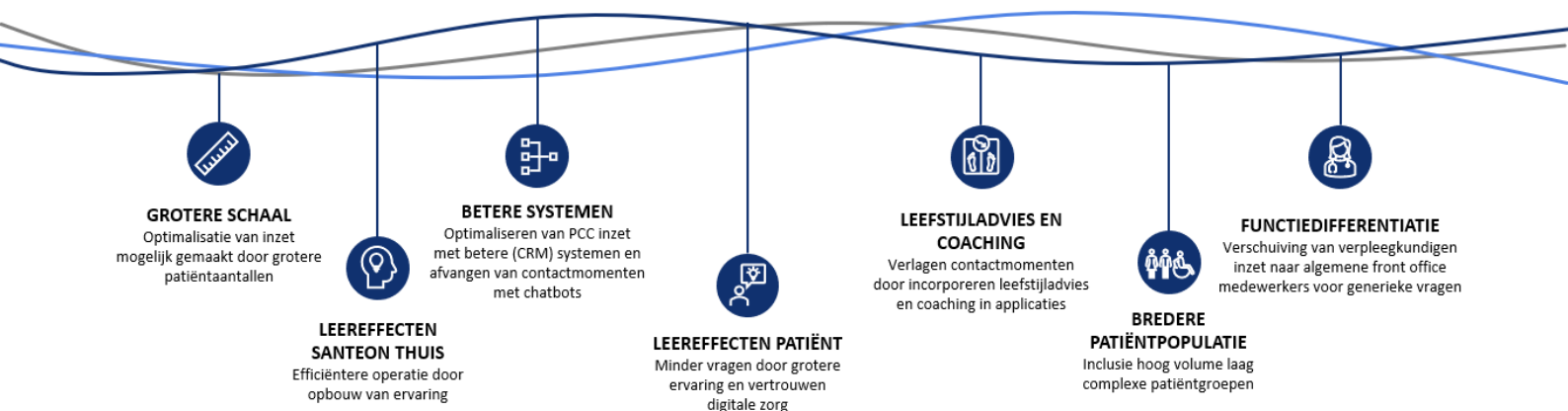


Figuur 13: Illustratieve ontwikkeling waardecreatie naar monitoringsintensiteit en verschuivingen voor andere typen zorg

Het Zorg bij jou MSC richt zich op al deze activiteiten in brede zin, en heeft ook de ambitie om juist op de medische inhoud een steeds groter wordende rol te vervullen. Voor de eerste zorgpaden verwacht Zorg bij jou in 2023 per (FTE) MSC-zorgverlener 500 patiënten te kunnen monitoren (1:500). Deze inschatting ligt tussen de huidige realisaties van COPD en DGM-monitoring in CWZ (1:750), Maasstad (1:500) en het St. Antonius (1:400).

Het is de ambitie om in 2023 op te schalen naar 8.000 patiënten uit de ziekenhuiszorg op Zorg bij jou¹⁹. Naar verwachting zal het MSC daarmee dus groeien tot een centrum met 16 FTE monitoringsverpleegkundigen voor de geïncubeerde patiënten, bestaande uit een vaste kern met een flexibele schil²⁰. Voor de vaste medewerkers wordt een minimale wekelijkse tijdsbesteding worden gehanteerd om continuïteit te borgen door overmatige wisselingen te voorkomen. In het begin zullen dit nog grotendeels algemene medewerkers zijn die zowel front- als back-office rollen vervullen.

Door schaal- en leereffecten is de verwachting dat Zorg bij jou op de lange termijn steeds efficiënter zal kunnen werken. Voor de lange termijn is de verwachting dat de huidige ratio van 1:500 voor vergelijkbare zorgpaden en patiëntgroepen zal kunnen verbeteren naar 1:750 in 2027 tot 1:1000 in 2032.



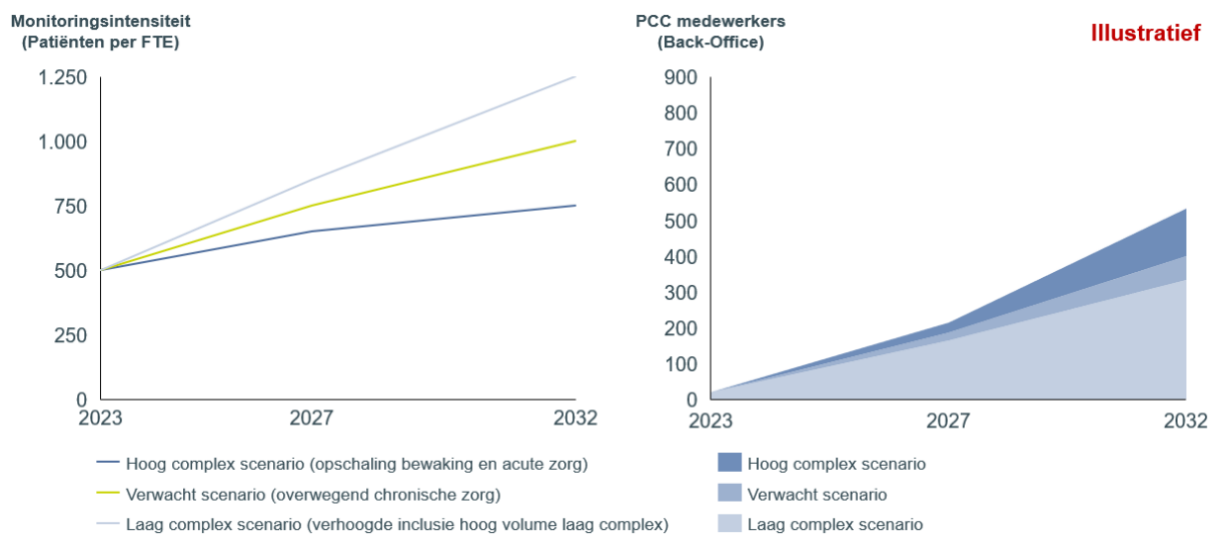
Figuur 14: Optimalisatiedrivers MSC inzet Zorg bij jou. NB: PCC heet tegenwoordig MSC (medisch servicecentrum).

Zoals eerder benoemd zal de gerealiseerde ratio sterk afhankelijk zijn van de exacte medische invulling en de dienstverlening en taken die vanuit het MSC worden aangeboden en de zorgpaden en patiëntgroepen die zullen worden geïncubeerd. Voor de verwachte grootte van het MSC-capaciteit zijn daarom verschillende scenario's mogelijk. Het verwachte scenario gaat ervanuit dat Zorg bij jou hoofdzakelijk chronische patiëntgroepen zal includeren lijkend op de eerste drie zorgpaden. Onder de verwachte patiëntaantallen binnen de ziekenhuiszorg zal het MSC daarmee in 2027 ongeveer 187 fte, waarvan 120 voor behandeling van patiënten uit de Santeon ziekenhuizen.²¹ In 2032 zal het nodige personeel voor het MSC ongeveer 400 FTE beslaan, waarvan 200 fte voor de verwachte 200.000 patiënten uit de Santeon ziekenhuizen. Wanneer er een verzwaring of verlichting van de patiëntpopulatie plaatsvindt zal dit aantal toenemen dan wel afnemen. Zie Figuur 15 voor een illustratieve weergave van de verschillende scenario's.

¹⁹ We gaan in deze berekeningen (ook voor 2027 en 2032) uit van de ziekenhuiszorg omdat de Santeon ziekenhuizen nog geen ervaring hebben met het monitoren van patiënten in de 1^e lijn of van VVT-organisaties, wel is de verwachting dat deze een lagere monitoringsintensiteit behoeven dan patiënten uit de 2^e lijn

²⁰ Met een flexibele schil aan bijv. geneeskundestudenten kunnen ontwikkelingen in benodigde capaciteit zo goed mogelijk worden opgevangen, hierbij is het wel van belang dat continuïteit wordt gewaarborgd; de inschatting van 22 fte uit van de oorspronkelijke openingstijden van 5x 8 uur doordeweeks en 2x 4 uur in het weekend

²¹ In de business case wordt alleen de impact berekend op de fte dat nodig is voor het behandelen van patiënten uit Santeon ziekenhuizen.



Figuur 15: Verwachte gemiddelde monitoringsintensiteit per scenario en resulterende omvang MSC

Naast personeel op het MSC zijn ook ander ondersteunend personeel nodig om Zorg bij jou draaiend te kunnen houden, zie voor meer informatie de business case (hoofdstuk 6 en appendix F).

4.1.6 Verdienmodel Zorg bij jou

Zoals eerder beschreven zal Zorg bij jou een dienstenpakket aanbieden aan zorgaanbieders. Zorgcontractering zal daarbij net als nu via de zorgaanbieder verlopen, die op zijn beurt bij Zorg bij jou diensten afneemt.

Tarifiering voor de Zorg bij jou diensten zal op termijn per product en zorgpad verschillen. Doorontwikkeling van het thuismonitoringstarief (thuismonitoring) is hierbij noodzakelijk. Zorg bij jou hanteert voor de hoogte van het tarief in de basis een integraal kostprijsmodel met een beperkte marge. De Zorg bij jou B.V. heeft geen winstoogmerk, maar stelt zich ten doel een bijdrage te leveren aan het reduceren van de zorgkosten per patiënt. Zorg bij jou is voor en van de leden van Zorg bij jou. Deze leden zijn gebaat bij een zo laag mogelijke prijs voor de dienstverlening van Zorg bij jou B.V. Terzijde zij opgemerkt dat de Coöperatie en B.V. Zorg bij jou volgens het Zorgbesluit zijn uitgesloten van de fiscale (Vpb) zorgvrijstelling. Daarmee is ook in fiscaal opzicht het maken van winst door Zorg bij jou B.V. niet aantrekkelijk. Wanneer in dit SoW bedragen worden genoemd betreft dit bedragen in principe exclusief BTW, omdat Zorg bij jou als zorgverlenende entiteit is vrijgesteld van BTW.

Voor de eerste zorgpaden past deze tarifiering binnen de bandbreedte van de recent geïntroduceerde NZa-declaratiecode thuismonitoring (039133). Naar verwachting zal er naar de toekomst echter een breder spectrum aan tarieven ontstaan. Zo is het mogelijk dat er op den duur ook zorgpaden worden geïnccludeerd die hele intensieve monitoring of andere vormen van digitale zorg behoeven waar relatief hoge kosten tegenover staan, maar toch een waardevolle bijdrage leveren aan de ambities van Zorg bij jou door een grote reductie van zorgconsumptie in bijvoorbeeld verpleegdagen.

Het is de ambitie van Zorg bij jou om contractering van technologiepartners centraal vorm te geven, waardoor zorgaanbieders voor de afgenomen diensten en zorgpaden geen afzonderlijke contracten en licentiekosten met technologiepartners hoeven overeen te komen. In dit geval worden licentiekosten dus doorberekend in de Zorg bij jou tarieven. De uitkomst hiervan is afhankelijk van onderhandelingen met de verschillende technologieleveranciers, waar de zorgverzekeraars vanuit hun expertise aan bijdragen.

Door de eerder beschreven schaal- en leereffecten is de verwachting dat Zorg bij jou op de lange termijn steeds efficiënter zal kunnen werken, wat leidt tot schaalvoordelen en kostenreductie.

4.1.7 Planning

Realisatie Zorg bij jou organisatie

Zorg bij jou is op moment van schrijven live middels het ‘MVP-stap 1’ model²², waarin huizen onderling monitoringsactiviteiten voor elkaar uitvoeren volgens het zogenaamde ‘buddy-systeem’. De Zorg bij jou organisatie is nog niet opgericht en er is nog geen sprake van één gezamenlijk virtueel MSC. De mijlpalenplanning vanuit het perspectief van het MSC is daarom hoofdzakelijk gericht op het inrichten van de nieuwe organisatie en het realiseren van het gezamenlijke MSC. Zie hieronder (Figuur 16) een overzicht van de belangrijkste mijlpalen op de lange termijn. Alle mijlpalen voor ingebruikname van het gezamenlijke platform staan gespecificeerd in appendix D.

	Mijlpalenplanning	Datum	Kritische afhankelijkheden
Go-live	Opschaling richting één gezamenlijk PCC platform Start opschaling patiënten richting 2.000 patiënten operationeel gemonitord voor drie zorgpaden (incl. Diabetes type 1) en de zeven huizen in juli 2023; monitoring vanuit de centrale organisatie wordt z.s.m. geambieerd maar volgt mogelijk na mei i.v.m. kritische afhankelijkheden	31 mei 2023	• Technisch MVP gereed • Zorgpad Diabetes type 1 geüniformeerd • Nieuwe organisatie opgericht en ingericht
Door-ontwikkeling	Eerste regiohuizen aangesloten Primair voor COPD (evt. Diabetes)	H1 2023	• Bereidheid regiohuizen • Status technisch MVP / interoperabiliteit
	Aansluiting andere typen zorgaanbieders Eerste VVT organisaties en/of huisartsen	H2 2023	• Bereidheid partner zorgaanbieders • Status technisch MVP / interoperabiliteit
	Uitbreiding dienstenpakket Santeon Thuis Vaststellen scope nader te bepalen.; o.a. in overleg met zorgverzekeraars	2024	
	Uitbreiding coöperatie Eerste niet-Santeon coöperatieleden	2024	

Figuur 16: Planning zorg bij jou organisatie²³

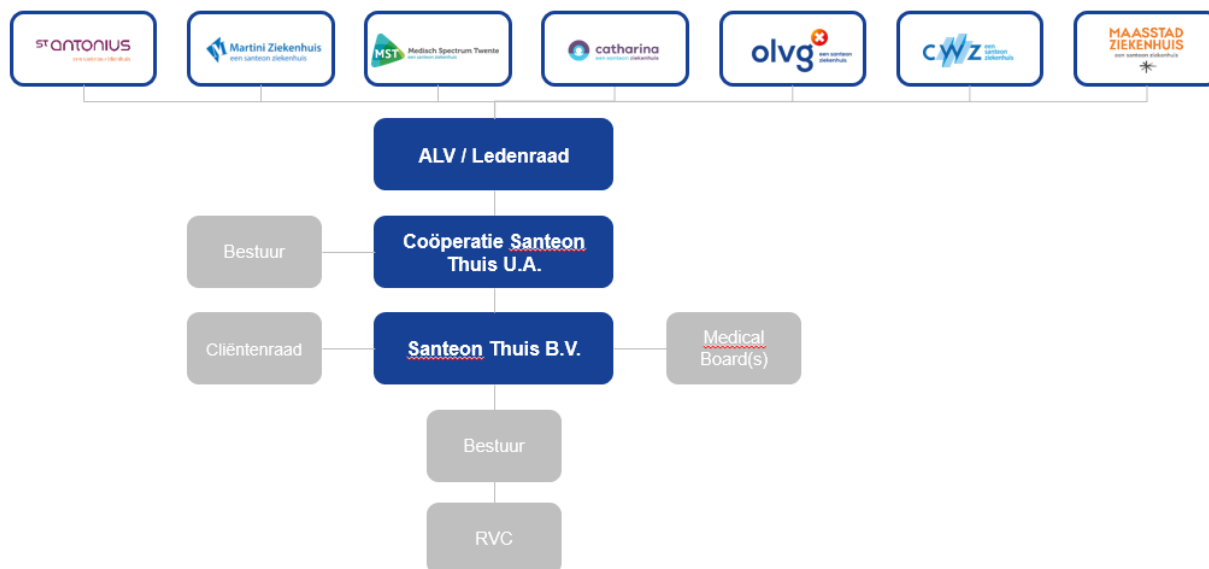
4.2 Beschrijving juridische structuur

Zorg bij jou zal worden ondergebracht in een juridische entiteit. Deze juridische entiteit is benodigd vanaf het moment dat er door één zelfstandig MSC-monitoringsdiensten zal worden geleverd, op de eerste plaats omdat het noodzakelijk is om ondergebracht te zijn in een rechtspersoon om daadwerkelijk als één organisatie te kunnen functioneren. Daarnaast zal Zorg bij jou door het leveren van o.a. monitoringsdiensten als een shared service center zorg leveren, en moet daarom voldoen aan de juridische plichten van een zorgaanbieder conform de Wtza. De organisatie zal hiervoor ook toegang krijgen tot patiëntgegevens van vele zorgaanbieders, en moet daarmee ook voldoen aan de zware eisen die volgen uit de regels voor gegevensbescherming en privacy (AVG).

Naast dat een juridische entiteit voor Zorg bij jou van belang is voor realisatie van het ‘MVP-stap 2’ is door ontwikkelen naar de uiteindelijke ambitie van Zorg bij jou zonder een eigen rechtspersoon moeilijk voor te stellen. Zorg bij jou zal daartoe worden ondergebracht in een coöperatie-met-BV-constructie. Dit scenario biedt het beste van twee werelden: een coöperatie gericht op onderlinge samenwerking met meer flexibiliteit dan een B.V., maar ook een B.V. die is ingericht op het drijven van een onderneming. De coöperatie houdt de aandelen van de B.V., en de B.V. exploiteert de onderneming van Zorg bij jou. De leden van de coöperatie sluiten contracten met de B.V. en in ruil daarvoor verleent de B.V. in onderaanneming zorg op afstand voor de leden. De leden in de coöperatie beslissen gezamenlijk over de inhoud en kosten van Zorg bij jou.

²² In MVP-stap 1 zijn de Santeon huizen live-gegaan met geüniformeerde zorgpaden maar zonder een gezamenlijk MSC; monitoring voor elkaar wordt vormgegeven via één-op-één samenwerkingen tussen de huizen (het ‘buddy-systeem’). In MVP-stap 2 worden de monitoringsactiviteiten voor uitgevoerd vanuit het gezamenlijke MSC

²³ In H2 2023 vindt eerste aansluiting met VVT/huisartsen plaats via een transmuraal zorgpad, vanaf 2024 wordt de propositie voor VVT/huisartsen volledig ontwikkeld, ook voor sectorale zorgpaden



Figuur 17: Overzicht juridische structuur. NB Santeon Thuis was een werktitel en heet nu Zorg bij jou.

De oprichting van de coöperatie en de B.V. is randvoorwaardelijk voor MVP-stap 2. In eerste instantie wordt de coöperatie gevormd door de lid-ziekenhuizen van Santeon. Zorg bij jou is voor en van de leden van de coöperatie. Het moment van openstelling van de coöperatie voor nieuwe leden is afhankelijk van de ontwikkeling van Zorg bij jou. Een zekere graad van volwassenheid zal moeten zijn bereikt (naar verwachting: eind 2024). In de tussentijd is streven wij ernaar andere zorginstellingen aan te sluiten bij Zorg bij jou; Zorg bij jou B.V. kan (volgens de statuten, in beperkte mate) ook diensten aanbieden aan niet-leden.

Bij het opstellen van de statuten van de coöperatie is zoveel mogelijk rekening gehouden met het ontwikkelingsproces van Zorg bij jou. De statuten van de coöperatie maken onderscheid tussen A- en B-leden. A-leden zijn de initiële leden: de lid-ziekenhuizen van Santeon. Zij beslissen gezamenlijk over het moment waarop de coöperatie wordt opengesteld voor andere leden, de B-leden. Besluitvorming over toelating van individuele leden zal plaatsvinden op basis van een reglement waarin (uniforme) voorwaarden voor toetreding komen te staan. B-leden hebben dezelfde rechten en plichten als de A-leden, met dien verstande dat voor het nemen van besluiten ter vergadering de meerderheid van de stemmen van de A-leden nodig is. Afhankelijk van de (verdere) doorontwikkeling en de groei van het aantal leden zullen de statuten op enig moment worden aangepast. Te denken valt aan de introductie van verschillende categorieën leden naar type zorg (ziekenhuizen, VVT, huisartsen, etc.) met daarop aangepaste stemverhoudingen.

4.3 De veranderkundige opgave

Bewustwording van de veranderkundige opgave

Vanaf het begin van het programma is aangegeven dat het inzetten van thuismonitoring een radicale verandering betreft. Het programma was daartoe ook Agile ingericht, maar in de praktijk is het programma tot nu toe te veel uitgevoerd als een programmatische ontwikkeling en implementatie van het 'snuffje' thuismonitoring. Volgens Astro Teller van X (voorheen Google X) verliezen veel mensen zich in het snuffje, maar is de echte uitdaging toch echt om het gedrag van (zorg)professionals en patiënten te veranderen. Zo ook bij Zorg bij jou. Want er verandert niets als:

- Patiënten alleen maar thuismonitoring naast de reguliere polikliniekbezoeken willen hebben (daarmee wordt het een 'add on' en komt het niet in de plaats).
- Zorgverleners niet includeren voor thuismonitoring.
- Patiënten niet leren hoe ze 'alarmwaarden' kunnen voorkomen dan wel er beter mee omgaan.
- Etc.

