



Zorginstituut Nederland

# Plan van aanpak Monitor doelgroepen IZA

Definitief | 21 september 2023

| Van goede zorg verzekerd |



# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1	Achtergrond	6
1.2	Doel en randvoorwaarden	6
1.3	Verwachtingenmanagement	8
1.4	Aanpak en tijdslijn	9
1.5	Leeswijzer	10
<b>2</b>	<b>Doelgroep Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden</b>	<b>11</b>
2.1	Introductie	11
2.2	Indicatoren versie 1	12
2.2.1	Prevalentiecijfers doelgroep	12
2.2.2	Outcome-indicatoren	12
2.3	Werkagenda / Volgende versies	14
2.3.1	Prevalentiecijfers doelgroep	14
2.3.2	Outcome-indicatoren	14
<b>3</b>	<b>Doelgroep Mensen met psychische problematiek</b>	<b>17</b>
3.1	Introductie	17
3.2	Indicatoren versie 1	17
3.2.1	Prevalentiecijfers doelgroep	17
3.2.2	Outcome-indicatoren	18
3.3	Werkagenda / Volgende versies	20
3.3.1	Prevalentiecijfers doelgroep	20
3.3.2	Outcome-indicatoren	20
<b>4</b>	<b>Doelgroep Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten</b>	<b>22</b>
4.1	Introductie	22
4.2	Indicatoren versie 1	22
4.2.1	Prevalentiecijfers doelgroep	22
4.2.2	Outcome-indicatoren	23
4.3	Werkagenda / Volgende versies	24
4.3.1	Outcome-indicatoren	24
<b>5</b>	<b>Doelgroep Mensen met (risico op) kanker</b>	<b>26</b>
5.1	Introductie	26
5.2	Indicatoren versie 1	26
5.2.1	Prevalentiecijfers doelgroep	26
5.2.2	Outcome-indicatoren	27
5.3	Werkagenda / Latere versies	29
5.3.1	Prevalentiecijfers doelgroep	29
5.3.2	Outcome-indicatoren	29

<b>6</b>	<b>Doelgroep Ouderen met een kwetsbare gezondheid</b>	<b>32</b>
6.1	Introductie	32
6.2	Indicatoren versie 1	32
6.2.1	Prevalentiecijfers doelgroep	32
6.2.2	Outcome-indicatoren	33
6.3	Werkagenda/Volgende versies	34
6.3.1	Outcome-indicatoren	34
<b>7</b>	<b>Financiering</b>	<b>36</b>
<b>8</b>	<b>Betrokken partijen</b>	<b>37</b>
	<b>Colofon</b>	<b>39</b>

# Samenvatting

De eerste versie van de outcome-monitor voor het IZA gaat eind 2023 online gepubliceerd worden op Regiobeeld.nl. Daarna zal deze nog een aantal keren geüpdatet worden naar een nieuwe versie met extra indicatoren. Het hoofddoel van de outcome-monitor is te volgen wat de effecten zijn van alle inspanningen op de gezondheid van mensen en de financiële en personele houdbaarheid van het zorgsysteem op de (middel)lange termijn. In lijn met de keuzes van het IZA (Bijlage L) is de monitor is opgebouwd uit vijf doelgroepen: mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met psychische problematiek, mensen met (risico op) hart- en vaatziekten, mensen met (risico op) kanker en ouderen met een kwetsbare gezondheid. Voor elk van deze doelgroep worden een klein aantal indicatoren gekozen die een beeld geven van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor die populatie. Hiermee kunnen het Bestuurlijk Overleg IZA en gebruikers in het veld in beeld houden hoe de zorg ervoor staat en of we op de (middel)lange termijn de goede kant op bewegen.

Voor elke doelgroep zijn er één of twee indicatoren die iets zeggen over de prevalentie en incidentie. Daarnaast heeft elke doelgroep een aantal kwaliteits- en toegankelijkheidsindicatoren. Tevens is er voor elke doelgroep een werkagenda opgesteld met indicatoren die mogelijk relevant kunnen zijn, maar waar meer tijd voor nodig is om uit te zoeken hoe we dit gaan meten.