Daarom is een continue tactiek c.q. proces nodig om de bewustwording en identificatie van de benodigde (gedrags)verandering te bevorderen en te verhogen. Momenteel wordt dit gedreven vanuit veranderkundige expertise. Door als veranderkundige veel op de vloer te zijn en te praten met zorgverleners en patiënten zijn we

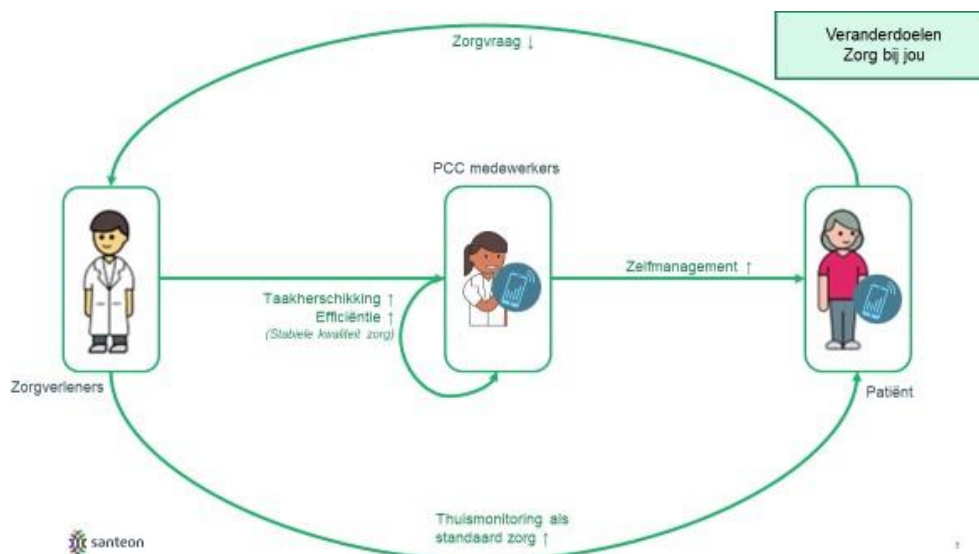
in staat zijn om obstakels en kansen in de verandering te identificeren. Dit is een blijvende strategie die overgedragen moet worden van veranderkundige op de implementatie managers & tri-partite management²⁴ van een zorgpad. Verder vragen we al geruime tijd, op kwalitatieve wijze, naar de realisatie van baten in de voortgangsrapportages en dit heeft de bewustwording verhoogd. Dit zal verder worden uitgebreid zodra de impactanalyse verder vorm krijgt. De werkstroom Evaluatie ondersteunt deze continue bewustwording door de voortgang in verandering stap voor stap te ondersteunen met kwantitatieve data (b.v. inclusie cijfers). Het is belangrijk om blijvend aandacht te besteden aan de bewustwording om de noodzaak om te veranderen op het netvlies te krijgen en te houden.

Duiden van de veranderkundige opgave

De veranderkundige opgave duiden is een belangrijke randvoorwaarde in het vaststellen van de benodigde veranderaanpak. Zonder zicht op de problematiek kunnen er geen oplossingen gevonden worden. In de adoptiegereedschapskist is hiervoor het 'van-naar-via' template²⁵ ontwikkeld en enkele Santeon ziekenhuizen hebben dit template recent al gebruikt om hun veranderkundige opgave voor een implementatie van de aandoening te duiden, bijvoorbeeld het St. Antonius Ziekenhuis voor (de opschaling van thuismonitoring bij) COPD. De veranderkundige opgave definiëren verschilt per team per ziekenhuis en is dynamisch door de tijd. De veranderopgave duiden is dus maatwerk en het opstellen en aanpassen ervan moet gewoongoed worden in de realisatie van Zorg bij jou. Naast het duiden van de veranderkundige opgave voor de lokale implementaties van thuismonitoring – is het ook belangrijk dat de opgaven bepaald worden voor patiënten en het MSC.

Welke veranderkundige opgaven?

De veranderkundige opgaven kunnen afgeleid worden van de veranderkundige doelen. In de onderstaande figuur zijn de actuele doelen weergegeven (april 2023).



Figuur 18 Overzicht van huidige veranderkundige opgaven. NB: PCC heet tegenwoordig MSC (medisch servicecentrum).

De veranderkundige opgaven die (nu of gaan) spelen zijn:

- Hoe zorgen we dat er voldoende patiënten overstappen naar thuismonitoringszorg ten faveure van de nu gangbare zorg?
- Hoe bevorderen we het zelfmanagement van de patiënt door thuismonitoring (modules, app berichten, contact met MSC) zodanig dat de zorgvraag van patiënten ook significant afneemt?
- Hoe wordt de gangbare zorg ook echt afgebouwd door het ziekenhuis (bijvoorbeeld minderen proces gestuurde polikliniekbezoeken)?
- Hoe wordt thuismonitoring de *standaard* voor zorgverleners binnen een hybride zorgpad (van includeren tot opvolgen)?
- Hoe zorgen we dat inclusie voor thuismonitoring onafhankelijk is van welke zorgverlener jou helpt?

²⁴ Met *tri-partite* management wordt bedoeld het medisch, verpleegkundig en bedrijfskundig leiderschap van een zorgketen/afdeling.

²⁵ Het van-naar-via template is ook gebruikt in het terugkijken op de verandering gedurende het eerste half jaar, zie Appendix A.1

- Hoe zorgen we dat zorgverleners het thuismonitoringsdeel van hun zorg overlaten aan het MSC?
- Hoe worden de thuismonitoringstaken efficiënt en schaalbaar verdeeld over MSC-medewerkers (taakherschikking)? Zodat het MSC meer zorg kan verlenen per medewerker dan de gangbare zorg.
- Hoe interesseren en ontwikkelen we voldoende mensen voor de uitvoering van MSC-werkzaamheden?
- Hoe nemen we de mogelijk ervaren angst bij medisch specialisten weg dat Zorg bij jou tot mogelijk patiënt-, volume- en omzetverlies (negatief effect op honorarium)?

Deze niet uitputtende lijst van actuele opgaven is een levend document en wordt wanneer nodig geactualiseerd. De veranderkundige opgaven binnen implementaties, MSC en patiënten hebben betrekking op één of meerdere van de bovengenoemde opgaven.

Eigenaarschap expliciet beleggen voor het oplossen van de veranderkundige opgaven

Een belangrijke strategie in verandering is het hebben van duidelijke eigenaren voor het realiseren van de verandering en de gerelateerde baten (de veranderkundige opgaven). Samen met de implementatiemanagers en de lokale stuurgroepleden zal dit eigenaarschap belegd moeten worden voor de lokale veranderopgaven. Zoals: opschaling van COPD-thuismonitoring of afbouwen van de polikliniekbezoeken bij diabetes. Voor de centrale veranderkundige opgaven, zoals efficiëntie MSC of zelfmanagement van patiënten, zal het eigenaarschap ook afgesproken moeten worden. Voor alle veranderkundige opgaven geldt dat, naast het eigenaarschap, ook de besturings- en monitoringslijn moet worden bepaald. Via deze lijn lopen ondersteuning, escalaties, maar wordt ook aangesproken op de voortgang en de daarvoor benodigde maatregelen.

Het eigenaarschap voor de veranderopgaven expliciet beleggen is nog een ontwikkelpunt. In ziekenhuizen blijkt het niet eenduidig te zijn wie nu verantwoordelijk is om standaard zorg vast te stellen en alle betrokkenen mee te nemen. De implementatiemanagers hebben een faciliterende rol in het beleggen van dit lokale eigenaarschap. Met betrekking tot het MSC zal het eigenaarschap vanaf oprichting Zorg bij jou B.V. wel duidelijk zijn, dat is de programmadirecteur.

Van adaptieve veranderaanpak naar steeds meer programmatische veranderaanpak

De veranderopgaven van Zorg bij jou vragen om het doorbreken van de diepe structuren van onze zorg. Uit de wetenschap en praktijk blijkt dat je daarvoor in beginsel een adaptieve aanpak nodig hebt.²⁶ Een adaptieve aanpak kenmerkt zich door trial-and-error, multi-dimensionele issues met elkaar verbinden en op basis van de uitkomsten de route ontdekken (non-lineair). Tegenover een programmatische aanpak die lineair en stapsgewijs is (waterval), voorspelbaar en beheerst en toegepast kan worden bij een beperkte en bekende scope.

Het programma is opgestart met een Agile (adaptieve) insteek, maar in de eerste fase is de praktijk veelal een programmatische aanpak geworden. Met een groeiend bewustzijn van de veranderopgaven en diens gevolge de onzekerheid in de route naar Zorg bij jou kan de aanpak nu aangepast worden naar adaptief waar nodig. Voor de veranderkundige opgaven vormen 'proefomgevingen' een belangrijk ingrediënt van de adaptieve aanpak (zie [Figuur 19](#)). Door tools en best practices voor veranderopgaves vast te leggen in de adoptie-toolbox kun je steeds meer groeien naar een programmatische aanpak. De lessons learned vanuit deze evaluaties zullen ook worden gedeeld.

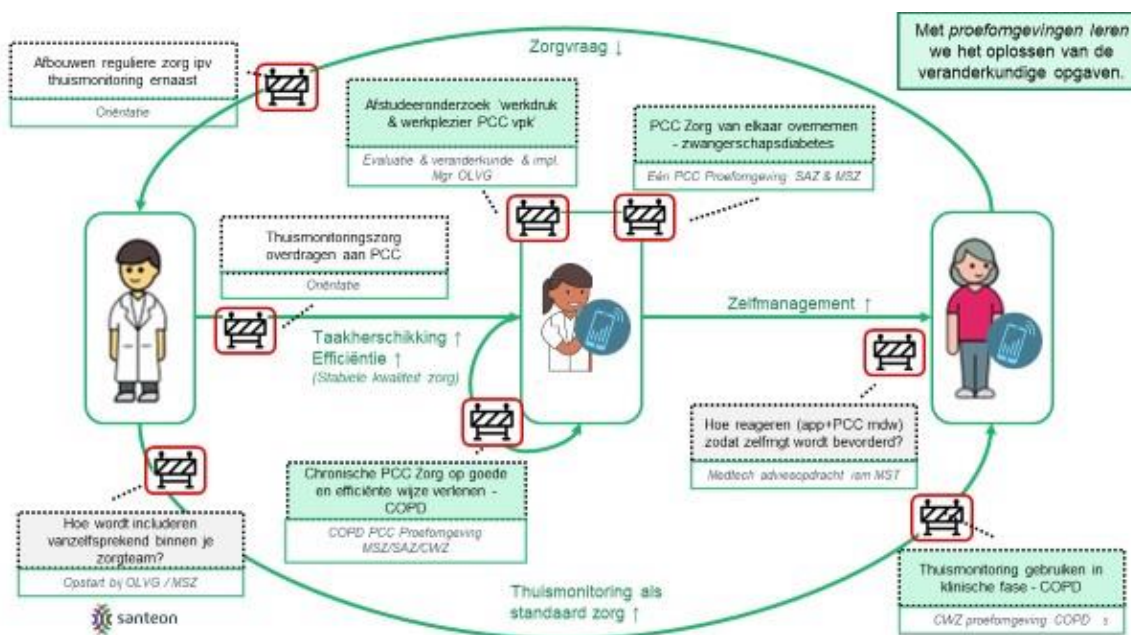
Adaptieve aanpak van veranderopgaven via proefomgevingen

Proefomgevingen zijn zogenaamde petrischalen, waarin je op de werkvloer met een klein team gaat ontdekken hoe je een kans benut of een obstakel overwint. De ontdekte practices worden regelmatig gedeeld, zodat andere huizen bij soortgelijke opgaven dit ook kunnen toepassen. De 'groene' kaders in onderstaande figuur zijn de proefomgevingen die medio april 2023 al actief zijn. Twee voorbeelden:

- MSC-zorg van elkaar overnemen. Maasstad ziekenhuis en St. Antonius ziekenhuis zijn aan het ontdekken wat erbij komt kijken om op een verantwoorde, schaalbare en efficiënte manier MSC-zorg van elkaar over te nemen bij zwangerschapsdiabetes.
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) heeft gesimuleerd dat COPD-thuismonitoring toepassen in de klinische fase voordelig lijkt te zijn voor patiënt en zorgverlener. De ontwikkelde practice wordt nu

²⁶De Mast, J., Lameijer, B.A., Linderman, K. and Van de Ven, A. (2022), "Exploring the process of management system implementation: a case of Six Sigma", International Journal of Operations & Production Management, Vol. 42 No. 13, pp. 1-24. <https://doi.org/10.1108/IJOPM-09-2020-0645>

geïmplementeerd en andere teams binnen CWZ en andere Santeon ziekenhuizen zijn geïnteresseerd om dit over te nemen.



Figuur 19 Overzicht van proefomgevingen

Zorg bij jou verlenen duurzaam en stabiel verankeren in staande organisatie

De implementatie van Zorg bij jou is nu nog gefocust op de huidige teams klaarstomen voor de thuismonitoringszorg. Het duurzaam en stabiel verankeren van de aangepaste werkwijze staat nog in de kinderschoenen. Denk hierbij aan HR: aantrekken en ontwikkelen van 'andere' zorgverleners (MSC-medewerkers), leerhuizen: zorgen dat (nieuwe) mensen opgeleid worden en blijven, beheer en aanpassing van de uniforme protocollen, etc., maar ook het eerdergenoemde eigenaarschap van de verandering. In de komende fasen zal de implementatie zodanig anders moeten worden dat het verankeren een vast onderdeel wordt van de *Definition of Done* van oplevering nieuwe zorgpaden.

Om voortgang van implementatie te blijven volgen doen we halfjaarlijks een sessie met de lokale teams

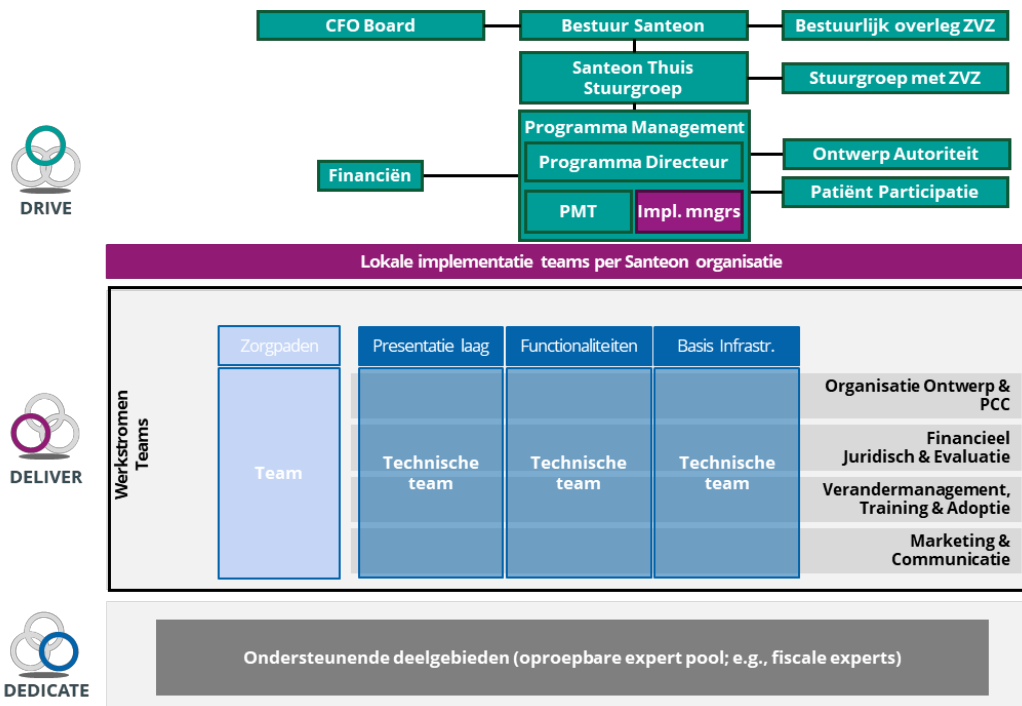
De eerste evaluatie sessie met de lokale teams is goed ontvangen in de verschillende huizen. Het wordt gewaardeerd dat er tijd wordt genomen om samen terug te blikken en samen vooruit te kijken.²⁷ De lesson learned is om dit de komende tijd voort te zetten en te structureren. Het voornemen is om halfjaarlijks een uitgebreide evaluatie te doen, met brede representatie vanuit de verschillende betrokkenen in het ziekenhuis. Tussen iedere uitgebreide evaluatie wordt een kleinere minder intensieve evaluatie (de 'light' versie) gedaan, op basis van een vragenlijst en laagdrempelige gesprekken. De intentie is om de eerstvolgende uitgebreide evaluatie in het komende kwartaal te laten plaatsvinden, en een 'light' evaluatie zal na de zomer worden ingepland. Periodieke evaluatie is nodig vanuit veranderkundig perspectief.

4.4 Programma management en organisatie Zorg bij jou

Het programmamanagement van Zorg bij jou wordt gekenmerkt door hoe er doorgaans wordt samengewerkt in Santeon verband. De kennis en kunde uit de verschillende ziekenhuizen wordt ingezet om tot gezamenlijk resultaat te komen. Op bestuurlijk niveau zit een vast team, met duidelijke taken en mandaat. Daarnaast zijn er voor alle relevante elementen van de ontwikkeling van Zorg bij jou werkstromen opgezet, met mensen uit verschillende ziekenhuizen met complementaire expertise (zie Figuur 20). Deze organisatie is nu dus nog vooral bemenst vanuit de Santeon ziekenhuizen, maar zodra de juridische entiteit van Zorg bij jou is geeffectueerd hanteren we voor de toezichthoudende gremia het principe dat deze een afspiegeling moeten zijn van de

²⁷ De uitkomsten zoals hier samengevat zijn gevalideerd in een gezamenlijke fysieke sessie met het implementatiemanagers team, zie ook appendix A.1

deelnemende zorgaanbieders. Deze zouden op de lange termijn dus ook afgevaardigden vanuit andere zorgaanbieders kunnen bevatten. Na vaststelling van voorliggend SoW zal deze organisatie voor de tactische en operationale uitwerking van dit SoW wijzigen. Hiervoor wordt een Programmaplan opgesteld.



Figuur 20 Overzicht van programma organisatie

Bestuurlijk overleg	- Gezamenlijke visievorming op het landelijk perspectief van ZBJ en ontwikkelingen in het netwerk - Verantwoordelijk voor borgen bestuurlijk draagvlak tussen de partijen
Zorg bij jou Stuurgroep	Verantwoordelijk voor het hele programma en voorwaardenscheppend om de resultaten te behalen binnen budget en tijd.
Stuurgroep met ZVZ	- Verantwoordelijk voor monitoren van de voortgang, impact en maatschappelijke business case - Maakt go/no-go besluiten over transformatie aanvragen en heeft controle over besteding van middelen
Programma Management	Verantwoordelijk voor de dagelijkse aansturing van het programma. Fungeert daarnaast als centraal aanspreekpunt.
Ontwerp Autoriteit	- Verantwoordelijk voor toetsing overkoepelend ontwerp van Zorg bij jou en geeft richting aan de technische teams. - Mogelijke vertegenwoordiging: CIOs, CNIOs, CMIOs, architecten, service designers, experts integratie, privacy & security.
Patiënt participatie	Klankbordgroep van patiënten die periodiek samenkomt om de designkeuzes en deliverables te toetsen a.d.h.v. patiëntperspectief.
Financiën	Sturen op de financiën en de gestelde budgetten bewaken.
Lokale implementatie teams	De lokale teams bestaan uit medewerkers (ambassadeurs) van het specifieke huis en borgen de lokale realisatie onder leiding van een lokale implementatiemanager.
Werkstromen	Teams verantwoordelijk voor onderwerpen die overkoepelend gecoördineerd en geborgd worden
Technische teams	Teams gericht op het ontwikkelen van een specifiek (deel)product o.b.v. de door de zorgpaden vastgestelde vereisten.
Zorgpaden	- Verantwoordelijk voor het opstellen van uniforme medische- en PCC protocollen. - In deze fase wordt deze stroom parallel aan de overige werkstromen opgepakt. Hiermee verkleinen we de afhankelijkheid voor o.a. de technische ontwikkeling
Ondersteunende deelgebieden	Ad-hoc ondersteuning voor specialistische vraagstukken

Figuur 21 Rollen en verantwoordelijkheden. NB: PCC heet tegenwoordig MSC (medisch servicecentrum).

5. Technologie

Introductie

Alle hiervoor beschreven ambities moeten worden ondersteund door technologie waarbij ruimte is voor zowel nieuwe als bestaande ontwikkelingen. De eerste zorgpaden zijn live gegaan op basis van een Minimal Viable Product (MVP) waar bestaande technologie van leveranciers is gecombineerd in één oplossing voor Zorg bij jou. In dit hoofdstuk wordt daarnaast ingegaan op het proces om van MVP naar schaalbare en toekomst vaste doelarchitectuur te komen en hoe de organisatiestructuur hierin ondersteunt. Deze organisatiestructuur verandert de komende periode mee als onderdeel van de nog vast te stellen programma-inrichting voor Fase 3 en navolgende fases.

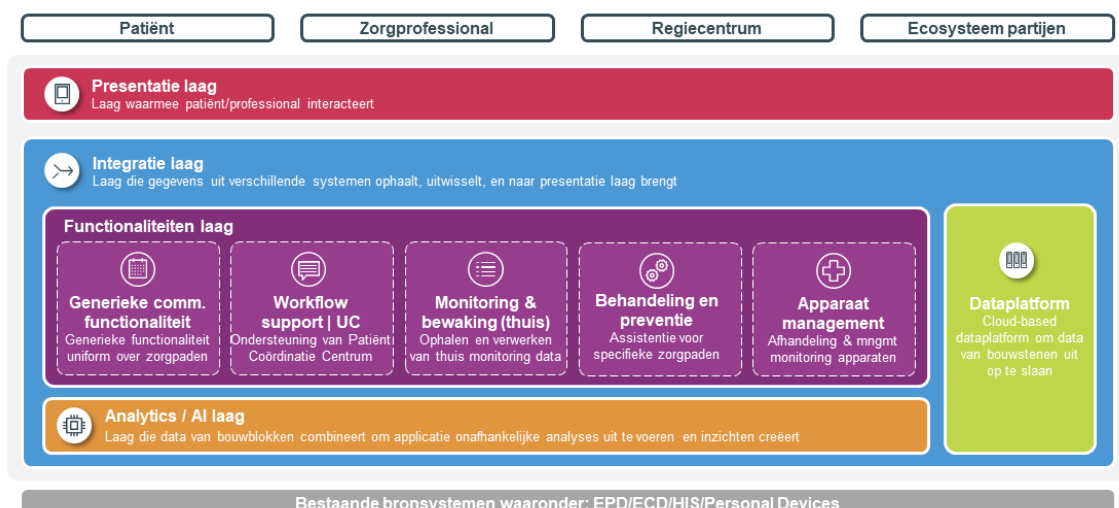
5.1 Doelarchitectuur Componenten - Visie & uitgangspunten

Het vaststellen van de doelarchitectuur begint niet bij nul: Fase 1 'Ambities en Doelstellingen' is afgerond en vormen de basis voor deze doelarchitectuur. Tevens zal de opgedane kennis uit de MVP-fase optimaal meegenomen kunnen worden door een gestructureerde evaluatie uit te voeren. Op deze wijze wordt opgedane kennis en ervaring m.b.t. (ontwikkeling en adoptie van) nieuwe werkwijzen, inrichting van technologie met en over verschillende organisatie(-lagen) heen ook geborgd in de ontwikkeling en implementatie van de Zorg bij jou activiteiten in de doelarchitectuur.

In de huidige MVP zijn de drie technologie partners Luscii, BeterDichtbij en Sananet aangesloten op de datahub. Hierdoor is het mogelijk om triggers vanuit Luscii en/of Sananet uit te wisselen met BeterDichtbij. De overgang van MVP-fase naar schaalbare, toekomst vaste processen en technologie vereist een solide en afgestemde doelarchitectuur (Figuur 22). Deze zal naast kaders ook flexibel moeten zijn zodat toekomstige ontwikkelingen van het Zorg bij jou programma en ontwikkelen buiten dit programma geadopteerd kunnen worden.

Voor de totstandkoming van de doelarchitectuur verdiepen wij naar een detailinvulling (conform plan) in de aankomende fase (vanaf mei 2023). Dit wordt uitgevoerd door de programmaorganisatie Zorg bij jou in nauwe samenspraak met specialisten uit de betrokken Santeon ziekenhuizen. Naarmate ingebruikname van de doelarchitectuur dichterbij komt, moet afgewogen worden tot welk moment aansluiting van een zorgpad op ofwel de MVP dan wel de doelarchitectuur zal plaatsvinden.

De doelarchitectuur omvat 4 hoofdcomponenten: Presentatie, Integratie, Data en Analytics/AI



Figuur 22 Componenten doelarchitectuur.

Elk component wordt hieronder nader toegelicht inclusief een visie en uitgangspunten die voor de implementatie van deze componenten de basis vormen. Er wordt bewust gesproken van een visie aangezien er in de uitwerking/implementatie gekozen wordt voor het volgen van een 'groeipad' i.p.v. een 'roadmap'. Hierbij hoort een vorm van regie waarbij de nadruk meer ligt op het aanjagen van ontwikkelingen, het verbinden en

faciliteren van partijen en continu bijsturen. Daarbij zal er continue bijgestuurd worden a.d.h.v. opgedane inzichten.

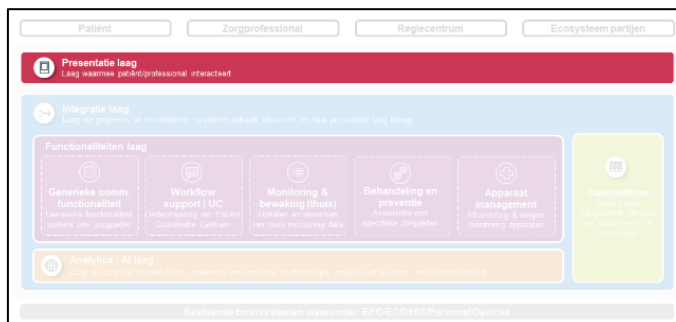
5.1.1 Presentatie- en compositie laag (digitale voordeur)

Beschrijving

Omschrijft de laag waar onderliggende functionaliteiten/capabilities aan de patiënt en zorgverlener worden getoond en waarmee zij interacteren.

Uitgangspunt(en)

- Één naadloze gebruikerservaring
- Omni-channel
- Interoperabiliteit



Bestaande geïmplementeerde oplossingen

- Luscii
- Sananet
- BeterDichtbij

Afwegingen/Visie

In de doorontwikkeling streven wij naar één geïntegreerd Zorg bij jou-breed portaal voor de patiënt (digital frontdoor – DFD). Dit component beschrijft één digitale voordeur waarmee de patiënt en zorgverlener toegang krijgt tot de functionaliteiten/diensten van zowel Zorg bij jou als eventueel andere aanbieders. Dit zal o.a. in de uitwerking van het authenticatie/autorisatie proces en de modulaire opzet van het portaal cruciaal zijn.

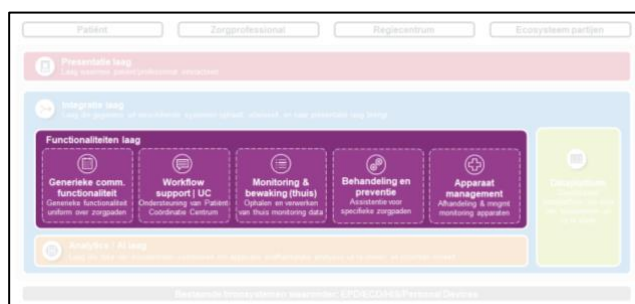
Andere aanbieders kunnen tegelijkertijd ook hun eigen ‘voordeur’ behouden. Hiermee wordt bedoeld dat deze apps ook direct te benaderen zijn zonder gebruik van de eenduidige digitale ingang van Zorg bij jou.

Het gebruik van de digitale ingang van Zorg bij jou, geeft Zorg bij jou een bepaalde mate van regie en draagt tevens bij aan het creëren van vertrouwen en gebruiksgemak richting de patiënt, zorgverlener en -aanbieder. Deze DFD fungeert als het primaire punt van digitale betrokkenheid en digitale interactie met consumenten wat bijdraagt aan een consistente patiëntervaring. Zo bevat deze een omni-channel communicatieplatform (inclusief webportalen, mobiele applicaties, sms en spraak) dat wordt gebruikt om meerdere stakeholdergroepen (consumenten, familieleden of ecosysteempartners) gecentraliseerde toegang te bieden tot de digitale en analoge producten en diensten van een zorgverlener.

5.1.2 Functionaliteiten laag (MSC-platform)

Beschrijving

Het MSC-platform bestaat uit diensten/ capaciteit die invulling geven aan de functionele behoeften of zorgvraag vanuit de patiënt en zorgverlener. Het MSC-platform ondersteunt daarnaast de medisch servicecentrum functionaliteit van Zorg bij jou en zal primair gebruikt worden door MSC-medewerkers.



Binnen het MSC zijn meerdere disciplines aanwezig, die bij het uitvoeren van hun taak voorzien moeten worden van de juiste gegevens. Gegevens die uit meerdere systemen (EPD's, ECD's e.d.) op een gebruiksvriendelijke en veilige (inclusief autorisatie en authenticatie) manier moeten worden gepresenteerd. Naast de beschikbaarheid van de juiste gegevens zal het MSC ondersteund worden door workflow- en communicatiemogelijkheden, waardoor sturing over het gehele zorgpad wordt vergemakkelijkt.

Deze functionaliteiten kunnen geleverd worden vanuit bestaande externe oplossingen in de markt (buy), nieuw ontwikkeld worden (make) of via partners worden aangeboden (re-use).

Uitgangspunt(en)

- Één naadloze gebruikerservaring
- Unified Communication (o.a. real-time)
- Interoperabiliteit
- Schaalbaarheid

Bestaande geïmplementeerde oplossingen

- BeterDichtbij
- Lusci
- Sananet

Afwegingen/visie

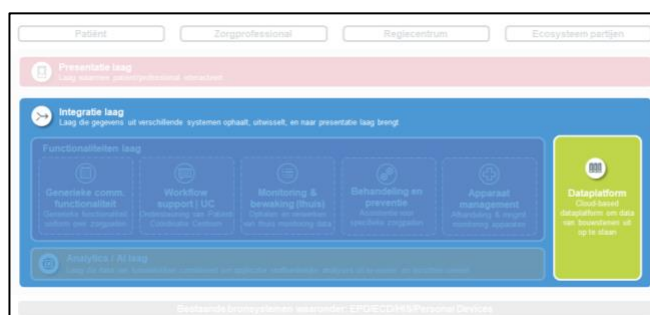
Vanuit de Zorg bij jou visie en 'bold move'-strategie zijn sommige functionaliteiten waaraan dit platform dient te voldoen reeds bekend, denk aan (slimme) workflow ondersteuning voor een grote hoeveelheid aan digitale zorgmiddelen, zorgpaden en protocollen, omni-channel routing en case/incident management. In de verdere doorontwikkeling worden diensten en capaciteiten onderzocht als:

- Regie- en coördinatie van vraag en aanbod gestuurde patiëntenzorg;
- Goede en veilige monitoring inclusief eventuele inzet van devices (bijv. Freestyle Libre, Fitbit, Apple Watch, Garmin); Onderdeel hiervan is de ontwikkeling van een IoT platform met de juiste aansluitingen, welke vervolgens met marktpartijen (bijv. Abbot, Philips, Medtronic) gedeeld kunnen worden om versnelde aansluiting te bevorderen.
- Bewaking, met een meer-lagen zorgverlenersniveau en met behulp van automatisering. Frequentie op basis van behoefte/noodzaak (24/7 tot periodiek);
- Begeleiding van chronische, electieve en semi-acute patiënten (en hun zorgbehandelaars) door een stepped-care-model in combinatie met een bedrijfsvoering gericht op de individuele patiëntenzorg (1. automatische dataverwerking en -bewaking, 2. monitoring en support van verpleegkundige, 3. behandeling door zorgverlener/ van basisarts, verpleegkundige tot specialist – vb. modelopzet).
- Randvoorwaardelijke services geleverd door service providers, waaronder device-installatie, support, training, coaching op digitale en gezondheidsvaardigheden, informatievoorziening (bijv. Linde).

5.1.3 (Data) Integratie laag

Beschrijving

De (data) integratie laag beschrijft het technische koppelvak dat gegevens uit verschillende systemen ophaalt, uitwisselt en naar de presentatie laag brengt. De data integratie laag kan tevens gezien worden als gegevensbeheerplatform met als doel verschillende soorten gegevensopslag, uitwisseling, toegang, voorbereiding, analyse en beveiligingstools op een volledig compatibele manier te combineren. Vanuit deze laag dient ook informatie beschikbaar te worden gesteld voor evaluatie- en monitoringsdoeleinden.



Deze laag dient faciliterend te zijn in de transitie van de huidige fase naar een netwerk van regionale dataplatformen. Hierbij ligt een nadruk op het aanjagen van ontwikkelingen, het verbinden en faciliteren van partijen en continue bijsturing. Bij een integratie van data hoort ook een afsprakenstelsel/standaarden (bijv. FHIR/MedMij) waarin het vertrouwen geborgd blijft door een raamwerk dat de set van afspraken en randvoorwaarden omvat dat van toepassing is op alle deelnemende partijen. Zie hiervoor ook Bijlage E.5 t.a.v. het datamodel en het belang daarvan.

Uitgangspunten

- Aansluiting met landelijke keuzes en ontwikkelingen op het gebied van data-uitwisseling/ -standaarden (bijv. Wegiz, IZA en EHDS) en landelijke infrastructuur gegevensuitwisseling zorg
- Zorginformatie-bouwstenen (ZIB) als basis
- Scheiding van data en functionaliteit
- Architectuurprincipes uit het gremia document
- Privacy by design
- Security by design

Bestaande geïmplementeerde oplossingen

- Azure t.b.v. datahub voor MVP fase 2

Afwegingen/Visie

In de eindoplossing voorzien we een cloudbased platform, waar data in bouwstenen opgeslagen kan worden. Daarbij wordt rekening gehouden met een scheiding van data en toepassingen zodat data in meerdere toepassingen kan worden gebruikt, onder controle van rechthebbenden. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaring met het Santeon Informatie Model (SIM) gebaseerd op (inter)nationale standaarden (functioneel en technisch). Het SIM is o.a. gebaseerd op ZIBs. Als onderdeel van de referentiebezoeken (Fase 2) zal worden onderzocht of dit gegevensmodel en de andere producten en de reeds opgedane ervaring (binnen en buiten) Santeon kan worden gebruikt voor een breed scala aan toepassingen, waaronder elektronische medische dossiers, klinische beslissingsondersteunende systemen en netwerken voor de uitwisseling van gezondheidsinformatie.

Deze scheiding van de data is noodzakelijk om informatie enerzijds niet geanonimiseerd in het Zorg bij jou platform (c.q. de doelarchitectuur) te ontvangen t.b.v. het primaire zorgproces. Het primaire proces richt zich in eerste instantie op de thuismonitoring van patiënten binnen diverse zorgpaden.

Daarnaast zal binnen deze laag ook de ontwikkeling van een softwarestack voor het beheer van Internet of Things (IoT) -apparaten en -gegevens plaatsvinden. Zodat het platform ook een basis is voor real-time gegevensanalyse, streaming en integratie van IoT-gegevens met bestaande zorgtoepassingen. IoT kent een eigen groeipad waarbij samenwerking met Business-to-Business partners eerst wordt onderzocht en separaat afgenomen om door te groeien naar een IoT platform waarop verschillende partijen haar diensten kunnen aanbieden.

Door de schaal en oplossing van het Zorg bij jou platform, is opslag en behandeling van data een belangrijk onderwerp. Ten dele wordt dergelijke analyse momenteel al gedaan binnen de vereniging Santeon met gebruik van het daartoe in Azure ontwikkelde Health Intelligence Platform Santeon (HIPS). HIPS wordt gevoed door zorgdata uit EPD's van de Santeon ziekenhuizen, welke geanonimiseerd wordt aangeleverd.

Santeon (en de huizen) krijgen hiermee eenvoudig toegang tot data t.b.v. o.a. stuurinformatie en operationele (MSC) informatie; gezamenlijk en per huis. Hiermee kan bijvoorbeeld ook de inclusie van diverse patiëntgroepen gemonitord worden. Een dergelijke ontwikkeling ondersteunt ook de landelijke interoperabiliteit voor patiënten, zorgverleners en platformen onderling, wanneer er meer komen. Het Zorg bij jou platform (de doelarchitectuur) moet ook voldoende schaal en scope bieden om efficiënt en doelmatig te kunnen opereren (bij te dragen aan gemiddeld lagere zorgomzet en-kosten per patiënt).

5.1.4 Analytics/Artificial Intelligence (AI)

Beschrijving

Het Analytics/AI component binnen de doelarchitectuur omvat de mogelijkheden om analyses uit te kunnen voeren op grote hoeveelheden data met eventueel gebruik van AI-modellen.

Uitgangspunten

- Privacy by design (Bijlage E.2)
- Preventie
- Detectie
- Gezondheid



Bestaande geïmplementeerde oplossingen

- PowerBI t.b.v. monitoring inclusie

Afwegingen/ Visie

Door het samenbrengen van grote hoeveelheden data en met behulp van Analytics en AI kan de zorg gebruik maken van vernieuwende inzichten. Denk daarbij aan bijvoorbeeld vroegtijdige detectie van exacerbatie, maar ook aan het voorspellen van benodigde zorgcapaciteit of het voorspellen van verhoogde kansen op gezondheidsrisico's. De grote hoeveelheid data biedt tevens kansen op het gebied van precisie geneeskunde, genetica en 'personalized care' en preventie. Een andere toepassing van AI zou op het gebied van zelflerende 'virtual agents' kunnen zijn. Hiermee kan Zorg bij jou bijdragen aan een gezondere samenleving maar ook aan het ontlasten van zorgverleners.

5.1.5 Beheer

Beschrijving

De beheerpartij is in eerste aanzet gericht op ondersteuning (en tijdelijk van aard) bij de operatie van de datahub die noodzakelijk is voor MVP Fase 2. De huidige partij (MaCaw) is reeds partner van Santeon en daarom een logische keuze in deze fase van Zorg bij jou. Na oplevering van de blauwdruk doelarchitectuur wordt, middels een programma van eisen, een beheer- en implementatiepartner gecontracteerd voor de lange(re) termijn die het verdere traject mede zal ondersteunen.

Uitgangspunten

- Partij dient zelf geen digitaal zorgproduct te leveren aan Zorg bij jou, maar wel in staat te zijn digitale zorgproducten te kunnen positioneren en integreren (composability);
- Partij dient onafhankelijk te kunnen acteren en daarom geen eigen digitale service te leveren;
- Partij dient bekend te zijn met de brede Nederlandse zorg en hierop te zijn ingericht, waardoor de totale zorgketen kan worden bediend (inclusief hulp bieden bij fysieke technische en service ondersteuningsvraagstukken bij de patiënt thuis en verplaatsing van zorg);
- Partij moet een stevige footprint hebben binnen het Nederlands zorg ecosysteem, maar ook een vergaande relatie onderhouden met de technologie reuzen uit het voortraject Zorg bij jou, uit de verschillende ziekenhuizen (denk aan Chipsoft/ Epic/ Sectra/ enz.);
- Partij dient een zeer hoge security en compliance graad te hebben, gezien het platform een centrale rol speelt en zal gaan spelen in het te leveren zorgproces. Hierbij zal een deel van traditionele zorg verschuiven binnen de keten (inclusief patiënt);
- Partij kan een modulair klantprogramma aangaan in brede zin; zowel op gebied van de technologie als de servicecapaciteit. De beheerpartij zou een shared servicemogelijkheid "met" MSC voor Zorg bij jou en de patiënt thuis moeten kunnen realiseren;
- Partij dient ervaring te hebben met Azure;
- Partij dient een BOZ-verwerkersovereenkomst te sluiten t.b.v. de datahub omgeving;
- Partij dient te voldoen aan relevante wet- en regelgeving (bijvoorbeeld AVG/GDPR/MDR);
- Partij dient aantoonbaar compliant te zijn met ISO27001 en (C) NEN7510;

- Partij dient logging bij te houden en inzicht geven in wie toegang heeft gehad tot welke data.

Bestaande geïmplementeerde oplossingen

- MaCaw t.b.v. MVP fase 2

Afwegingen/Visie

Voor de langere termijn dient een partner voor de implementatie en het beheer aangetrokken te worden die de bredere scope omvat van de doelarchitectuur en de eisen die een dergelijke architectuur stelt aan de beschikbaarheid en snelheid van het digitaal zorg verlenen. Keuzes voor de doelarchitectuur en het onderscheid tussen de verschillende onderdelen (zoals workflow ondersteuning van het MSC en verwerking van signalen van monitoringssystemen) van het totale Zorg bij jou platform bepalen de eisen die gesteld gaan worden aan een implementatie- en beheerpartner voor de langere termijn.

5.2 Kaders inrichting technologie ‘Zorg bij jou’

Het Ministerie van VWS heeft scenario's laten onderzoeken waarmee een duidelijke visie wordt gevormd op, en invulling wordt gegeven aan, een landelijk dekkend netwerk van infrastructuur voor gegevensuitwisseling in de zorg. VWS spreekt over een groeipad waarin de gemaakte keuzes verder geconcretiseerd worden. Het platform Zorg bij jou werkt op de korte termijn toe naar een data centrische oplossing voor primair en secundair gebruik voor gezamenlijke dossiervorming in de context van netwerkzorg. Zorg bij jou is zich bewust van de opgestelde scenario's en volgt de uitwerking van het groeipad nauwgezet. Dit zal richtinggevend zijn aan de oplossing als toegepast in Zorg bij jou.

5.2.1 Technologische kaders

Het digitale platform Zorg bij jou moet voldoen aan de landelijke kaders en de kaders zoals opgesteld binnen de doelarchitectuur. Deze kaders zijn zodanig gekozen dat niet alleen aan de huidige functionaliteit kan worden voldaan, maar deze ook voldoende wendbaarheid en onafhankelijkheid bezit om wendbaar te zijn in keuze naar andere/additionele vormen van digitale zorg, toenemend volume en adaptie op technologische ontwikkelingen. Een juiste inzet van verschillende functionaliteiten/applicaties moet de basis kunnen leveren voor een naadloze gebruikerservaring. Hiertoe is gekozen voor een service-based architectuur benadering waarbij elke functionaliteit/applicatie van de infrastructuur een bepaalde functie heeft en kan worden gecombineerd om een complete applicatie te creëren.