# Inleiding

## 1.1 Achtergrond

De pijlers van de zorg in Nederland staan onder druk. Het gaat hier om de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Daarnaast staat er druk op personeel, een duurzame inzet van geld, zorgmedewerkers en grondstoffen. Deze uitdagingen hebben geleid tot het opstellen en tekenen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) in september 2022.<sup>1</sup> 15 partijen<sup>2</sup> hebben hierin afgesproken samen te werken aan gezonde en toekomstbestendige zorg. Met de afspraken in het IZA willen de ondertekenaars invulling geven aan de ambitie en opgaven om te werken aan een toekomstbestendig zorgstelsel. De focus van het akkoord ligt op de zorg die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Hierbij worden waar relevant ook betrokken: de langdurige zorg, sociaal domein, en inzet op publieke gezondheid.

Het is essentieel om dit akkoord te monitoren. Alleen dan is het mogelijk om goed in beeld te hebben hoe de zorg er voor staat, om bij te sturen waar mogelijk en voor de lange termijn ook in beeld te houden in hoeverre de ambities van het IZA (maar ook andere akkoorden) gerealiseerd worden. Het IZA omvat afspraken op vele verschillende niveaus, daarom vindt er ook monitoring plaats op verschillende niveaus:

- Het niveau van procesafspraken: zicht houden op de voortgang van planvorming en uitvoering van de afspraken en plannen.
- Het niveau van output: leren en verbeteren tijdens de uitvoering van de afspraken en plannen door tijdig bij te sturen waar dat nodig is.
- Het niveau van outcome: volgen wat de effecten zijn van alle inspanningen op de gezondheid van mensen en de financiële en personele houdbaarheid van het zorgstelsel op de (middel)lange termijn.

Het plan van aanpak biedt een opzet voor een eerste versie van de outcome-monitor en een werkagenda voor verdere mogelijke verbeteringen en aanpassingen op latere momenten. Hierin is zoveel als mogelijk ingespeeld op de wensen van de ondertekenaars, aangevuld met kennis en ervaring van relevante onderzoeksbureaus, belangenverenigingen en andere betrokken partijen.

## 1.2 Doel en randvoorwaarden

De eerste uitwerking van het monitoringshoofdstuk van het IZA is gedaan door SiRM in het najaar van 2022 in bijlage L van het IZA, de notitie monitoring. Hierbij zijn een aantal uitgangspunten verder vastgelegd en uitgewerkt. Deze notitie is het uitgangspunt en startpunt geweest voor het opzetten van dit plan van aanpak.

### Doel en gebruikers

Het hoofddoel van de outcome-monitor is, zoals in het IZA is vastgelegd:

"Te volgen wat de effecten zijn van alle inspanningen op de gezondheid van mensen en de financiële en personele houdbaarheid van het zorgstelsel op de (middel)lange termijn." Hierbij definiëren wij de (middel)lange termijn als 5 tot 10 jaren.

We willen in beeld brengen hoe de zorg ervoor staat en welke trends er spelen rondom bepaalde uitkomsten. En dan specifiek voor een aantal doelgroepen. Hiermee maken we trends in de uitkomsten (outcomes) inzichtelijk over de jaren heen. Deze informatie draagt bij aan het beter gefundeerd beoordelen of de ingeslagen weg en de manier waarop we die route volgen bewerkstelligt wat er beogen. Het inzicht in de effecten neemt toe naarmate er meer tijd verstrijkt. Daarom is het noodzakelijk om deze monitor langer te laten doorlopen dan de

<sup>1</sup> Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. Zie: [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

<sup>2</sup> ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; later aangevuld met de Landelijke Huisartsen Vereniging

looptijd van het IZA. Veel beoogde effecten van de IZA-inspanningen treden pas naar de periode van het IZA op.

De outcome-monitor heeft nadrukkelijk niet als hoofddoel om te dienen als stuurinformatie tijdens de looptijd van het IZA, omdat veranderingen in uitkomsten met name pas te verwachten zijn op (middel)lange termijn (5-10 jaren). De monitor is daarom geen onderdeel van de IZA mid-term review. Partijen worden niet afgerekend op de trends in de uitkomsten die de outcome-monitor laat zien.

In eerste instantie zijn de uitkomsten van de monitor bedoeld voor het Bestuurlijk Overleg (BO) IZA. De monitor biedt naast inzicht in de uitkomsten, een grote hoeveelheid waardevolle informatie over de kwaliteit van zorg die ook verder in het veld heel nuttig en bruikbaar kan zijn. Zowel het inzicht in de effecten als de informatie over kwaliteit van zorg kan voor het brede gelieerde werk van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid van betekenis zijn voor het onderbouwd sturen in de praktijk. Wij zien dus een bredere toepasbaarheid dan alleen voor het BO en hebben onder andere daarom gekozen voor Regiobeeld.nl als publicatieplek van de monitor. Specifiek voor het BO IZA komt er een jaarlijkse schriftelijke rapportage met een samenvatting. Ook deze wordt nadat het BO IZA er kennis van heeft genomen, openbaar gemaakt op Regiobeeld.nl.

### **Randvoorwaarden en afbakening**

In het IZA is gekozen om te monitoren op vijf doelgroepen. Deze keuze helpt om focus aan te brengen in de monitor. Ook sluit het aan bij afspraken die in het IZA zijn gemaakt over het verbeteren van de zorg voor specifieke doelgroepen. Het gaat om de volgende groepen:

- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- Mensen met psychische problematiek
- Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten
- Mensen met (risico op) kanker
- Ouderen met een kwetsbare gezondheid.

De outcome-monitor gaat alleen over uitkomsten of proxy's voor die uitkomsten. Bij proxy's gaat het om data die niet daadwerkelijk echte uitkomsten zijn, maar wel indirect iets zeggen over (onmeetbare) uitkomsten. Het gaat hier dan om uitkomsten afgeleid van zorggebruik (bijv. opnames), kwaliteitsindicatoren vanuit de Transparantiekalender en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten zoals ervaren kwaliteit van zorg. Met het opstellen van de indicatoren in rekening gehouden met de uitkomstdoelen en benoemde criteria voor monitoren zoals benoemd in bijlage L van het IZA. Afhankelijk van de doelgroep zijn een of meerdere van deze uitkomsten beschikbaar. De indicatoren die meer op het feitelijk zorggebruik of proces gericht zijn, zullen landen in de output-monitor die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) coördineert, zoals benoemd in het IZA.

Tevens kunnen er op het gebied van arbeidsmarkt relevante uitkomsten zijn welke gerelateerd zijn aan IZA-afspraken. Deze uitkomsten worden apart door VWS gemonitord via het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ). Daarom zijn uitkomsten op het gebied van arbeidsmarkt niet opgenomen in deze monitor. Tevens benoemt het IZA het belang van duurzaamheid in de beweging naar Passende Zorg. Hierover wordt benoemd dat inhoudelijke afspraken over de uitvoering en financiering van verdere verduurzaming van de zorg een plek krijgen in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 en verder geen onderdeel uitmaken van het IZA.<sup>3</sup> Bovendien is duurzaamheid niet goed te koppelen aan de doelgroepen in deze monitor. Daarom is er voor gekozen duurzaamheid geen onderdeel van deze monitor te laten zijn.

Tenslotte is er vanuit de partijen tijdens de consultatie de nadrukkelijke wens geuit ten aanzien van meer inzicht in toegankelijkheid. Ten dele landt dit in deze monitor als het bijvoorbeeld gaat om het halen van Treeknormen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De wens gaat uit naar een zorg brede monitor die kijkt naar toegankelijkheid in de eerste lijn, verwijzingen naar tweede lijn en terug, wachttijden in de tweede lijn en wachttijden voor langdurige zorg en de effecten op het sociaal domein. Alleen kijken naar een paar doelgroepen doet geen recht aan

---

<sup>3</sup> IZA p10

de uitdagingen die er zijn op dit vlak. Hier zien wij een belangrijke rol voor de NZa. Momenteel rapporteert de NZa al over de toegankelijkheid van de reguliere ziekenhuiszorg, zoals in de monitor Toegankelijkheid van Zorg.