Het concept van *composability* is sterk verweven in de aanpak en vraagt de nodige tooling (o.a. voor Service registratie, API-gateway en mogelijk software development kits - SDKs). Composability verwijst naar de mogelijkheid om services samen te stellen en te combineren, om nieuwe en unieke applicaties en workflows te produceren, zonder de noodzaak om de oorspronkelijke services te wijzigen. Met andere woorden, elk stukje functionaliteit wordt opgesteld om modulair, herbruikbaar en onafhankelijk te zijn.

Interoperabiliteit, het vermogen van verschillende systemen en software om samen te werken en gegevens met elkaar uit te wisselen op een gestandaardiseerde manier, is een belangrijk uitgangspunt. Dit geldt ook voor de aansluiting op/samenwerking met reeds lopende initiatieven in de huizen en regio's en de interactie met overige systemen in het IT-landschap van Santeon. Er wordt daartoe afstemming van - en toetsing op - het programma van eisen met deskundigen in de Santeon organisatie en betrokken regio's ingericht.

5.2.2 Make, buy of re-use

Uitgangspunt voor de realisatie van de doelarchitectuur is ten allen tijden 'buy' en 're-use'. Het is niet wenselijk zelf software te ontwikkelen waar een oplossing in de markt beschikbaar is.

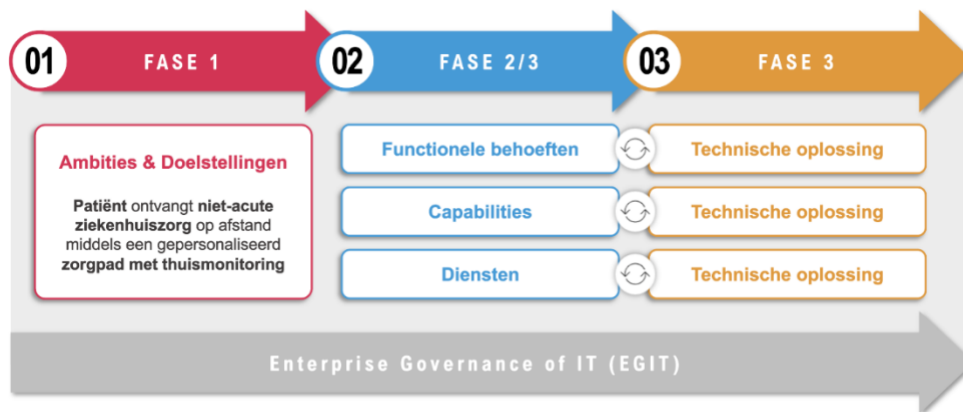
Wanneer bepaalde componenten (nog) niet op de markt beschikbaar zijn, zijn wij genooddaakt deze zelf te ontwikkelen ('make'). Hierbij wordt uitgegaan van uniforme standaarden, zodat het component vervangen kan worden zodra de markt een alternatief biedt ('buy'). Dit kan overigens niet ten koste gaan van de uitgangspunten (Bijlage E.2) die worden gehanteerd binnen de doelarchitectuur.

Een voorbeeld van 'make' is de ontwikkeling van een datahub t.b.v. de MVP (Minimal Viable Product), aangezien er geen functionaliteit beschikbaar was die voldeed aan het programma van eisen om Sananet, BeterDichtbij en Luscii te koppelen. Richting de doelarchitectuur voorzien wij mogelijk productontwikkeling rondom de zorgpad specifieke workflow-engines. Ook hier geldt dat zodra de markt met een geschikte standaardoplossing komt,

deze kan worden ingekocht. Deze werkwijze is typerend voor een service-based architectuur benadering, elk onderdeel van de infrastructuur heeft een bepaalde functie en kan worden gecombineerd om een complete applicatie te creëren.

5.3 Planning doelarchitectuur

Om tot een gedegen doelarchitectuur te komen is met de CIO's van de Santeon ziekenhuizen een proces overeengekomen dat 3 fasen kent, zie Figuur 23.



Figuur 23 Gefaseerde aanpak Zorg bij jou doelarchitectuur Voor een nadere detaillering van mijlpalen en onderliggende activiteiten kan gekeken worden naar de mijlpalenplanning zoals opgesteld in Azure DevOps.

5.3.1 Fase 1 doelarchitectuur (september 2022 tot januari 2023 – afgerond)

Parallel aan de uitwerking van het MVP is Fase 1 van de doelarchitectuur opgestart, waarin de visie van Zorg bij jou is vertaald naar een lange termijn ambitie en doelstellingen richting de doelarchitectuur. Uitgangspunten in deze doelstellingen zijn te allen tijde in lijn met (inter-)nationale standaarden en afspraken als Wegiz, Integraal Zorgakkoord (IZA) en European Health Data Space (EHDS).

Deze ambities en doelstellingen vormen, samen met de overeengekomen architectuurprincipes, opgesteld aan de hand van het ZiRA model²⁸, het kader voor de eerste uitwerking van de doelarchitectuur, in de vorm van een gremia document (Bijlage E.8) en een eerste architectuurplaat (Figuur 24).

5.3.2 Fase 2 Inventarisatie van initiatieven & lokale afhankelijkheden (januari 2023 tot mei 2023)

Figuur 24 toont een schets van het doelarchitectuur ontwerp (d.d. 31 maart 2023) en geeft inzicht in de koppervlakken en datastromen waarop in Fase 2 verschillende scenario's zijn geplot. Het figuur toont een versimpelde versie van de uiteindelijke blauwdruk, opgetekend door het doelarchitectuur team. Deze schets zal verder verkend en uitgewerkt worden op basis van referentiebezoeken. Het doel van deze scenario uitwerking is inzicht bieden op de impact die bepaalde keuzes hebben op overige componenten in het technische ontwerp.

Om de relevante input/aandachtspunten vanuit de huizen op te halen is een ronde langs alle CIO's gedaan met een meerledig doel, namelijk: (1) toetsing gremia document, (2) de mogelijke (lokale en regionale) impact van de architectuurplaat (Figuur 24) en (3) de benodigde inzet voor de realisatie van Fase 3.

Parallel met deze CIO-ronde hebben referentiebezoeken plaatsgevonden. De referentiebezoeken zijn zodanig gekozen dat:

1. Overheidsinitiatieven werden verduidelijkt.
2. Kennis werd opgedaan over bekende regio initiatieven (denk aan Cumuluz en NAAST-ZCN).
3. Een zo volledig mogelijk zicht wordt verkregen op alle bestaande PoCs.
4. Interoperabiliteit geborgd wordt t.b.v. de (landelijke/regionale) opschaling.
5. Eventuele samenwerkingsverbanden gevonden kunnen worden.
6. Geïnventariseerd kan worden welke ontwikkelingen (aangepast) geïncorporeerd kunnen worden.

²⁸ ZiRA model. Geraadpleegd: <https://nictiz.nl/standaarden/referentiedomeinenmodellen/zira/>

De referentiebezoeken werden via het 5-lagenmodel van Nictiz²⁹ opgezet. Onderstaande tabel biedt een overzicht van de gemaakte referentiebezoeken.

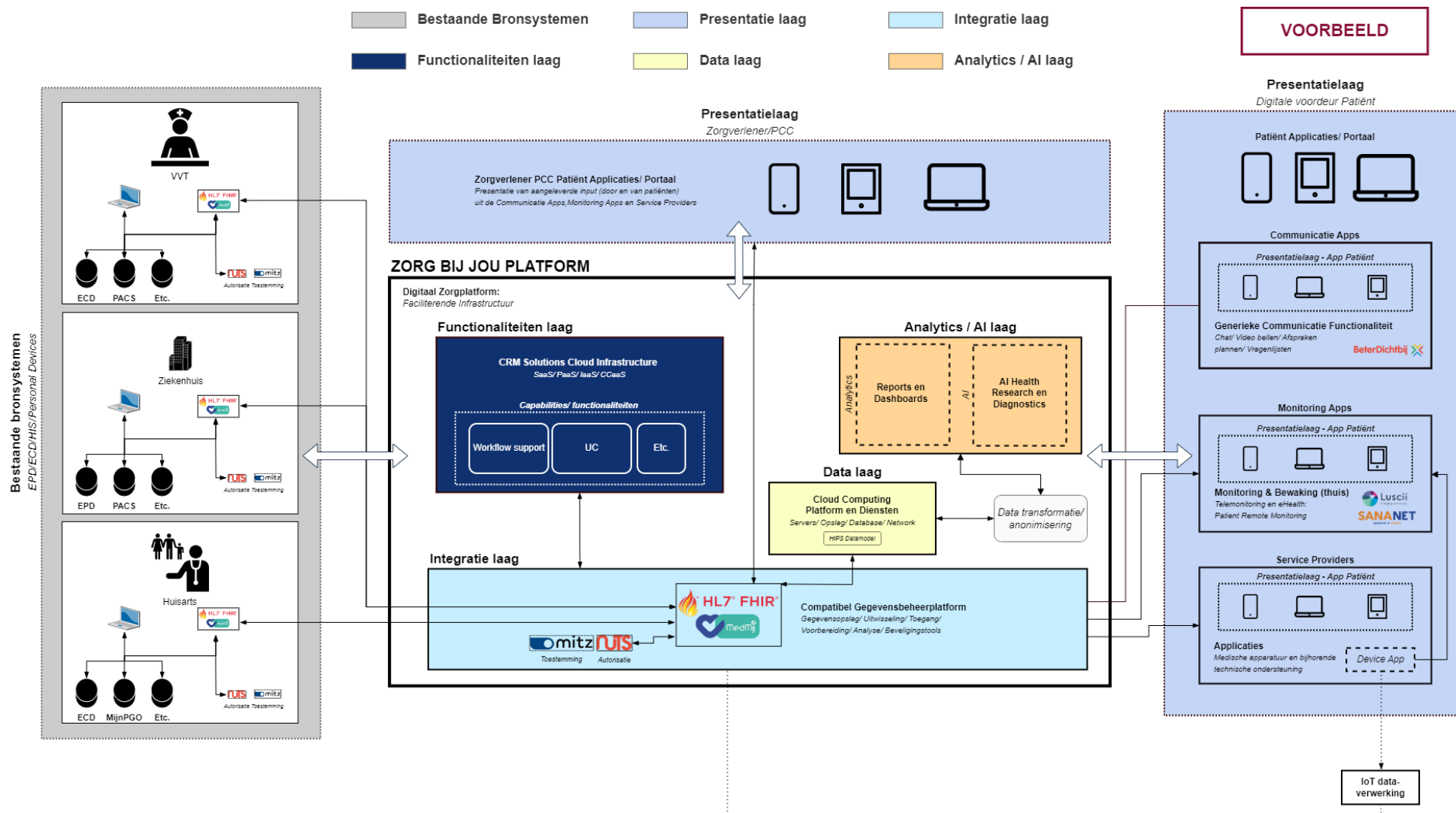
	Initiatief	Relevantie	Datum
1	Cumuluz (Erasmus MC) ³⁰	Digitaal verbonden, gegevensuitwisseling	16 februari
2	NUTS	Vertrouwenslaag	28 maart & 28 april
3	Mitz	Authenticatie/ autorisatie	26 april
4	VZVZ	Informatie overdracht	26 april
5	NAAST-ZCN	Medisch service centrum	22 maart
6	VGZ	Agile architectuurontwikkeling	24 april
7	OLVG	Virtual Ward	5 april
8	Martini ziekenhuis	Zorgviewer	5 april
9	Eurocross	Medisch service centrum	24 april
10	Santeon ³¹	HIPS	22 maart

Tabel 3: Overzicht gemaakte referentiebezoeken

²⁹ Lagenmodel van Nictiz voor interoperabiliteit. Geraadpleegd: <https://nictiz.nl/wat-we-doen/zorginformatiestelsel/interoperabiliteit/lagenmodel/>

³⁰ Zie Bijlage E.6 voor een beknopt verslag van dit bezoek

³¹ Zie Bijlage E.5 voor nadere toelichting t.a.v. HIPS



Figuur 24 Concept doelarchitectuur in componenten. NB: PCC heet tegenwoordig MSC (medisch servicecentrum).

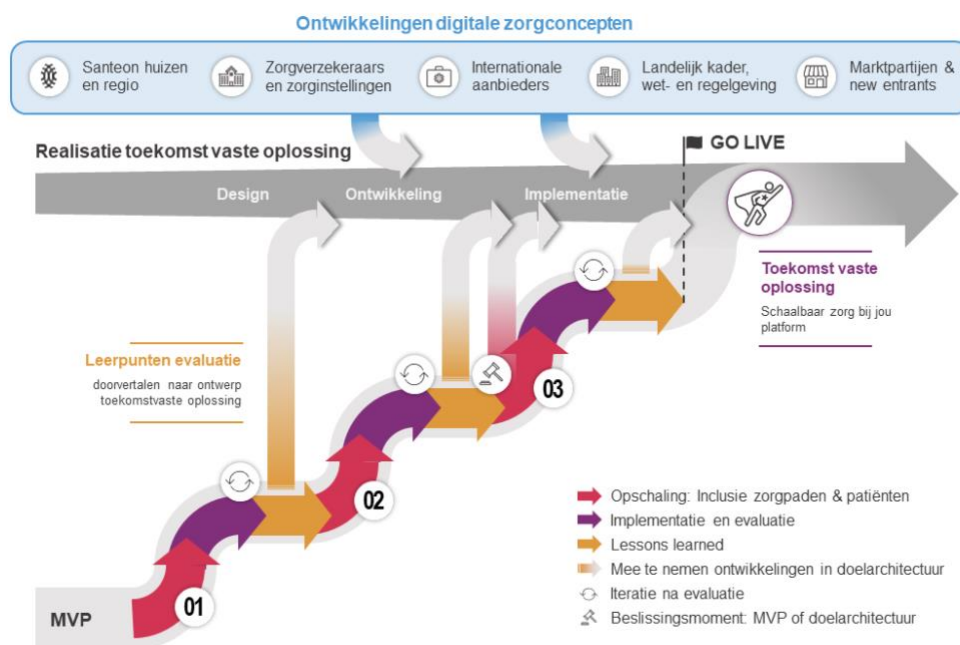
5.3.3 Fase 3 – Van MVP naar doelarchitectuur (doorlopend)

De MVP (Bijlage E.1) wordt in de huidige fase doorontwikkeld door het toevoegen van zorgpaden en includeren van nieuwe patiënten. Deze doorontwikkeling stelt zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars en technologische partners in staat om ervaring op te doen. Parallel wordt het uiteindelijke schaalbare en toekomst vaste Zorg bij jou platform ontwikkeld, de zogenaamde doelarchitectuur.

Deze parallelle ontwikkelingen worden gesynchroniseerd om ervaringen vanuit de MVP te evalueren en leerpunten mee te nemen in de ontwikkeling van de toekomst vaste oplossing. Ook wordt in deze synchronisatie vastgesteld welke nieuwe requirements nog worden meegenomen in het MVP en welke landen op de backlog van de toekomst-vaste oplossing.

Zodra de ontwikkeling van de toekomst-vaste oplossing de productiestatus nadert (in de loop van 2024) zal in samenspraak met de product owners, interne en gezamenlijke stuurgroepen en o.a. de zorgverzekeraars en implementatiemanagers worden afgewogen of een zorgpad nog zal worden toegevoegd in het MVP (opschaling 3) dan wel wordt voorgesorteerd om te worden geïmplementeerd in de doelarchitectuur.

Zodra het schaalbare Zorg bij jou platform is geïmplementeerd zal een transitieplan worden gemaakt om de gerealiseerde zorgpaden in het MVP inclusief de daarin geïnccludeerde patiënten te migreren naar het nieuwe platform (integratie).



Figuur 25 Dynamiek in de overgang van MVP naar doelarchitectuur

De overgang van MVP-fase naar schaalbare, toekomst vaste processen en technologie vereist een solide en afgestemde doelarchitectuur en een integratieplan om bestaande zorgpaden en patiënten mee te nemen naar het nieuw te ontwikkelen platform van Zorg bij jou.

Voor de totstandkoming van de doelarchitectuur is Fase 1 reeds afgerond en verdiepen wij naar meer detailinvulling (conform plan) in de aankomende fase (vanaf mei 2023). Dit wordt uitgevoerd door de programmaorganisatie Zorg bij jou in nauwe samenspraak met specialisten in c.q. uit de betrokken Santeon ziekenhuizen.

De CIO-ronde en referentiebezoeken van Fase 2 dienen als basis voor Fase 3. In Fase 3 wordt de doelarchitectuur schets verdiepend uitgewerkt, waarin de opgehaalde informatie uit Fase 2 als input fungeert en wordt verrijkt en geactualiseerd in lijn met ontwikkelingen in de markt van digitale zorgaanbieders en lokale initiatieven. De benoemde activiteiten in Fase 2 en 3 hebben (ook in de toekomst) daarom een continue wisselwerking met elkaar. Een iteratief proces wordt toegepast om tot de doelarchitectuur te komen en door te ontwikkelen. Dit proces bestaat uit vier stappen:



Ophalen van behoeftes

Wat: Ophalen van (niet-)functionele behoeften volgende uit de ambities van Zorg bij jou.

Wie: Dit kan ingevuld worden door het eigen programma maar kan t.z.t. ook ingevuld worden door een nog nader te bepalen implementatiepartij.

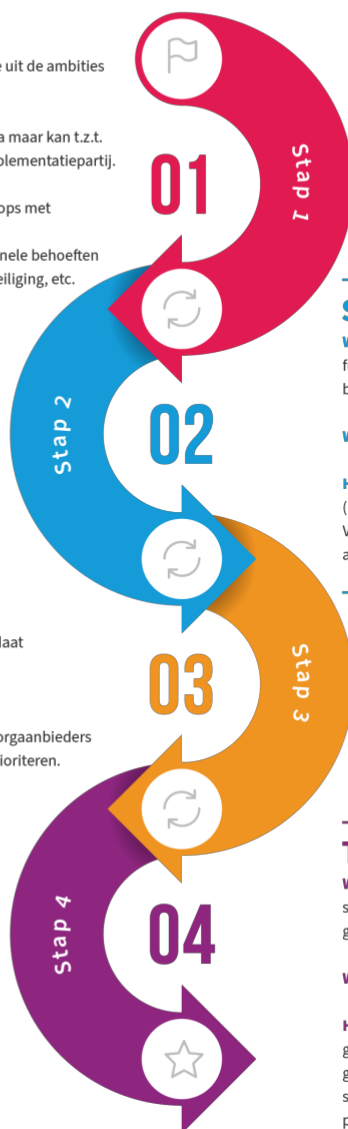
Hoe: Functionele behoeften identificeren d.m.v. workshops met (i) Organisatie Ontwerp (PCC), (ii) Zorgprofessionals, (iii) Patiëntparticipatie, (iv) Zorgaanbieders; Niet-functionele behoeften identificeren met IT specialisten t.a.v. performance, beveiliging, etc.

Backlog prioritering

Wat: Prioriteren van nieuwe en openstaande functionaliteiten/applicaties;

Wie: Product Owner/Manager (hierin is voldoende mandaat benodigd);

Hoe: Workshops met (i) Organisatie Ontwerp (PCC), (ii) Zorgprofessionals en (iii) Patiëntparticipatie en (iv) Zorgaanbieders om de vastgestelde applicaties en functionaliteiten te prioriteren.



Solution design

Wat: Vertaling van functionele behoeften naar type applicaties en functionaliteiten om te komen tot technische oplossingen waaronder benodigde dataprotocolen en infrastructuur;

Wie: Solution Architecten, Business/Lead Architect, Enterprise Architect;

Hoe: Vaststellen van applicaties en functionaliteiten met (i) Solution Architecten en (ii) Business/Lead architect. Vervolgens worden deze getoetst middels opgestelde kaders en architectuurprincipes met (i) Enterprise Architecten en (ii) Ontwerp Autoriteit.

Transitieplan

Wat: Schetsen van hoe bestaande oplossingen integreren / samenwerken met het in te richten Zorg bij jou platform op het gebied van: (i) Data, (ii) Koppelingen, (iii) Beveiliging en (iv) Privacy.

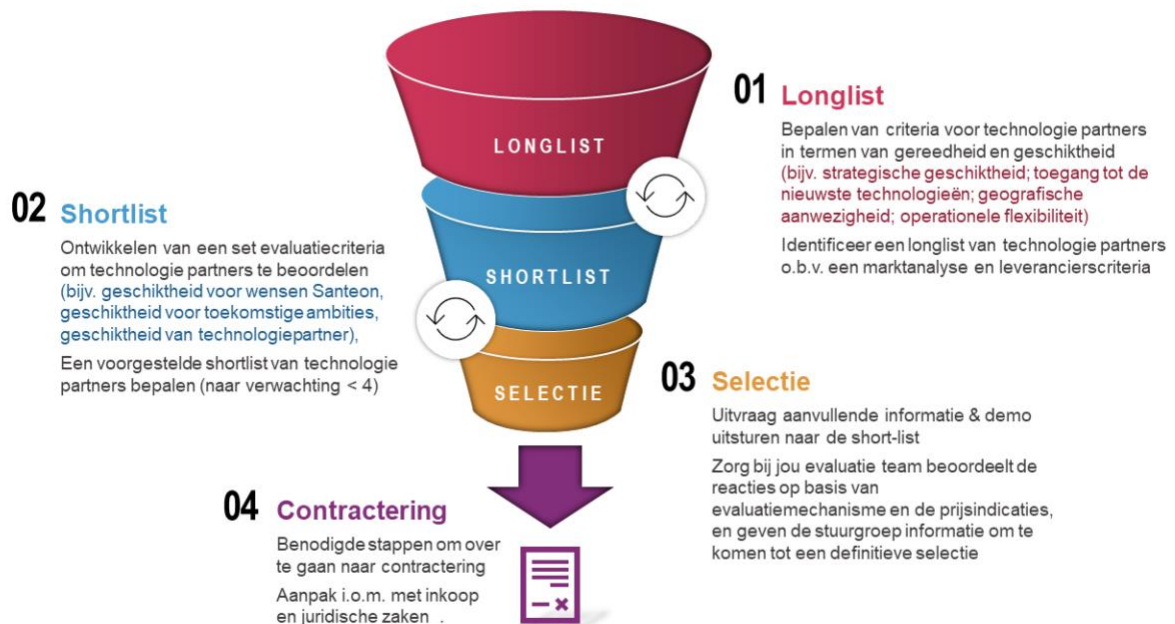
Wie: Lead Architect ism solution architects en SME's

Hoe: Middels verschillende werksessies worden antwoorden geformuleerd op vraagstukken behorende bij bovenstaande gebieden. Deze leiden tot een uitwerking die de technologie in staat stelt om geïntegreerd te worden/samen te werken in het Zorg bij jou platform.

Figuur 26 Proces (door)ontwikkeling IT- en doelarchitectuur

5.4 Invulling doelarchitectuur component

Na de selectie van een individueel component wordt een aantal scenario's opgesteld. Een scenario is een geïntegreerde solution waarbij functionaliteit van één of meerdere technologie partners samen met bestaande of nog te ontwikkelen technologie één solide architectuur vormen. Hierbij rekening houdend met de vigerende architectuurprincipes om o.a. composability, interoperabiliteit en een service-based architecture te borgen. In deze fase worden ook inzichten meegenomen naar aanleiding van recente ontwikkelingen in de markt, waaronder de doorontwikkeling van (SaaS) aanbieders van digitale zorgplatforms in binnen- en buitenland. Het selectieproces voor de technologie partners zal worden uitgevoerd volgens een vast proces met vier stappen (Figuur 27).



Technologiepartner die eerder uit het selectieproces zijn verwijderd kunnen geherintroduceerd worden

Figuur 27 Proces invulling componenten doelarchitectuur

De CIO Board wordt betrokken bij het uitwerken van scenario's en long lists. Vanuit de CIO Board volgt een advies op een voorgesteld scenario (o.a. voor- en nadelen, tijdslijnen, mogelijke leveranciers van de technologie) en worden aansluitingsvoorwaarden geïnventariseerd. Het Project Management Team (PMT) en de interne stuurgroep worden later in het proces betrokken en uiteindelijk geeft de gezamenlijke stuurgroep akkoord op (1) het voorgestelde scenario inclusief de longlist van leveranciers en (2) het voorgestelde selectieproces voor zowel de beheerpartij als leveranciers.

Na Fase 3 wordt gestart met de daadwerkelijke technische implementatie n.a.v. bovenstaand selectieproces. Hierin wordt agile gewerkt, wat wil zeggen dat in sprints wordt toegewerkt naar de uitwerking van gekozen componenten uit de doelarchitectuur, uitbreiding van zorgpaden en mogelijke uitbreiding van aangeboden apps.

5.5 Organisatie van Technologie

5.5.1 MVP organisatie

In de MVP-fase is de werkstroom technologie onderverdeeld in twee substromen: ‘functionaliteiten’ en ‘basis-infra & doelarchitectuur’. Deze werkstromen vinden samenwerking met de andere werkstromen in het Zorg bij jou programma en worden tevens ondersteund met kennis en expertise van SME’s (Ontwerp Autoriteit), zorgverzekeraars en leveranciers (partnerboard). Voor de borging van privacy en security vindt nauwe samenwerking met FG/ISO afgevaardigden plaats.

5.5.2 Doorontwikkeling IT-organisatie

De organisatie die ingericht zal worden ter ondersteuning van o.a. de doelarchitectuur en andere technologie opleveringen, zal toegelicht worden in het programmaplan en zal aansluiten op de Zorg bij jou B.V. (i.o.) organisatiestructuur. Hierin zal gekozen worden voor een programma opzet, die versterkt wordt met een multidisciplinaire agile aanpak om verbinding tussen techniek, zorgpad, servicecentrum en implementatie te borgen.

In de doorontwikkeling van de organisatie staat een aantal facetten centraal:

- Vertaling van strategie naar tactische aanpak: Business Architect en Lead Architect zullen in gezamenlijkheid met de Solution Architecten de vertaling maken naar een implementatie plan. Hierin zal ook terugkomen hoe de business architectuur en -rules vertaald worden naar de infrastructuur.
- Borging van connectie tussen technologie, business en proces: De impact van Zorg bij jou op de technologie, business en processen van de ziekenhuizen zal in kaart gebracht worden door de Business Architect.
- Verbinding met lokale, regionale en landelijke initiatieven: De CIO’s van de verschillende ziekenhuizen zullen gevraagd worden de toetsing te doen op de afhankelijkheden tussen Zorg bij jou en lokale, regionale (bijv. Virtual Ward/Zorgviewer) en landelijke initiatieven waar vanuit één of meerdere huizen samenhang is (bijv. Wegiz/IZA).
- Co-creatie met zorgverzekeraars en leveranciers: In de realisatie van de doelarchitectuur wordt er actief samengewerkt met zorgverzekeraars en leveranciers waar hun kennis en ervaring actief ingezet wordt in de realisatie van de doelarchitectuur.
- Verdieping van rollen en verantwoordelijkheden: Duidelijkheid in de rollen, verantwoordelijkheden en mandaat die behoren tot de IT-organisatie van Zorg bij jou.

In dit hoofdstuk zijn wij ingegaan op het proces om van MVP naar schaalbare en toekomst vaste doelarchitectuur te komen en hoe de organisatiestructuur hierin ondersteunt. Verdere invulling zal toegelicht worden in het programmaplan. Technologische verdiepingen kunnen teruggevonden worden in de bijbehorende bijlagen.

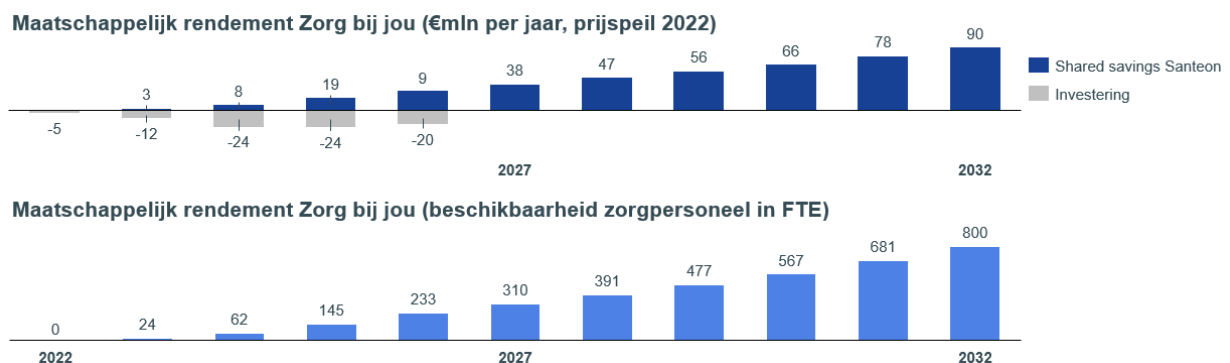
6. Business case

6.1 Opbrengsten en kosten Zorg bij jou

6.1.1. Zorg bij jou realiseert in 2032 een schadelastreductie van €90 mln en speelt 800 FTE vrij aan beschikbaarheid van zorgpersoneel in de Santeon ziekenhuizen

In de business case van Zorg bij jou tonen we aan wat de impact van Zorg bij jou is; kwantitatief binnen de scope van de Santeon ziekenhuizen en kwalitatief op andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars (zie sectie 6.2 voor de onderbouwing van deze uitsplitsing). Zoals in de apart bijgevoegde presentatie te lezen is, realiseert Zorg bij jou een substantiële reductie in schadelast en beschikbaarheid van zorgpersoneel, waarmee het één van de oplossingen is om het gat tussen de groeiende zorgvraag en beschikbaarheid van mensen en middelen in de zorg te dichten.

Figuur 28 vat de verwachte schaal en impact van Zorg bij jou in de Santeon ziekenhuizen samen. In 2027 leidt dit in termen van schadelast tot een reductie van €38 mln en in 2032 tot een reductie van €90 mln. Deze reductie komt tot stand door het verschil in afname in zorggebruik en extra kosten voor Zorg bij jou te nemen: in 2032 realiseren we op 200.000 patiënten een reductie in 'reguliere' schadelast van €150 mln, tegenover kosten van Zorg bij jou van €60 mln. Deze schadelastreductie zorgt ervoor dat de totale investering in Zorg bij jou van ~€85 mln in 2027 terugverdiend is. Voor beschikbaarheid van zorgpersoneel realiseren we een netto besparing van 310 fte in 2027 en 800 FTE in 2032: in 2032 betekent dit dat er 1.000 fte wordt vrijgespeeld in de reguliere zorg, terwijl er 200 fte wordt ingezet om 200.000 patiënten via Zorg bij jou digitale zorg aan te bieden.



Figuur 28 maatschappelijk rendement Zorg bij jou in schadelast en beschikbaarheid.

6.1.2. De totale investering in Zorg bij jou van 2022 t/m 2026 bedraagt ongeveer €85 miljoen en bestaat uit lokale implementatiekosten, programma management en ontwikkelkosten voor ICT.

Van de MVP-fase (2022 t/m april) weten we welke kosten er (ongeveer) gemaakt zijn, deze nemen we over. Voor de eerste helft van 2023 weten we ook wat de investering in Zorg bij jou gaat zijn, omdat deze in kaart zijn gebracht voor de transformatiegelden aanvraag voor deze periode die reeds is ingediend. Vanaf de tweede helft van 2023 schatten we in welke investering nodig is met verschillende methodes, afhankelijk van de kostenpost.

Voor een investering met een langere termijn zoals Zorg bij jou zijn er veel onzekerheden en afhankelijkheden die invloed kunnen hebben op de daadwerkelijke kosten zoals de ontwikkeling van technologie en ontwikkeling van andere initiatieven. Het accuraat inschatten van de benodigde investering wordt dus een grotere uitdaging naarmate het jaar verder in de toekomst ligt. De kosten zoals hier weergegeven zijn dan ook voor de eerste jaren redelijk verfijnd ingeschat, en grofmaziger in de jaren daarna. De kosten die verder in de toekomst liggen worden dus ook als een plafond gezien in de transformatiegelden aanvraag.

6.1.3. De Zorg bij jou organisatie stuurt op termijn op een positief resultaat met het oog op een financieel gezonde en onafhankelijke organisatie

De aangevraagde transformatiegelden worden ingezet om t/m 2026 te bouwen aan het initiatief Zorg bij jou. Daarnaast stuurt de organisatie op een positief resultaat in haar exploitatie. Let wel dat we hier wederom alleen rekenen met de Santeon patiënten in scope, omdat het nog onzeker is hoe de tarifiering en kosten van digitale zorgverlening aan patiënten vanuit andere zorgaanbieders eruit gaan zien.

De inkomsten van Zorg bij jou als organisatie zijn gelijk aan de gebruikskosten per patiënt zoals gepresenteerd in de doelstellingen van het programma, en zijn gebaseerd op de gemiddelde declaratie per patiënt per jaar door de ziekenhuizen. Specifiek gaat dit om de add-on prestatie thuismonitoring (039133).

6.2 Gehanteerde uitgangspunten

6.2.1 We nemen aan dat we op 20% van de totale schadelast in de Santeon ziekenhuizen 50% van de patiënten includeren, waarbij we 50% reductie in zorggebruik realiseren

De business case van Zorg bij jou baseert zich op drie belangrijke aannames om tot de verwachte impact te komen. De eerste aanname gaat over hoeveel ziekenhuiscare in scope is van Zorg bij jou, waarbij we aannemen dat 20% van de ziekenhuiscare in scope is. De twee andere aannames gaan over het percentage patiënten binnen die scope dat daadwerkelijk geïnccludeerd wordt in Zorg bij jou en de reductie die Zorg bij jou realiseert op hun zorggebruik. Voor beide geldt dat we uitgaan van 50%, waarmee we uiteindelijk 25% ($50\% \times 50\%$) reductie in kosten en beschikbaarheid per patiënt realiseren binnen de zorg in scope.

De aanname van 20% ziekenhuiscare in scope bestaat uit twee onderdelen van het ziekenhuis waar thuismonitoring effect op heeft, die elk goed zijn voor 10%: de zorg voor chronische populaties en de kliniek. Welke populaties dit precies gaan zijn is op dit moment nog niet duidelijk, omdat de toekomstige uit te rollen zorgpaden nog niet gekozen zijn (zie hoofdstuk 3 voor proces hiervoor). Uit cijfers uit het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, later ook gevalideerd vanuit het Maastricht Ziekenhuis, blijkt dat chronische aandoeningen waar Zorg bij jou zeer waarschijnlijk zorgpaden voor gaat ontwikkelen ~15% van de totale schadelast opmaken. Om conservatief te zijn corrigeren we dit naar 10%. Voor de kliniek geldt dat deze, volgens dezelfde cijfers, goed is voor ~25% van de schadelast in een ziekenhuis. Als we deze schadelast corrigeren voor chronische populaties (om dubbelstellingen te voorkomen) blijft er ~20% over. Deze halveren we een laatste keer omdat niet alle klinische ligdagen in aanmerking komen voor vervroegd ontslag i.c.m. thuismonitoring, waarmee we op 10% van de schadelast uitkomen. Hiermee komen we voor de totale zorg in scope uit op 20%, een aanname die eveneens wordt gevalideerd door rapporten van Gupta³² en ING³³: Gupta geeft aan dat in theorie 46% van de ziekenhuiscare naar huis kan worden verplaatst, terwijl ING becijfert dat dit realistisch gezien 20% zou moeten zijn.

De volgende aanname is het percentage van patiënten in scope dat daadwerkelijk geïnccludeerd wordt, waar wij uitgaan van 50%. Dit inclusiepercentage zetten wij neer als ambitie voor de organisatie die over tijd gemonitord moet worden. Er zijn nog weinig betrouwbare datapunten om dit percentage op te baseren, dus dit is de meest onzekere aanname die wij doen. Praktijkvoorbeelden laten inclusiecijfers zien van 97%, maar ook van 9%. Deze getallen zijn echter moeilijk te vergelijken met de uiteindelijke inclusie van Zorg bij jou omdat de potentiële inclusie per aandoening sterk verschilt. Wij nemen voor nu 50% als uitgangspunt, omdat bij bepaalde aandoeningen een beperkter deel van de patiëntpopulatie in aanmerking zal komen (bijv. omdat de ziektelast niet te zwaar mag zijn) terwijl bij andere groepen z.g.a. de gehele patiëntpopulatie in aanmerking komt voor thuismonitoring. Daarnaast is het de verwachting dat door verdere ontwikkeling van functionaliteiten, en het meer digitaal vaardig worden van patiënten, het realistisch is om een hoger inclusiepercentage te verwachten dan momenteel gerealiseerd wordt.

De laatste aanname is de reductie in zorggebruik van geïnccludeerde patiënten, waarvoor wij eveneens 50% hanteren. Deze impact uit zich in minder (spoed) consulten, ligdagen en/of opnames per patiënt, en diagnostiek,

³² Gupta Strategists (2016), *No place like home*

³³ ING (2020), *My home is my hospital*

afhankelijk van de thuismonitoring toepassing en aandoening. Op basis van praktijkvoorbeelden uit o.a. de Santeon ziekenhuizen lijkt een reductie in zorggebruik van 50% haalbaar, en wetenschappelijke resultaten rapporteren gemiddelde effecten tussen 19% en 40% afhankelijk van zorgactiviteit en aandoening. Onze ambitie van 50% reductie in zorggebruik ligt weliswaar hoger dan de meeste praktijkvoorbeelden en wetenschappelijke artikelen, maar Zorg bij jou heeft ook de ambitie om meer impact te realiseren dan de initiatieven die er al zijn. Er zijn immers nog geen initiatieven op de beoogde schaal van Zorg bij jou. Voor deze aanname geldt wederom dat we over tijd blijven monitoren of dit daadwerkelijk gehaald wordt.

6.2.2 Zorg bij jou is één van de oplossingen om het gat tussen de groeiende zorgvraag en beschikbaarheid van mensen en middelen te dichten

Zorg bij jou zorgt ervoor dat de productiviteit van zorgmedewerkers hoger wordt: er worden minder kosten gemaakt per patiënt en er zijn uiteindelijk minder medewerkers nodig per patiënt. Daarmee draagt het initiatief bij aan de opgave die het IZA neerlegt: de beweging richting passende en arbeidsbesparende zorg.

Het Beoordelingskader Impactvolle Transformaties vraagt ook om een duiding van de impact van een transformatie op de omvang van zorgvastgoed (mits deze er is). De business case van Zorg bij jou rekent dit effect niet door, omdat het gevolg van de effecten van Zorg bij jou op de lokale bedrijfsvoering onderdeel is van lokale onderhandelingen. De lokale situatie verschilt namelijk per ziekenhuis, bijv. een andere uitgangspositie vastgoed, groei/krimp regio, concentratie en spreiding vraagstukken, etc. Zorg bij jou is één van de vele puzzelstukken die de lokale ontwikkeling van een ziekenhuis bepalen. We willen als Zorg bij jou zo transparant mogelijk zijn over de impact die we realiseren, daarom formuleren we SMART doelstellingen (zie sectie 2.2) en is er een specifieke werkstroom Evaluatie voor ingericht, zie sectie 4.3. Het is daarna aan de lokale Santeon ziekenhuizen en zorgverzekeraars om de rest van de lokale puzzel te leggen en de consequenties daarvan op o.a. vastgoed vast te stellen.

6.2.3 We brengen de impact bij VVT en 1^e lijn niet kwantitatief in kaart maar verwachten wel substantiële impact te realiseren bij deze regionale ketenpartners

De business case van Zorg bij jou brengt kwantitatief in kaart welk resultaat (schadelast en arbeid) het initiatief verwacht te realiseren binnen de Santeon ziekenhuizen, maar dit betekent niet dat de impact van Zorg bij jou beperkt blijft tot deze ziekenhuizen: Zorg bij jou heeft namelijk expliciet als doel om ook diensten te verlenen aan partners in de regio (ziekenhuizen, VVT en de 1^e lijn). Hierdoor verwachten we ten eerste direct capaciteit vrij te spelen bij deze regionale zorgaanbieders doordat zij ook met behulp van Zorg bij jou de efficiëntieverbeteringen van thuismonitoring kunnen realiseren via sectorale zorgpaden. Daarnaast verwachten we dat er op termijn een herverdeling van zorgcapaciteit van de MSZ naar de VVT of 1^e lijn kan plaatsvinden door het opzetten van transmurale zorgpaden en (digitale) versterking van de 1^e lijn. De kwantitatieve impact hiervan binnen de regio is echter niet gemodelleerd omdat dit op te veel onzekerheden gebaseerd zou worden en dus geen realistisch beeld zou schetsen. De business case van Zorg bij jou zal waarschijnlijk nog positiever uitvallen wanneer we dit wel zouden doen, maar voor nu komen we ook tot een positieve business case wanneer we alleen naar de impact binnen de Santeon huizen kijken.

Zorg bij jou heeft als doel om eind 2027, naast 90.000 patiënten vanuit Santeon huizen, nog eens 50.000 patiënten vanuit andere ziekenhuizen en 50.000 patiënten uit de VVT en 1^e lijn geïncorporeerd te hebben. Om dit te realiseren zet Zorg bij jou in op uniforme zorgpaden die door andere zorgaanbieders gemakkelijk over te nemen zijn. Doordat Zorg bij jou schaalvoordelen realiseert kan het kleinere regionale zorgaanbieders, die niet op eigen kracht een dergelijke propositie zouden kunnen ontwikkelen, ontlasten. Door de regio op digitale zorg op één virtuele locatie onder te brengen kan Zorg bij jou effectief samenwerken met regionale zorgverleners door communicatie en samenwerking te stroomlijnen. Zo kunnen er transmurale zorgpaden rondom patiënten worden opgezet die faciliteren dat patiënten door de juiste professional op de juiste plaats worden behandeld. Op deze manier faciliteert Zorg bij jou een verplaatsing van zorg vanuit de MSZ naar de 1^e lijn of andere ketenpartners, in lijn met waar het IZA om vraagt.