### **Gebruik van data en definities**

De monitor zal zoveel mogelijk gebruik maken van bestaande data en registraties. Daarmee wordt aangesloten bij het uitgangspunt van VWS om te zorgen dat IZA-monitoring geen extra administratielasten met zich meebrengt en aansluit op cijfers die al bekend zijn (zoals in de Staat van Volksgezondheid en Zorg). Echter zijn op een aantal gewenste indicatoren nog geen data bekend, hiervoor zal alleen nieuwe data opgevraagd worden indien dit door IZA-partijen als noodzakelijk wordt ervaren. Hierbij blijft het uitgangspunt om de administratieve extra last zo minimaal mogelijk te houden en waar mogelijk aan te sluiten bij reeds bestaande registraties met aanvullingen of beperkte wijzigingen. Doordat voor bepaalde indicatoren gebruik wordt gemaakt van data afkomstig uit enquêtes kunnen deze wellicht worden aangepast en/of uitgebreid indien hier behoefte aan is. Afhankelijk van de beschikbare data zullen de uitkomsten voor de indicatoren zullen worden gegeven vanaf het jaar 2022 of 2023. Indien hiervan wordt afgeweken staat dit beschreven bij de betreffende indicator.

Daarnaast zal gebruik worden gemaakt van data uit al bestaande monitors. Denk hierbij aan de monitor voor het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), maar ook de afspraken van de Ronde Tafels oncologie en vaatchirurgie. Andersom kan deze monitor ook weer input zijn voor de andere monitors.

Er zit een overlap in de doelgroepen. Met name mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en ouderen met een kwetsbare gezondheid kunnen ook voorkomen in de andere doelgroepen, en vaak zelfs in hogere frequentie dan gezonde mensen. We hebben daarom ervoor gekozen om bij alle doelgroepen opleidingsniveau en inkomen mee te nemen in de stratificatie van de indicatoren, evenals een uitsplitsing naar leeftijd en geslacht. Stratificatie op basis van opleidingsniveau en inkomen wordt gedaan door een koppeling van declaratiedata met gegevens afkomstig van DUO en de belastingdienst. Afhankelijk van verschillende overwegingen is dit binnen de ZIN data analyse omgeving of de CBS-omgeving. Deze stratificatie zal vanaf versie 2 op z'n vroegst mogelijk zijn. Opleidingsniveau en inkomen spelen een belangrijke rol in relatie tot gezondheidsvaardigheden en worden vanwege gebrek aan betere indicatoren gebruikt om deze doelgroep te identificeren.

## **1.3 Verwachtingenmanagement**

Er zullen in deze monitor geen conclusies getrokken worden door het Zorginstituut over de effectiviteit van de uitvoering van de afspraken, al zijn de uitkomsten waar mogelijk gekoppeld aan IZA-doelen en -afspraken. Een causaal verband is niet goed te leggen tussen generieke uitkomsten op regioniveau tegenover afspraken op patiëntniveau. Uitkomsten van zorg worden namelijk beïnvloed door vele andere zaken, zoals demografische ontwikkelingen, personele ontwikkelingen en andere akkoorden. Wanneer mogelijk zullen we deze context bij de cijfers geven. Ten slotte is de verwachting dat effecten op uitkomsten op doelgroepniveau pas op (middel)lange termijn (5-10 jaren) zichtbaar zijn. Het verslechteren of niet veranderen van uitkomsten op korte termijn (de looptijd van het IZA) hoeft dus niet te betekenen dat IZA-afspraken niet de beoogde impact op termijn genereren. Het kan wel zo zijn dat trends bij bepaalde indicatoren uit deze monitor al gedurende de looptijd van het IZA veranderen (bijvoorbeeld omdat we ook kijken naar prevalenties van doelgroepen) en dat dit een signaal kan zijn voor partijen om te agenderen op een BO.

Doordat geen nieuwe registraties worden opgestart voor deze monitor, zijn de gekozen indicatoren vaak proxy's en geen optimale uitkomstmaten. Dat betekent dat het belangrijk is om de context van de data mee te nemen in de interpretatie van de resultaten en het trekken van conclusies op basis van de monitor door partijen. Waar mogelijk zullen beperkingen en mogelijke interacties benoemd worden bij de uitkomsten.



## 1.4 Aanpak en tijdslijn

### Een ingroeimodel op Regiobeeld.nl

Voor dit plan van aanpak is gekozen voor een ingroeimodel. Dat is nodig gezien de strakke tijdslijnen in 2023 en omdat veranderingen in uitkomsten pas op langere termijn zichtbaar zijn. Dit betekent concreet dat we dit jaar versie 1 publiceren op basis van wat praktisch haalbaar is. We stellen daarnaast een werkagenda op voor latere verbeteringen of aanpassingen. De monitor zal gepubliceerd worden op Regiobeeld.nl. Sommige indicatoren overeenkomen met die uit de Basisbeelden van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Omdat deze ook op Regiobeeld.nl staan wordt dubbeling van regiocijfers op verschillende plekken voorkomen.