Zorg bij jou beoogt dus impact op de bredere regio's rondom de Santeon ziekenhuizen, maar we rekenen deze impact niet kwantitatief door. De reden hiervoor is dat er nog te veel onzekerheden zijn over hoe deze samenwerking met ketenpartners eruit gaat zien. Voor patiënten uit regio ziekenhuizen zullen de populaties vergelijkbaar zijn met die uit de Santeon ziekenhuizen, maar met name bij transmurale en sectorale zorgpaden is door een gebrek aan

ervaring nog onduidelijk welke patiënten hiervoor in aanmerking komen, welk zorggebruik zij in de 1e lijn hebben en hoeveel efficiëntie hierop geboekt kan worden door thuismonitoring. In de loop van 2024 zal de propositie voor deze zorgaanbieders worden ontwikkeld en zal duidelijk worden welke diensten Zorg bij jou aan welke patiëntgroepen gaat bieden. Ook streven wij er naar de impact bij deze zorgaanbieders prospectief in kaart te brengen wanneer we concreet samenwerkingsprojecten gaan opstarten en de effecten te monitoren zodra Zorg bij jou regionale ziekenhuizen en ketenpartners heeft aangesloten (zie sectie 6.5)

6.2.4 Zorg bij jou zal ook kostenbesparingen voor zorgverzekeraars realiseren, maar we kunnen nog niet modelleren hoe groot de omvang hiervan gaat zijn

Zorg bij jou laat kwantitatief alleen de impact van het initiatief in de Santeon ziekenhuizen zien. Om een compleet beeld te geven van de impact van Zorg bij jou is het ook belangrijk om stil te staan bij de business case van Zorg bij jou voor zorgverzekeraars, en uiteindelijk daarmee ook de maatschappij. Immers, de efficiëntiebesparingen van Zorg bij jou komen pas bij de maatschappij terecht wanneer de kosten per patiënt voor zorgverzekeraars binnen de zorg in scope afnemen. Wij maken deze vertaalslag van efficiëntiebesparing in de Santeon ziekenhuizen naar declaratiewaardes echter niet kwantitatief in de business case, omdat dit een complexe berekening met veel onzekerheden betreft. Echter, we kunnen wel kwalitatief een beeld schetsen hoe dit eruit zou zien:

- Bij beschouwende specialismes verwachten we een 1-op-1 relatie tussen afname in zorgactiviteiten (consulten, verpleegdagen, opnames) en schadelast. Bij bijvoorbeeld COPD-patiënten leidt een afname van twee consulten per jaar naar één consult per jaar tot een afname van één poliklinische DBC i.p.v. twee. Een opname minder is direct een klinische DBC minder, en een verkorting van ligduur leidt veelal tot een afleiding van een goedkopere klinische DBC. Alleen deze laatste stap is door de DBC-afleidingssystematiek niet per sé 1-op-1.
- Bij een verschuiving van een klinische ingreep naar een dagbehandeling leidt dit meestal ook direct tot een andere (lichtere) DBC, en dus verlaging van de schadelast.
- Bij het terugbrengen van klinische ligduur na een interventie (OK), door eerder ontslag i.c.m. thuismonitoring, verwachten we geen directe vertaling naar een lagere schadelast door lichtere DBC's. Hier ligt voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars dus een monitoringsopdracht. Uiteindelijk kan er dan later het gesprek over verlaging van tarieven voor deze specifieke DBC's gevoerd worden (als blijkt dat er op onderdelen een disbalans is tussen afname van zorgconsumptie (bijv. ligdagen) en (gebrek aan) afname van schadelast).

6.3 Impact Zorg bij jou op duurzaamheid

Het Beoordelingskader Impactvolle Transformaties vraagt, indien van toepassing, ook om een beschrijving van de impact van een transformatie ten aanzien van duurzaamheid in de zorg. Ondanks dat duurzaamheid in dit kader een bijkomend aspect is, besteden we in de business case beknopt aandacht aan de CO2 besparingen die we verwachten te realiseren met Zorg bij jou. Hiervoor hanteren we, net als voor de financiële impact, de scope van de Santeon ziekenhuizen. De geraamde impact op CO2 uitstoot is gebaseerd op de besparing per geïnccludeerde patiënt en is daarmee niet direct een netto besparing, dit ook afhankelijk van waar vrijgespeelde capaciteit voor wordt ingezet. Dit is iets om goed te monitoren – ook in relatie tot de extra uitstoot door bijv. datacenters.

Met de schaal aan patiënten die we includeren uit de Santeon ziekenhuizen verwachten we in 2027 5.220 ton CO2 equivalenten, en in 2032 ton 11.600 ton CO2 equivalenten te besparen. Deze impact komt tot stand door de verwachte besparing aan zorgactiviteiten te vermenigvuldigen met de gemiddelde CO2 uitstoot per zorgactiviteit. Voor het aantal bespaarde zorgactiviteiten extrapoleren we hier de verwachte reductie in policonsulten en ligdagen voor het COPD zorgpad, zoals opgenomen in de eerdere transformatiegeldenaanvraag. Dit komt neer op 1,5 policonsult minder en 0,5 ligdag minder per patiënt. De CO2 uitstoot per zorgactiviteit is benaderd door Strategy&³⁴, door de totale uitstoot van een ziekenhuis te verdelen over afdelingen (met de reisbewegingen van patiënten daar nog bijgevoegd). De gemiddelde CO2 uitstoot per policonsult komt uit op 20 kg CO2 equivalenten en de gemiddelde CO2 uitstoot per ligdag komt uit op 56 kg CO2 equivalenten.

³⁴ Zie artikel in [Medisch Contact](#)

6.4 Monitoring en onderzoeksvragen vanuit business case

De business case van Zorg bij jou is gestoeld op een aantal cruciale aannames, waarvan sommigen ook als ambitie zijn neergezet. Om de verwachte impact daadwerkelijk te realiseren is het van belang dat we deze aannames ook waarmaken. Dit vraagt om continue monitoring, op basis waarvan we kunnen bepalen of de aannames standhouden. Mocht dit niet zo zijn, dan kijken we waar we bij kunnen sturen zodat de aannames wel uitkomen en kijken we daarna pas of ze moeten worden bijgesteld – naar verwachting eind 2024.

Daarnaast zetten we in dit SoW al een aantal onderzoeksvragen neer, die in de komende jaren opgepakt dienen te worden. Deze onderzoeksvragen komen voort uit de aandachtspunten in sectie 6.2 en betreffen effecten die met de huidige inzichten niet kwantitatief te modelleren waren voor de business case. Deze zullen in de toekomst toegevoegd worden aan de KPI's die wij monitoren vanaf het begin van het programma. In chronologische volgorde zetten we de volgende onderzoeksvragen neer:

Start monitoring in december 2024

- **Business case voor zorgverzekeraars** – In hoeverre vertalen de efficiëntiebesparingen door Zorg bij jou zich in verlaagde kosten per patiënt bij zorgverzekeraars?
- **Kwantitatieve impact regioziekenhuizen** – Welke impact realiseert Zorg bij jou in aangesloten niet-Santeon ziekenhuizen (aan de hand van dezelfde KPI's gehanteerd bij de Santeon ziekenhuizen)?

Start monitoring in december 2025

- **Kwantitatieve impact VVT en 1^e lijn** – Welke impact realiseert Zorg bij jou bij aangesloten VVT-instellingen en huisartsen, uitgesplitst per type aanbieder en/of type zorgpad (transmuraal, sectoraal)

De invulling van deze onderzoeksvragen wordt in een later stadium bepaald.

7. Impactanalyse

Zorg bij jou wordt geëvalueerd volgens de principes van passende zorg zoals opgenomen in het IZA en het landelijke programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)

Uitgangspunt van het IZA is dat passende zorg voldoet aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.³⁵ Stand van wetenschap en praktijk voor passende zorg betekent per definitie een evaluatie op de toegevoegde waarde. Passende zorg is namelijk waardegedreven zorg; effectief tegen passende kosten. Vanuit het IZA gelden er uitgangspunten, zoals het kunnen aantonen dat zorg aantoonbaar effectief is voor de (individuele) patiënt, en een goede werkomgeving voor zorgprofessionals. Deze uitgangspunten sluiten aan bij het Quadruple Aim model waarbij de volgende vier punten worden nagestreefd: 1) tevreden patiënten, 2) tevreden zorgverleners, 3) betaalbare zorg, en 4) gezonde populatie. Dit betekent dat het evaluatieprogramma van Zorg bij jou gericht moet zijn op deze onderdelen waarbij voor de uitvoering alle stakeholders (o.a. patiënten, professionals, zorginstanties, verzekeraars) een actieve rol hebben. Gezien het feit dat e.e.a. landelijk nog volop in ontwikkeling is zal dit in de toekomst verder worden uitgewerkt. Daarnaast worden al gebruikte evaluatiemethoden van lopende trajecten in de verschillende (Santeon) ziekenhuizen en kennis uit wetenschappelijke literatuur gebruikt als basis.

Het streven is een centrale evaluatie-aanpak van het Zorg bij jou programma op basis van de kernelementen van passende zorg

Per geïnitieerd zorgpad wordt bij aanvang een evaluatieprogramma opgesteld waarin de volgende elementen worden meegenomen:

- Uitkomsten; Het verzamelen van kennis over de uitkomsten van behandelingen en de betekenis daarvan voor de kwaliteit van leven van de patiënt (uitkomstinformatie). Hierbij wordt gekeken naar de medische en de patiënt gerapporteerde uitkomsten en gestreefd naar het gebruik van (inter-)nationale standaardsets (o.a. ICHOM, programma uitkomstgerichte zorg).
- Kosten; zorgkosten (integraal onder andere CBS en/of VEKTIS-data) en het streven naar ultieme evaluatie van kosten/opbrengsten (b.v. arbeidsparticipatie) vanuit maatschappelijk perspectief.
- Ervaringen; acceptatie, bereik, ervaringen en mate van gebruik van Zorg bij jou van patiënten (naasten/mantelzorgers) en zorgverleners.

De in hoofdstuk 2 gestelde doelen zijn leidend voor de te evalueren attributen

Zorg bij jou heeft als doelstelling de kwaliteit van zorg binnen een aantal domeinen te verbeteren (i.e., het quadruple aim model) te weten; patiëntervaring, zorgverlener-ervaring, zorguitkomsten en zorgkosten. Om te monitoren of deze gestelde doelen gehaald worden, evalueren we de in hoofdstuk 2 vastgestelde KPI's. Hiervoor zullen verschillende typen gegevens, uit diverse bronnen, met vaste regelmaat verzameld moeten worden (handmatig en (bij voorkeur) geautomatiseerd). In onderstaande tabel worden deze gegevens beschreven.

Attribuut	Bron	Frequentie	Dataverzameling	Beschikbaar
# ziekenhuizen aangesloten	Business case	Kwartaal	Handmatig	Q1-2023
# regiopartners aangesloten	Business case	Kwartaal	Handmatig	Q3-2023
# hybride zorgpaden live	Business case	Kwartaal	Handmatig	2023
# patiënten in scope per jaar/per zorgpad	Business case	Kwartaal	Handmatig	2023
Baseline Zorgactiviteiten	ZVZ's	Kwartaal	Geautomatiseerd	Q3-2023
Per huis				
Per zorgpad				
Zorgactiviteiten	Huizen	Kwartaal	Geautomatiseerd	Q3-2023
Per huis				
Per zorgpad				

³⁵ Zorginstituut Nederland (2015) - Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

# geïncludeerde patiënten (+ %)	Luscii, Sananet, EPD	Wekelijks	Handmatig, later automatisch	Q2-2023
# gemonitorde patiënten (+ %)	MSC/App's	Wekelijks	Handmatig, later automatisch	Q2-2023
# signalen afgevangen door MSC	MSC/App's	Wekelijks	Automatisch	Q3-2023
# min per signaal	MSC/App's	Wekelijks	Automatisch	Q3-2023
# min on/off boarden	MSC/App's	Wekelijks	Automatisch	Q3-2023
Baseline schadelast	Huizen	Bij start	Handmatig	Q2-2023
Per zorgpad				
Per huis				
Schadelast	Huizen	Kwartaal	Automatisch	Q4-2023
Per zorgpad				
Per huis				
Exploitatiekosten Zorg bij jou	B.V.	Kwartaal	Automatisch	Q4-2023
Per kostenpost				
Per patiënt				
FTE werkzaam in MSC	B.V.	Kwartaal	Automatisch	Q4-2023
Per zorgpad				
Totaal				
FTE werkzaam in Huizen	Huizen	Kwartaal	Automatisch	Q4-2023
Per zorgpad				
Totaal				
Patientervaring per zorgpad	Vragenlijst Interviews	Halfjaar	tbd	Q3-2023
Zorgverlenerservaring per zorgpad	Vragenlijst Interviews	Halfjaar	tbd	Q3-2023
Medewerkerservaring	Vragenlijst Interviews	Halfjaar	tbd	Q3-2023
Investerings in Zbj	B.V.	Kwartaal	Geautomatiseerd	Q4-2023
Per kostenpost				
Per jaar				
Cumulatief				
Inkomsten Zbj	B.V.	Kwartaal	Geautomatiseerd	Q4-2023
Per zorgpad				
In totaal				
Zorgpaden (concept)				
Zwangerschapsdiabetes				
Glucose waarden	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Wel/ geen insuline	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Kort – langwerkende insuline	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Dosering insuline	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Aangeven als vrouw is bevallen.	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
COPD				
CCQ vragenlijst, gevalideerd	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Ervaren Angst	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023

Inname van medicatie	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Extra ingenomen medicatie	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Antibioticum- of prednisonkuur	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Mate Kortademigheid	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Wens Frequentie meten	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Mate van Hoesten	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Temperatuur	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Kleur/ verandering Sputum	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Lichamelijke gesteldheid	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Ervaren klachten afgelopen 48 uur	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Klachten na ziekenhuisopname	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
COVID				
Saturatie	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Zuurstof gebruik	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Temperatuur	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Mate kortademigheid	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Mate van hoesten	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Ervaren angst	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023
Lichamelijke gesteldheid	App	Wekelijks	Geautomatiseerd	Q4-2023

Tabel 4 Overzicht te verzamelen gegevens

We evalueren de uitkomsten, kosten en ervaringen van Zorg bij jou middels herhaalde metingen in de tijd

Voor onderbouwing en succesvolle borging van Zorg bij jou (evidence-based practice) is het essentieel dat er bewijsmateriaal (evidence) beschikbaar komt op basis van goed wetenschappelijk onderzoek. Op basis van de huidige inzichten heeft het de voorkeur om binnen het evaluatieprogramma te kiezen voor een vorm van onderzoek waarbij data middels meerdere herhaalde metingen in de tijd worden verzameld. De (kosten-)effectiviteitsanalyses zijn gebaseerd op de verschillen in trends voorafgaand en na afloop van de interventie. Een dergelijk design is een goede optie als het vanwege logistische, financiële of praktische redenen niet haalbaar is om alle deelnemers tegelijkertijd de interventie aan te bieden.

Om naast de effectiviteit van een nieuwe interventie ook de kosteneffectiviteit te bepalen ten opzichte van de gebruikelijke zorg kijken we naar zowel de kosten als de effecten van beide. Bij kosteneffectiviteitsonderzoek worden de kosten van twee of meer alternatieven in geld uitgedrukt tegen de opbrengsten, die in natuurlijke eenheden (bijvoorbeeld gewonnen levensjaren, aantal patiënten dat genezen is) worden uitgedrukt. De kosteneffectiviteits-ratio geeft de extra effecten van een interventie weer tegen de extra kosten in vergelijking met het (gangbare) alternatief. Voorkeur wordt gegeven aan een interventie met grotere effecten en relatief lagere kosten (i.t.t. interventies met kleinere effecten en hogere kosten), zie ook Health Technology Assessment (HTA).

Daarnaast evalueren we Zorg bij jou als versneller van innovatieve digitale ondersteuning en gepersonaliseerde zorg

Door de innovatieve digitale ondersteuning van zorg door de eenduidige dataverzameling binnen Zorg bij jou op het gebied van risicofactoren, zorguitkomsten en kostenindicatoren, is het interessant om digitale innovaties (Artificial Intelligence, keuzehulp, dashboards, apps etc) te ontwikkelen, te valideren en te evalueren op impact (uitkomsten en kosten). Dit kan bijdragen om effectieve digitale innovaties sneller te implementeren in de dagelijkse praktijk.

De uitdaging van de medisch specialistische zorg voor de komende jaren is het doorvoeren van de evaluatie op groepsniveau naar het individu. Dit kan alleen door het analyseren van grote hoeveelheden data zoals in Zorg bij jou. Dit zorgt voor de transformatie naar gepersonaliseerde zorg; persoonsgerichte risicofactoren (precisie geneeskunde), gepersonaliseerde uitkomsten (gepersonaliseerde zorg) maar ook voor patiëntgerichte interventies/zorgpaden.

Evaluatie wordt centraal georganiseerd om voortgang te monitoren en eventueel tijdig bij te sturen

Er is een evaluatieproces gestart, om de voortgang op de verschillende gestelde doelen en KPI's te monitoren. Evaluatie is belangrijk om te allen tijde een duidelijk beeld te hebben waar het transitieprogramma staat en ook tijdig bij te kunnen sturen, dan wel door actie te ondernemen dan wel de doelen bij te stellen, mochten de gestelde doelen uit het zicht raken. De verzamelde gegevens geven ons uiteindelijk inzicht in het effect van de ingezette interventie en stellen ons in staat te sturen op de gestelde KPI's.

Evaluatie is overstijgend aan de werkstromen binnen het Zorg bij jou programma. Er lopen reeds verschillende evaluatie initiatieven bij de Santeon huizen o.b.v. lokaal geïnitieerde initiatieven. Het streven is een centrale evaluatie aanpak van het Zorg bij jou programma.

Er is gekozen voor een initieel pragmatische aanpak die beschikbaarheid van data volgt

Er is gekozen voor een initieel pragmatische aanpak die gekoppeld is aan de beschikbaarheid van gegevens die ontstaan al naar gelang het Zorg bij jou project vordert. De toegankelijkheid van veel gegevens is afhankelijk van het moment waarop de datahub gerealiseerd is en de nieuwe entiteit (BV) geformaliseerd. Daarnaast zal voor diepgaande analyse vooraf goedkeuring van de huidige Beheercommissie binnen Santeon (lokale Santeon METC) en/of goedkeuring van de betreffende patiënt(en) verkregen moeten worden.

Gegevens worden getoond in een dashboard en worden per kwartaal gebundeld in een rapportage naar de interne en de gezamenlijke stuurgroepen

Gegevens zullen worden getoond in nog te ontwikkelen dashboards (zie Figuur 29) voor een eerste idee van de vormgeving, waarbij in eerste instantie de focus zal liggen op informatie nodig voor besluitvorming. Vooralsnog zal het hier gaan om geaggregeerde data, zodra de datahub is gerealiseerd zullen gegevens op patiënt niveau kunnen worden gebruikt. Het is belangrijk om met behulp van deze informatie te kunnen sturen op het verloop van het project Zorg bij jou, de business case en overige vooraf gestelde doelen. Indien gewenst kunnen op basis van deze informatie en andere tussentijdse evaluaties, eerder gestelde doelen (KPI's) worden bijgesteld.



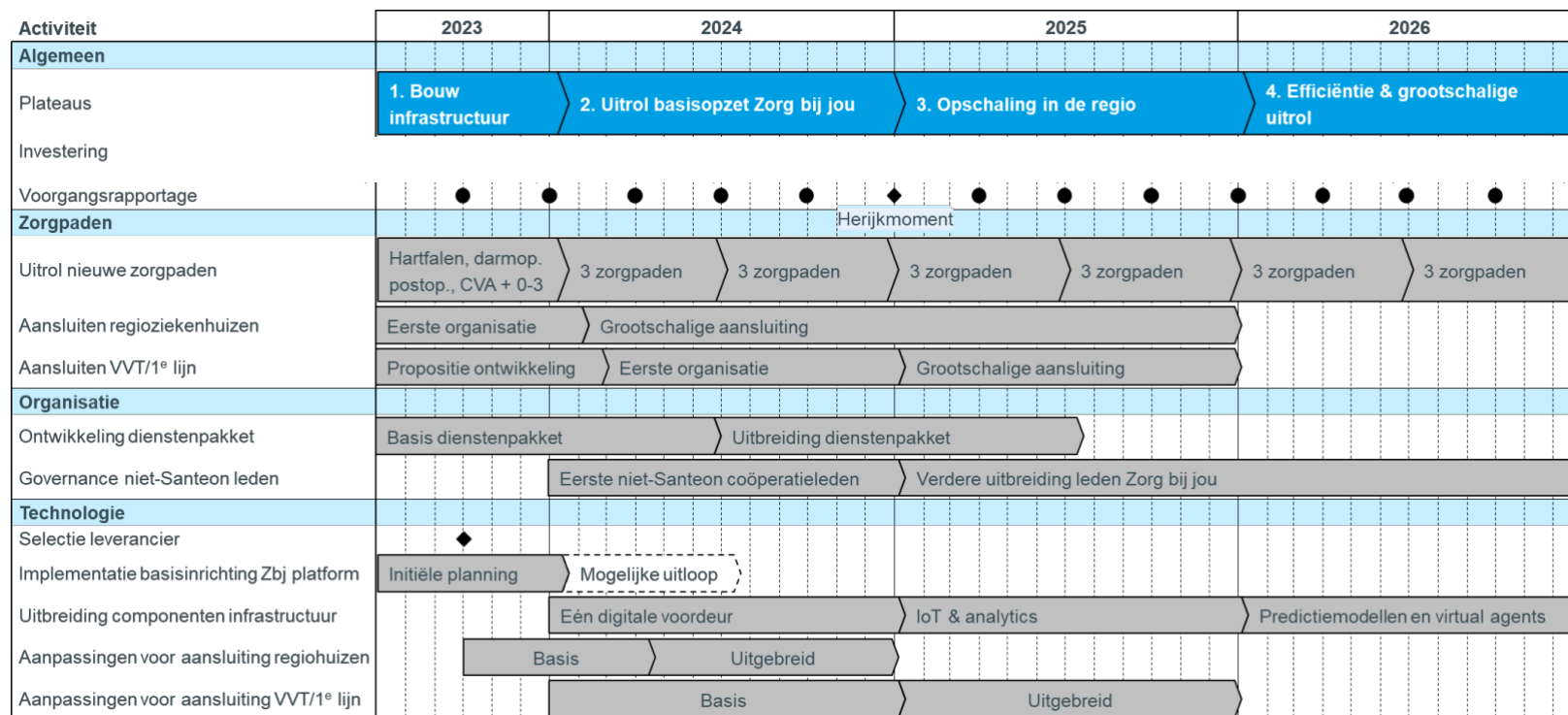
Figuur 29: Snapshots van mogelijke vormgeving van het evaluatie dashboard

8. Plateauplanning

8.1 Algemene planning

Onderstaande plateauplanning geeft inzicht in de verschillende plateau's in de verdere uitrol van Zorg bij jou en de belangrijkste activiteiten per onderwerp: zorgpaden, organisatie en technologie³⁶. De uitrol van Zorg bij jou is opgedeeld in vier plateau's, met ieder een specifieke focus:

1. **Bouw infrastructuur:** Het komende half jaar wordt ingezet op het bouwen van de basis voor de technologische infrastructuur die nodig is voor Zorg bij jou;
2. **Uitrol basisopzet Zorg bij jou:** In 2024 ligt de focus op het inrichten en uitrollen van de basisopzet, zowel in technologie als voor het MSC;
3. **Opschaling in de regio:** Zodra de basisopzet draait geeft dit mogelijkheid om verder op te schalen in de regio in 2025;
4. **Efficiëntie & grootschalige uitrol:** Na 2025 wordt Zorg bij jou grootschalig verder uitgerold, waardoor er ook een efficiëntieslag gemaakt kan worden.



Figuur 30: Plateauplanning Zorg bij jou

³⁶ Het uitgangspunt voor deze plateauplanning is dat de juridische entiteit is gerealiseerd tijdig is gerealiseerd om de activiteiten te starten.

8.2 Detailplanning per plateau

Plateau 1 – Bouw van de technische infrastructuur (1 juli 2023 – 31 december 2023)

Het eerste plateau beslaat een half jaar: dit is ongeveer de benodigde tijd voor het bouwen van de basis van de technologische infrastructuur voor Zorg bij jou. Daarnaast worden de geüniformeerde zorgpaden voor hartfalen, darmoperatie postoperatief en CVA uitgerold. Ook wordt in deze periode de impactrapportage verder uitgebreid tot een compleet overzicht van de gestelde KPI's.

Activiteiten Santeon huizen	Datum	Projectafhankelijkheden	Uitkomst
Activiteiten rondom brede opschaling van digitale/hybride zorg			
Tech: Selectie leverancier	Q3 – Q4 2023	Functionele eisen moeten bekend zijn voor RFI/RFPs uitgezet kunnen worden	Q3 -Q4 2023: Leverancier voor infrastructuur gecontracteerd
Tech: Implementatie	1 oktober – Q2 2024	Techpartner levert niet (op tijd)	Zomer 2024: Werkende basis voor technologie MSC-platform
Organisatie: ontwikkeling basis dienstenpakket	1 juli – zomer 2024	Technologie moet aansluiten op benodigdheden dienstenpakket	Zomer 2024: Goed functionerend basis dienstenpakket
Uitrol nieuwe zorgpaden: Hartfalen, darmoperatie postop., CVA en diabetes type 1 en 0-3 nieuwe zorgpaden	1 juli – 31 december 2023	~16 zorgverleners personen in het MSC - Livegang en animo zorgverleners in de ziekenhuizen	1 januari 2024: 3-6 nieuwe zorgpaden live (resultaat plateau 1) 1 januari 2024: de al bestaande zorgpaden en de nieuwe leiden samen tot geïncludeerde patiënten (resultaat plateau 1)
Activiteiten rondom betaalbaarheid van zorg & behouden en ontzorgen zorgprofessionals			
Veranderkundig: proeftuinen	1 juli – 31 december 2023	Animo van medewerkers	1 januari 2024: Goed overzicht van wat wel/niet werkt uit kleine omgeving om op grotere schaal toe te gaan passen
Veranderkundig: terugblik & vooruit kijken	1 juli – 31 december 2023	Evaluatie data beschikbaar om mee te nemen	1 januari 2024: Regelmatige inzicht in welzijn van zorgverleners en mogelijkheid tot bijsturen waar nodig
Impactanalyse: Impactrapportage	1 juli – 31 december 2023	- Informatie moet beschikbaar zijn - Technische link tussen platforms moet werken	Eind Q3 2023: eerste impactrapportage incl. voortgang t.o.v. BuCa Eind Q4 2023: volgende impactrapportage incl. voortgang t.o.v. BuCa
Impactanalyse: Uitbreiden evaluatie gegevens	1 juli – 31 december 2023	- Evaluatie data moet beschikbaar zijn, bijv. via toegang tot apps - Technische link tussen apps moet werken - Beschikbaarheid capaciteit data-analisten	Eind 2023: uitgebreidere impactanalyse mogelijk
Activiteiten rondom samenwerking in de regio			
Regio: Aansluiting niet-Santeon ziekenhuizen	Begin 2023 – 31 december 2023	Interesse vanuit andere ziekenhuizen moet worden omgezet in aansluiting	1 januari 2024: Minimaal 1 niet-Santeon ziekenhuis is aangesloten bij Zorg bij jou, met een verwacht aantal geïncludeerde patiënten

		• Governance hiervoor moet geregeld zijn	
Regio: Voorbereidend werk aansluiting van VVT/1^e lijn	1 juli 2023 – 31 december 2023	• Transmurale zorgpaden moeten onderdeel zijn van Zorg bij jou • De governance voor aansluiting regio moet worden uitgewerkt • Techniek moet worden ontwikkeld voor aansluiting andere partijen (en mogelijk aanbieden andere services)	1 januari 2024: Duidelijk plan van aanpak voor aansluiten van verschillende typen organisaties uit de regio, met onder andere een concrete propositie voor verschillende organisaties, een overzicht van interesse van deze organisaties, een governance structuur en een plan voor uitrol van de techniek hiervoor

Tabel 5 Detailplanning plateau 1

Plateau 2 – Uitrol basisopzet Zorg bij jou (1 januari 2024 – 31 december 2024)

In 2024 ligt de focus op het inrichten en uitrollen van de basisopzet, zowel wat betreft de technologie als voor het MSC. Zo worden de componenten van de technische infrastructuur uitgebreid en wordt het basis dienstenpakket van het MSC verder uitgerold en opgestart met het uitbreiden hiervan. Ook wordt de basis gelegd voor het volgende plateau (opschaling in de regio), door eerste VVT/1^e lijnsorganisaties aan te sluiten en desgewenst eerste niet-Santeon coöperatieleden toe te laten.

Activiteiten Santeon huizen	Datum	Projectafhankelijkheden	Uitkomst
Activiteiten rondom brede opschaling van digitale/hybride zorg			
Tech: Verder versterken basis infrastructuur MSC	1 januari – juli 2024	• Afhankelijk van hoe snel de uitrol in plateau 1 is gegaan	Juli 2024: goed werkend, geoptimaliseerde basis infrastructuur voor het MSC-component
Tech: Uitbreiding functionaliteiten (één digitale voordeur)	1 juli – 31 december 2024	• Techpartner levert niet (op tijd)	1 januari 2025: Werkend raamwerk voor MSC-platform
Organisatie: uitbreiding dienstenpakket	1 juli 2024 – 1 juli 2025	• Technologie moet aansluiten op behoeftes dienstenpakket	Zomer 2025: Dienstenpakket Zorg bij jou nagenoeg volledig voor msz
Uitrol 6 nieuwe zorgpaden	1 januari – 31 december 2024	• ~54 personen in het MSC • Basis infrastructuur MSC	1 juli 2024: 3 nieuwe zorgpaden live (resultaat plateau 2) 1 januari 2025: 3 nieuwe zorgpaden live (resultaat plateau 2) 1 januari 2025: de al bestaande zorgpaden en de nieuwe leiden samen tot geïncorporeerde patiënten (resultaat plateau 2)
Activiteiten rondom betaalbaarheid van zorg & behouden en ontzorgen zorgprofessionals			
Veranderkundig: meenemen bredere groep zorgverleners	1 januari – 31 december 2024	Draagvlak onder patiënten, medewerkers	1 januari 2025: Kennis, kunde en enthousiasme over Zorg bij jou bij brede groep zorgverleners
Impactanalyse: Bijsturen op basis van impactrapportage	1 juli – december 2024	• Data moet beschikbaar zijn	Heel 2024: de mogelijkheid om in te zien hoe de resultaten van Zorg bij jou zich verhouden tot de gestelde KPIs en bij te sturen waar nodig
Activiteiten rondom samenwerking in de regio			

Regio: Opschaling aansluiting niet-Santeon ziekenhuizen	1 januari– 31 december 2024	• Interesse vanuit andere ziekenhuizen moet worden omgezet in aansluiting • Governance hiervoor moet geregeld zijn • Technologie moet bestand zijn tegen grootschalige aansluiting	1 januari 2025: Meerdere niet-Santeon ziekenhuizen zijn aangesloten bij Zorg bij jou, en minimaal 1 partij die ook coöperatie lid wordt. Deze aansluitingen leden naar verwachting tot geïncorporeerde patiënten
Regio: Aansluiting van VVT/1^e lijn	1 januari– 31 december 2024	• Transmurale zorgpaden moeten live zijn • Governance hiervoor moet geregeld zijn	1 januari 2025: Minimaal 1 VVT/1 ^e lijnorganisatie is aangesloten bij Zorg bij jou

Tabel 6 Detailplanning plateau 2

Plateau 3 – Opschaling in de regio (1 januari 2025 – 31 december 2025)

Zodra de basisopzet draait geeft dit mogelijkheid om verder op te schalen in de regio in 2025. Zo kunnen andere ziekenhuizen worden aangesloten op Zorg bij jou. Ook wordt de aansluiting van VVT en 1^e lijn verder opgeschaald. Om dit te kunnen doen wordt dit jaar ook het dienstenpakket en de componenten van de technische infrastructuur verder uitgebreid. Ook is dit een goed moment voor een mogelijke herijking, omdat het dan concreet en duidelijk zal worden of de huidige schattingen van kosten en resultaten accuraat zijn. Indien nodig worden hier in samenspraak met de zorgverzekeraars aanpassingen in gedaan.

Plateau 4 – Efficiëntie & grootschalige uitrol (1 januari 2026 – 31 december 2026)

Indien de voorgaande plateau's succesvol zijn afgerond wordt Zorg bij jou na 2025 grootschalig verder uitgerold. Zowel inclusie van Santeon-ziekenhuizen als daarbuiten gaat omhoog. Dit is ook naar verwachting het moment dat het MSC zowel op technisch als organisatorisch vlak goed draait, waardoor ook daar een efficiëntie slag gemaakt kan worden. Daarnaast is Zorg bij jou dan ook op een schaal die tot extra efficiëntie leidt. Daarnaast is dit de periode waarin verder nagedacht zal worden over uitbreiding van Zorg bij jou buiten de curatieve zorg, om de mogelijkheden in het bredere sociale domein te onderzoeken.

9. Projectrisico's en mitigatie

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste risico's met betrekking tot de uitrol van Zorg bij jou komende jaren, ingedeeld in een aantal categorieën (zie Tabel 7).

Het uitvoeren van risicomanagement is belegd bij het programmamanagement van Zorg bij jou. Dit geldt voor de totale periode van het programma (t/m 2026). Indien een risico oplosbaar is binnen een lokale implementatie is het lokale implementatieteam de eigenaar met escalatie naar de lokale stuurgroep. Indien het lokale implementatieteam niet in staat is binnen de lokale setting tot een risico mitigatie te komen of behoefte heeft aan programma brede ondersteuning wordt het risico overgenomen door het programma. Daar wordt het risicomanagement van het programma gevolgd. Het eigenaarschap van het risico wordt vervolgens belegd bij respectievelijk de werkstromen, technische teams, zorgpaden of er wordt ad hoc ondersteuning geregeld (volgens het governance model).

De programmadirecteur	Het programmabureau	De risico-eigenaar:
• Stelt de risicomanagement-strategie op onderhoudt deze; • Wijst risico-eigenaren en – belanghebbenden toe; • Beoordeelt en draagt zorg voor acceptatie van de risico's die buiten de toleranties of drempels vallen; • Rapporteert en escaleert risico's tot en met stuurgroepniveau; • Bevordert een risicobewuste cultuur binnen het programma.	• Ondersteunt en faciliteert de risicobeheersing, bijvoorbeeld met het organiseren en documenteren van risico mitigerende sessies; • Actualiseert het risicoregisters en –rapporten; • Analyseert en evalueert risico's; • Bewaakt de voortgang en effectiviteit van de risicobehandeling; • Adviseert over risicomanagement.	• Is verantwoordelijk is voor een specifiek risico binnen het programma; • Is verantwoordelijk voor het identificeren, analyseren, definiëren (zelf of met hulp) van beheersmaatregelen, behandelen en evalueren van het risico; • Rapporteert over de status van het risico naar belanghebbenden; • Escaleert het risico indien van toepassing.

Tabel 7 Verantwoordelijkheden met betrekking tot risico's per rol

Escalatie van risico's:

De interne stuurgroep behandelt risico's en beheersmaatregelen die potentieel leiden tot:

- Vertraging van het programma.
- Nader te bepalen.

De gezamenlijke stuurgroep behandelt risico's die potentieel leiden tot:

- Vertraging in de gestelde doelen per tijdseenheid.
- Overschrijding van budget.
- Uitbetaling van IZA gelden.

Beheersmaatregelen worden altijd getoetst door ontwerp autoriteit, patiënt participatie en/of financiën afhankelijk van de aard van het risico en beheersmaatregel.

Categorie	Omschrijving	Mitigatie
Juridisch	Uitwisselen patiëntgegevens voldoet niet de aan de AVG	Bij het ontwerp zijn FG's en CISO's betrokken t.b.v. de borging van security en privacy by design
	Wet- en regelgeving verandert tijdens het project	Impact van voorgenomen wet- en regelgeving analyseren en hierop waar nodig anticiperen
	Het geheel voldoet niet aan de wettelijke eisen die worden gesteld aan thuismonitoringsdiensten	Een multidisciplinair samengestelde werkgroep toetst de compliance op wet- en regelgeving

		(o.a. IGJ toetsingskader 'Thuismonitoring volwassenen thuis').
	In een enkel ziekenhuis wordt geen bestuurlijke goedkeuring verkregen	Onderzoeken onder welke voorwaarden door de andere ziekenhuizen (al vast) kan worden gestart.
	Het besluitvormingsproces in een aantal ziekenhuizen loopt uit	Onderzoeken onder welke voorwaarden door de andere ziekenhuizen al vast kan worden gestart.
	De interne gremia – zoals OR, Cliëntenraad etc. – zijn niet tijdig of niet op de goede wijze betrokken.	In het proces informeel meenemen alvorens adviesaanvraag wordt ingediend, en snel en adequaat vragen van de gremia beantwoorden.
Zorg	Zorgpad aanpassingen worden niet of niet snel genoeg doorgevoerd vanwege drempelvrees en te hoge snelheid om de hele vakgroep mee te nemen. Resultaat lagere inclusie of oud en nieuw zorgpad naast elkaar.	Vertrouwen en groei/leer tijd incalculeren om zorgverleners mee te nemen. Goed beleggen bij de vakgroepen en managementlijnen. Belangrijke rol stuurgroepleden
	Zorgverleners voelen drempelvrees om zorg aan MSC over te dragen.	Gefaseerd starten. Eventueel eerst zonder MSC of enkele huizen een proeftuin laten draaien.
	Te weinig focus op zorginhoud en patiënt ervaring vanwege focus op snelheid en kostenreductie (KPI's). Kans op verliezen snelheid en enthousiasme zorgverleners.	De kwaliteit van de zorg en patiënt en ontlasting van de zorgverlener ervaring centraal stellen. Hierbij moet de focus liggen op capaciteitsvergroting/ ruimte maken voor zorgverlener om de toegankelijkheid van zorg voor de toekomst te kunnen garanderen.
	Zorgverleners SB delen niet tijdig hun lokale zorgpaden en/of blijken toch minder enthousiast te zijn voor SB samenwerken.	Mitigeren door kopie-paste en kernteam het grootste deel van het voorwerk te laten doen
	MSC-medewerkers, en/of zorgverleners willen kunnen inloggen in EPD.	Zo snel mogelijk ervaring opdoen met huidige paden. Wat zijn de hulpvragen achter de rode vlaggen, hoe vaak is het daarbij nodig het EPD in te zien.
	Onvoldoende mandaat van de medical lead, implementatiemanagers en projectleiders om in de huizen om de zorgprocessen vakgroep breed te implementeren.	Lokale key figures (tijdig) identificeren om die te kunnen onboarden.
	Implementatie leidt tot minder goede klinische uitkomsten en/of minder tevredenheid bij patiënten	Betrekken ervaringsdeskundigen en patiëntenverenigingen bij de betreffende zorgpaden. Daarnaast monitoring uitkomsten en tevredenheid.
Techniek-operatie	Operationele wijzigingen in bedrijfsprocessen	Beleggen in een beheerproces zodat alle betrokkenen tijdig worden meegenomen, dus ook tijdig de techniek werkstroom meenemen bij verwachte wijzigingen in functionaliteiten c.q dienstverlening van het MSC

	Techpartners leveren onvoldoende c.q. niet op tijd, gaan failliet of worden overgenomen	Zorgvuldige screening van techpartners vooraf en in de SLA (contracten) duidelijke afspraken maken
	Tech partners (o.a. EPD leveranciers) stellen data access (lezen én schrijven) niet beschikbaar voor Zorg bij jou.	Volledige eigen data laag creëren bovenop de data uit leveranciersoplossingen Escalatie: Tot op de hoogste niveaus escaleren in lijn met de parlementaire koers om patiëntdata toegankelijk te maken ihkv interoperabiliteit systemen in de zorgsector en wetgeving Wegiz
	Te weinig kennis beschikbaar	Waar nodig deze tijdelijk extern inhuren
	Juiste informatie lastig te raadplegen tussen ziekenhuizen wat onderlinge monitoring lastig maakt	Informatiebronnen c.q. (delen) van het EPD ontsluiten om onderlinge dienstverlening mogelijk te maken
	Ontwerp heeft fouten, toont kinderziektes	Door vanuit de MVP-fase en modulaire opbouw fouten tijdig signaleren en verhelpen
	Het niet tijdig verkrijgen van lokale protocollen (informatieverzameling)	Zo snel mogelijk (week 1) lokale protocollen Santeon ZH en meetwaarden /afkappunten vanuit tech-app leveranciers verkrijgen
(Programma) organisatie	Eén of meerdere Santeon ziekenhuizen besluiten uit te stappen, wat consequenties kan hebben voor de (positieve) business case	Door voortdurende aandacht voor het (besluitvormings-)proces en lokale impact vanuit de ingerichte Governance (paragraaf 4.3.) kan dit worden voorkomen. En onderzoeken onder welke voorwaarden door de andere ziekenhuizen (al vast) kan worden gestart.
	Onvoldoende mandaat voor de programmadirecteur Zorg bij jou	Mandateren vanuit de Santeon ziekenhuizen om de taken en verantwoordelijkheden voor de realisatie van Zorg bij jou te kunnen uitvoeren
	Verandering in het management of processen waar de projectteams zich op moeten aanpassen	Tijdig anticiperen op aanstaande veranderingen en daarmee de gevolgen van de wijziging beperken
	Participerende medewerkers uit de huizen en Santeon kunnen onvoldoende vrijgemaakt worden voor de gevraagde taken en snelheid in de aankomende fase	Verschillende opties: 1) prioritering vragen op stuurgroepniveau 2) externe medewerkers inhuren 3) planning aanpassen (meer doorlooptijd)
	De MSCs zullen moeten opschalen om capaciteit van de overige huizen over te kunnen nemen, risico bestaat dat deze FTE's niet (tijdig) gevonden kunnen worden (schaarste arbeidsmarkt)	Zo snel mogelijk in kaart brengen wat verwachte volumes zullen zijn (van zowel Santeon huizen als geïnteresseerde regioziekenhuizen). En Santeon huizen duidelijk prioriteren boven de rest zoals hierboven beschreven. Het maken van heldere contractafspraken met alle zorgaanbieders over beschikbaarheid van thuismonitoring.
	Betrokken stakeholders steunen het programma niet (genoeg)	Vanuit de ingerichte Governance (paragraaf 4.3.) dit voorkomen
Veranderkundig	Toekomstige gebruikers van het MSC worden onvoldoende betrokken bij het traject	Door in de lokale implementatieteams periodiek te evalueren kan waar nodig tijdig worden bijgestuurd

	Verschil in ervaring hybride/digitale zorgverlening Santeon ziekenhuizen. Tempo te volgen voor ziekenhuizen die minder ver zijn	Vanuit de verbetercycli die de Santeon ziekenhuizen op aandoeningenniveau draaien is ervaring met zgn. 'koploper-ziekenhuizen' en hoe andere Santeon ziekenhuizen te laten leren en te participeren ('bij elkaar in de keuken kijken')
Tijdig halen van de doelen / tijdnoed	Oplevering van de deliverables in het project duren langer dan verwacht. Dit kan gevolgen hebben voor het budget en vertraging in de planning door de onderlinge afhankelijkheden	Speelruimte inbouwen. Gebruik van de dynamische planningstool / mijlpalen-planning geeft inzicht in de afhankelijkheden en consequenties waardoor tijdig kan worden bijgestuurd
	Planning tranches is gebaseerd op huidige verwachtingen en doelen, deze kunnen anders uitvallen	Goed afspreken wat inspannings- en resultaatverplichting heeft en planning en hoogte van tranches in de tijd heroverwegen
Financieel	Kosten voor realisatie van het Patiëntmonitoring en Coördinatie Centrum (MSC) vallen hoger uit dan begroot	Regelmatige controles op de kostenontwikkeling en maatregelen nemen bij dreigende budget-Overschrijding
	Niet tijdig voldoen aan de resultaat- en/of inspanningsverplichting voor de uitbetaling van de transformatiegelden in tranches	Voortdurende monitoring van de prestaties en tijdig overleg met de zorgverzekeraars bij dreigende onvoldoende realisatie van de overeengekomen verplichtingen. Zo mogelijk met bevoorschotting en/of nacalculatie werken
	Het niet behalen van aannames omtrent impact en kosten uit de business case	Constante monitoring van aannames
Performance	De verwachte aansluiting met regionale aanbieders vindt niet plaats	Zorg bij jou als aantrekkelijk alternatief in de markt blijven zetten
	De markt ontwikkelt goedkopere alternatieven voor Zorg bij jou (concurrentie)	Door middel van marktscan concurrentiële ontwikkelingen volgen en marktconform blijven opereren
	De Santeon huizen zien in de regio veel digitaliseringsinitiatieven. Risico's hierbij zijn dat er veel sub-schaal initiatieven ontstaan, en samenwerking in de regio wordt bemoeilijkt door initiatieven die niet met elkaar kunnen verbinden (conflicterende initiatieven in de regio's)	Om deze uitdagingen te mitigeren ambieert Zorg bij jou snel aansluiting te zoeken in de regio, en de propositie daarom in een vroeg stadium aantrekkelijk en geschikt te maken voor regioziekenhuizen en andere zorgaanbieders.
Politieke verhoudingen	Tussentijdse wijzigingen in het IZA-akkoord c.q. kaders	Consequenties hiervan bespreken met de zorgverzekeraars
	Betrokken zorgverzekeraars nemen geen (tijdig) en/of unaniem besluit	Vanuit het gesloten partnership en afgesproken governance dit voorkomen en vanuit gelijkgerichtheid blijven handelen
	Deelnemers in de gezamenlijke Stuurgroep en het Bestuurlijk Overleg hebben tegengestelde belangen	In de Governance afspreken op welke wijze dan besluitvorming plaatsvindt

	De honoreringssystematiek c.q. het interne verdeelmodel kan de inzet van telezorg belemmeren. (Ontbreken gelijkgerichtheid met de MSB's)	De afspraken met de MSB's tijdig herijken op hybride-zorgverlening. Binnen de desbetreffende Santeon ziekenhuizen afspraken maken met de MSB's over de transformatie naar hybride zorg/ Zorg bij jou. Zo mogelijk kan de Handreiking 'Gelijkgerichtheid' i.o. van de NVZ en FMS hierbij ondersteunend zijn.
Communicatie	Te veel negatieve publiciteit, onvoldoende informatie over het project in de Santeon ziekenhuizen. Belangrijke beslissers steunen het programma niet goed (genoeg) in het eigen ziekenhuis	Door periodieke nieuwsbrieven, webinars en Zorg bij jou een structureel agendapunt te laten zijn in de maandelijkse Santeon CEO- en CFO-board vergaderingen

Tabel 8 Overzicht risico's en mitigerende maatregelen

Appendix

Appendix A – Uitgebreide uitkomsten reflectie op MVP-stap 1

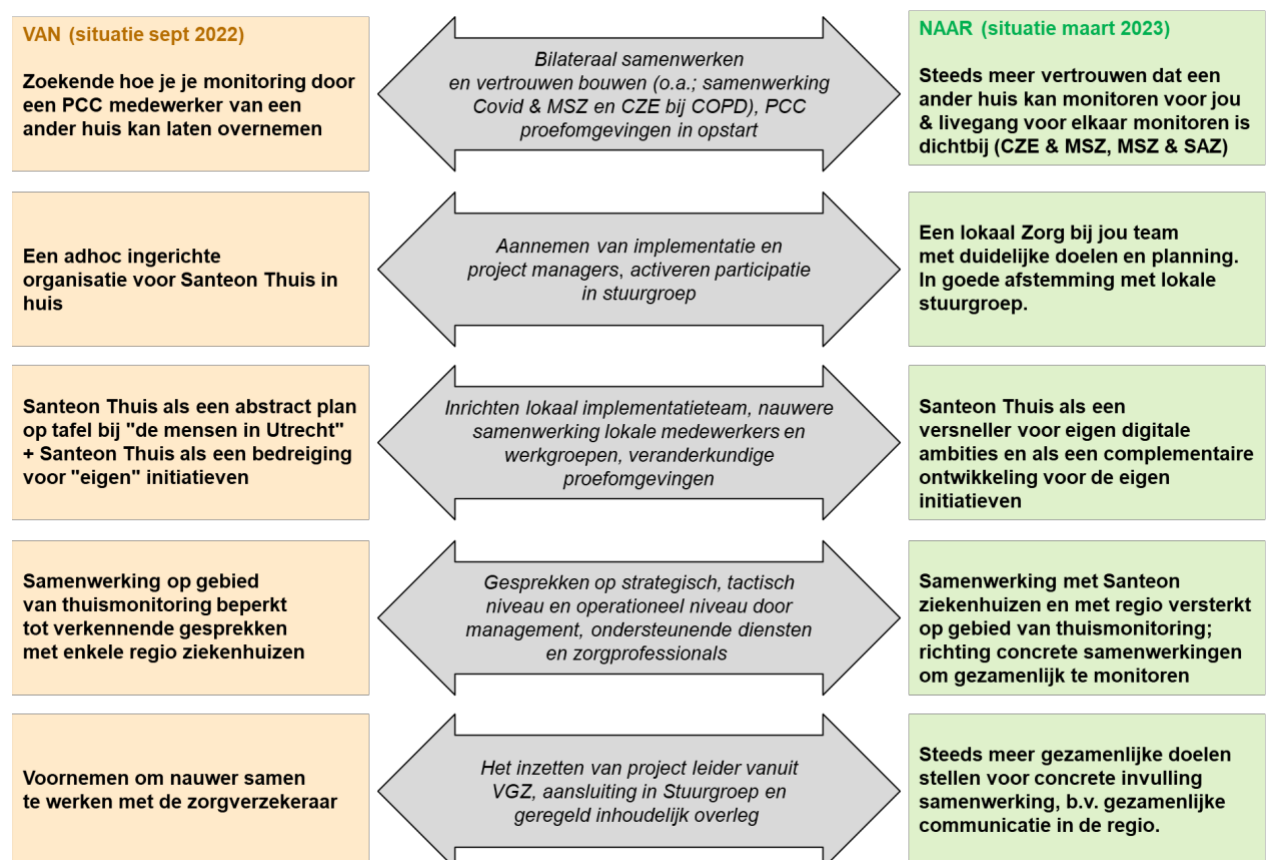
A.1 Reflectie vanuit de implementatiemanagers

Begin maart 2023 is er een eerste evaluatie van het MVP gedaan op de werkvloer

Om zicht te krijgen op de ervaringen op de werkvloer na de uitrol van het MVP, is begin maart een evaluatie uitgevoerd door de implementatiemanagers in samenwerking met de veranderkundige van het programma. Hiervoor zijn onder andere de van/naar/via interventie uit de adoptie toolbox gebruikt, en is in ieder ziekenhuis een zogenoemde retrospectieve uitgevoerd over de periode September '22 – Maart '23. In deze retrospectieve zijn de implementatiemanagers in gesprek gegaan met zoveel mogelijk betrokkenen bij de uitrol van Zorg bij jou (projectleiders, zorgverleners en bedrijfskundig managers) over wat er goed is gegaan, tegen welke problemen ze aangelopen zijn en wat er in de toekomst anders kan/moet. Dit is de eerste keer dat een dergelijke evaluatie is gedaan. Het is relatief kleinschalig opgezet, en er zijn verschillende methoden (combinaties van online vragenlijsten, koffiegesprekken, groepssessie) gebruikt om te kijken wat het beste werkt.

Uit deze evaluatie blijkt dat er grote stappen zijn gezet in de afgelopen 6 maanden

In is samengevat welke vooruitgang er is geboekt in de uitrol van Zorg bij jou: wat was het startpunt ('van') en waar staat het nu ('naar'), en wat was de route naar deze vooruitgang ('via'). De bereikte vooruitgang in welke aandoeeningen nu live zijn is niet meegenomen hierin. Dit overzicht geeft in grote lijnen de uitkomsten weer, maar er zijn natuurlijk verschillen in de mate waarin ieder individueel element van toepassing is op de situatie in een specifiek ziekenhuis.



Figuur 31 Samenvatting van/naar/via voor Zorg bij jou in de periode September '22 – Maart '23. NB Santeon Thuis was een werktitel voor het tegenwoordige Zorg bij jou.

Over het algemeen valt het op dat er relatief grote verschillen zijn tussen de ziekenhuizen in waar zij staan in het veranderproces, dit is ook terug te zien in bijvoorbeeld de inclusiecijfers. Sommige ziekenhuizen hadden al verschillende digitaliseringstrajecten lopen, waar de uitrol van Zorg bij jou goed op aansluit. Voor andere ziekenhuizen is Zorg bij jou het eerste initiatief en moet men van scratch beginnen.

Ook komt naar voren dat de ziekenhuizen elkaar steeds beter weten te vinden en veel van elkaar leren

Uit de retrospective komt naar voren dat er een aantal dingen heel erg goed gegaan zijn de afgelopen periode:

- **Veel enthousiasme en energie bij de kernteams en de direct betrokkenen:** De energie, motivatie en eigenaarschap van de projectleden en direct betrokken zorgprofessionals wordt genoemd als een belangrijke drijfveer achter de behaalde resultaten.
- **Samenwerking/kennisdeling tussen de verschillende ziekenhuizen:** De lijntjes tussen de verschillende huizen zijn kort er samenwerking wordt actief opgezocht. Er wordt meer bereikt doordat de reeds opgedane kennis en ervaring in specifieke ziekenhuizen bij andere huizen ingezet kan worden. Wel hebben we het gevoel dat we nog kunnen groeien in het toepassen van elkaars kennis en ervaring. Best practices of goede voorbeelden zijn nog te weinig 'zichtbaar' zijn en in vertrouwen overnemen is nog groeiende.
- **Behalen van klinisch resultaat:** Bestaande protocollen zijn verbeterd en protocollen zijn geüniformeerd, daarnaast zijn er pilots gedraaid.
- **Lokale organisatie krijgt steeds meer handen en voeten:** Er zijn proefomgevingen opgezet om snel te leren hoe we ervaren obstakels kunnen wegnemen of kansen in de verandering kunnen benutten. In een soort 'pressure cooker' ontdekken wat wel en niet werkt en daarna dit groter maken en wijder verspreiden. Er worden ook stappen gezet om steeds meer agile te gaan werken.

Ook komen er een aantal valkuilen naar voren uit de gesprekken die voor het vervolgtraject geadresseerd moeten worden ('lessons learned')

Het proces tot nu toe is een leerproces geweest en maakt duidelijk dat er een aantal valkuilen zijn die in het vervolgtraject geadresseerd zullen worden:

- **Programma organisatie en communicatie kan effectiever:** Er wordt nu veel tijd besteed aan overleg met grote groepen met beperkte directe uitkomsten, terwijl de lokale organisatie regelmatig op ad-hoc basis geconfronteerd met complexe vragen en zeer krappe deadlines voor reactie. Een agile manier van werken kan zorgen voor meer efficiëntie en effectiviteit, door de focus te verschuiven van continu afstemmen naar met elkaar opleveren. Er wordt momenteel gewerkt aan een dynamische mijlpalenplanning van programma en implementaties in huizen, zodat tijdslijnen, deadlines afhankelijkheden tijdig bij de juiste mensen bekend zijn.
- **Stroomlijnen van het lokale plan van aanpak:** Er moet een eenduidig herhaalbaar plan van aanpak komen, met duidelijke opdrachten, planning, informatievoorziening en mandaat. Hier hoort bij dat er een duidelijke visie wordt ontwikkeld wat op Santeon-niveau en wat op lokaal niveau moet worden geregeld.
- **Adresseren impact van wet van de remmende voorsprong:** Er moet een balans gevonden worden tussen samenwerken, gezamenlijke planning, doelen aan de ene kant en het kunnen volgen van het eigen tempo om de gewenste lokale impact te bewerkstelligen. In het MVP is gebleken dat door de wet van de remmende voorsprong sommige huizen beperkte impact hebben bereikt door de vergevorderde startpositie.³⁷ Terwijl de huizen met nog wat minder ervaring soms moeite hadden het tempo bij te benen, maar nu steeds meer ervaring krijgen.
- **Focus op verandering:** Nu de eerste stappen gezet zijn in de uitrol van Zorg bij jou is het belangrijk om ook de focus te gaan leggen op daadwerkelijke verandering. Dus hoe begeleiden wij als MSC en zorgverleners thuismonitoring patiënten zodanig dat hun zelfmanagement verhoogd en hun zorgvraag echt verminderd en hoe vervangen en bouwen we de zorg in ziekenhuis af. De veranderaanpak moet onderdeel worden van het plan van aanpak en eigenaarschap moet gecreëerd gaan worden bij lokaal management. Momenteel blijft de daadwerkelijke vervanging van zorg in het ziekenhuis uit terwijl de inclusie wel omhooggaat. Dus van nieuwe technologie plus oude organisatie naar nieuwe technologie EN nieuwe organisatie.
- **Meenemen van de bredere groep zorgpersoneel:** Het is belangrijk om de rest van de organisatie die (nog) niet direct betrokken is bij Zorg bij jou mee te nemen in het implementatieproces. Er zijn verschillende initiatieven om dit te bewerkstelligen.

³⁷ De al opgestarte proefomgevingen zijn een manier om tegemoet te komen aan het tempo van individuele ziekenhuizen.

A.2 Organisatie

Zorg bij jou bouwt voort op de ervaring binnen de afzonderlijke Santeon huizen en de opgedane kennis, uitgedachte structuren en strategieën en voorzichtige eerste ervaringen met gezamenlijke monitoring. Deze ‘Lessons learned’ zijn leidend geweest in de conceptuele vormgeving van de Zorg bij jou MSC-organisatie:

Veranderkundige opgave

- Het leveren van digitale zorg betreft een grote verandering, waar een **geleidelijk groeimodel** voor noodzakelijk is om vertrouwen en ervaring geleidelijk op te bouwen.
- Het uit handen geven van monitoring wordt enkel omarmt als er **voldoende vertrouwen** is tussen de ziekenhuizen maar ook vanuit de ziekenhuizen in de monitoringsplatformen.
- Digitale zorg is een ICT-verandering maar de inbedding in de werkprocessen is een **veranderkundige** opgave die zeer beperkt met ICT te maken heeft.
- **Afspraken** rondom welke medewerker welke taken uitvoert en wanneer er overgedragen wordt naar een zorgverlener zijn **belangrijk voor vertrouwen** in het MSC als monitoringscentrum.
- Laten **ervaren van het monitoren** op afstand **helpt om vertrouwen** te krijgen.

ICT

- Inbedding in de **lokale (ICT)systemen en werkprocessen** zal **onder druk** komen te staan, er zal een proces ingericht moeten worden dat voor elk huis een verbetering is.

Inrichting thuismonitoringscentra

- Het vertrouwen groeit voor poliklinische patiënten, de patiënten met hogere zorgzwaartes worden slechts beperkt via deze methodieken bediend. **Geen van de huizen heeft ervaring opgedaan met 24/7 monitoring** maar de **behoefte/wens is daar** binnen elk van de huizen. Met grotere (gezamenlijke) patiënten aantallen zal deze dienstverlening eerder bereikt worden en de druk op de lokale zorgverleners verlicht.
- Er bestaan **grote verschillen** in de **inrichting van thuismonitoringcentra** zowel binnen Santeon als daarbuiten; zo zijn er verschillen in de medische achtergrond van thuismonitoringsmedewerkers wat in grote mate beïnvloed welke activiteiten een thuismonitoringscentrum kan/mag uitvoeren. Maar ook welke taakdifferentiatie gehanteerd wordt: wel of niet aanmelden van patiënten en het beantwoorden van administratieve vragen. Strak beleid en inrichting kunnen voor efficiëntie zorgen.
- Het is waardevol om **best practices** te delen en te gebruiken zowel binnen als buiten Santeon.

MSC-medewerkers

- De functie van **monitoringsverpleegkundige** wordt als een administratieve functie beleefd door de medewerkers van lokale huizen, terwijl na een dag meelopen of inzage in de werkzaamheden blijft het een **dynamische functie** te zijn met veel klinisch werk en patiëntencontact.
- Veel zorgprofessionals vinden de **combinatie van digitaal werken en werk op de vloer** ideaal, en is voor **re-integranten** een mooie manier om werk in de zorg weer op te starten

Appendix B – Toegevoegde waarde volgens de quadruple aim



Tevreden patiënten

Zorg bij jou heeft op de volgende punten toegevoegde waarde voor de patiënt:

- De juiste zorg op de juiste plek én op het juiste moment
- De patiënt heeft 24/7 toegang tot zorg
- Patiënt en mantelzorger hoeft niet onnodig naar het ziekenhuis
- De patiënt kan met een veilig gevoel herstellen in de eigen vertrouwde omgeving
- Eerdere betrokkenheid van zowel patiënt als zorgprofessional
- Snellere mogelijkheid tot ontslag uit het ziekenhuis door thuismonitoring
- Hogere zorgkwaliteit, o.a. door een nationaal uniform zorgpad
- Betere informatievoorziening en daarbij minder onduidelijkheden en onzekerheid

- Inhoudelijke betrokkenheid bij de zorg en regie in beslissingen
- Minder acute opnames omdat constante monitoring en coaching het risico op escalatie vermindert



Tevreden zorgverleners

Zorg bij jou heeft op de volgende punten toegevoegde waarde voor de zorgverlener:

- Zorgverleners hebben meer tijd voor de patiënten op het moment dat ze dat het meest nodig hebben
- Meer werkplezier door inzet op die plek in het zorgpad waar de zorgverlener van meeste toegevoegde waarde is
- Meer betrokkenheid door completere informatie op het juiste moment
- Minder werkbelasting rondom de digitale patiëntgroep
- Zorgverleners worden ontzorgd en er is een afname van de werkdruk door de inzet van een centraal Patiëntmonitoring en Coördinatie Centrum (MSC)
- Geen routinecontroles meer op het verkeerde moment



Betaalbare zorg

Digitale zorg ondersteund door een digitaal platform heeft op de volgende punten toegevoegde waarde voor de maatschappij via betaalbare zorg:

- Efficiënte en flexibele inzet van zorgprofessionals wat leidt tot verhoogde capaciteit en betaalbaarheid van de zorg
- Verhoogde capaciteit van de zorg door een efficiënte en flexibele inzet van zorg professionals
- Een vervroegde probleemherkenning en preventie van ziekte escalatie



Gezonde populatie

Digitale zorg ondersteund door een digitaal platform heeft op de volgende punten toegevoegde waarde voor de maatschappij via een gezonde populatie:

- Het verbeteren en borgen van de toegankelijkheid van zorg door een 24/7 digitale voordeur
- Het verbeteren van begeleiding van patiënten in hun dagelijkse omgang met de ziekte
- Een nationaal uniform zorgpad, dat de kwaliteit van de zorg gelijktrekt en borgt
- Het mogelijk maken van een tijdige behandeling op het juiste moment
- Zorg bij jou is de basis voor data uitwisseling en grootschalige data verzameling. Dit kan leiden tot gerichte inzichten door in zorg en onderzoek door verbeterde data analytics

Appendix – Afkortingen

MVP	Minimum Viable Product
SoW	Statement of Work
VBHC	Value Based Health Care
MSC	Medisch servicecentrum
IZA	Integraal zorgakkoord
PGO	Persoonlijke gezondheidsomgeving
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
KPI	Kritieke prestatie indicator / Key performance indicator