### Werkwijze tot nu toe: eind 2022 tot juli 2023

In januari 2023 zijn we begonnen met het inwinnen van informatie. De eerste stap was inventariseren welke kennis al bij het Zorginstituut in huis was. Hiervoor kon gebruikgemaakt worden van de Passende Zorg Signalementen waar al een aantal jaren aan gewerkt wordt en die focussen op dezelfde doelgroepen. In de eerste opzet is veel gebruikgemaakt van de IZA-teksten die betrekking hebben op de outcome-monitor, met name bijlage L. Op basis van al deze informatie is een eerste lijst opgesteld met outcome-indicatoren.

Deze lijst is besproken met medisch-inhoudelijke en data experts van het Zorginstituut, en met het NZa, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Nivel. Alle geconsulteerde experts hadden de mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen of om nieuwe indicatoren toe te voegen. Deze lijst met de inbreng van geraadpleegde experts is vervolgens gedeeld met alle IZA-partijen.

Op 11 april 2023 is een bijeenkomst op het Zorginstituut georganiseerd waarbij alle IZA-partijen en de NZa aanwezig waren om de eerste opzet van de monitor te bespreken. Hieruit kwamen nieuwe opmerkingen naar voren over de inhoud, er zijn nieuwe indicatoren voorgedragen en nieuwe partijen zijn genoemd om mee te nemen in het proces. Daarnaast is afgesproken om per doelgroep in detail de indicatoren door te nemen met de partijen die daar het meest bij de betreffende doelgroep betrokken zijn.

In aanloop naar deze doelgroepsessies zijn ook extra partijen geïnterviewd en uitgenodigd om deel te nemen aan deze sessies. In hoofdstuk 8 is een complete lijst te vinden met geconsulteerde partijen en deelnemers van de verschillende werksessies ("Gesproken partijen"). In de doelgroepsessies was het mogelijk om dieper in detail naar de inhoud te kijken. Alle input is waar mogelijk verwerkt in dit concept plan van aanpak.

Actie	Moment
Start project	Januari '23
Eerste sessie IZA-partijen	April '23
Doelgroepsessies	Juni '23
Concept PvA	Juli '23
PvA in BO IZA	September '23
Start analyses versie 1	September '23
Start werkagenda	September '23
Versie 1 live	December '23
Update Versie 1 / Versie 2 live	Zomer '24
Update Versie 2 / Versie 3 live	December '24

### **Werkwijzen vanaf nu: juli 2023 tot zomer 2024**

Het concept plan van aanpak is gedeeld met alle IZA-partijen, aangevuld met alle geconsulteerde experts. Alle betrokkenen krijgen in juli en augustus 2023 een aantal weken de tijd om input te geven op dit stuk.

Eind augustus levert het Zorginstituut een nieuwe versie op van het plan van aanpak. Deze delen we met het BO IZA ter goedkeuring. In de opzet en uitvoering van de monitor zullen we zo veel mogelijk gehoor geven aan de wensen van betrokken partijen (zie overzicht in hoofdstuk 8). Daarbij spelen argumenten van IZA-partijen in het licht van het realiseren van de hoofddoel van de outcome-monitor een doorslaggevende rol. Zoals afgesproken, is uiteindelijk het Zorginstituut de partij die de keuze maakt over welke indicatoren opgenomen worden en welke niet en wordt dit voorstel dan voorgelegd aan het BO IZA als opdrachtgever om hierover te besluiten. Hierbij is altijd het uitgangspunt dat de indicatoren relevantie moet hebben voor de IZA-partijen die de monitor gaan gebruiken.

In het najaar van 2023 starten we met de uitvoering van de werkagenda. Hierop staan indicatoren die partijen relevant vinden. Deze indicatoren zijn nog niet volledig uitgewerkt. Dit kan verschillende redenen hebben: (nog) geen goede bron, onduidelijke definities of verdere duiding is noodzakelijk. Samen met partijen zal het Zorginstituut sessies organiseren om per indicator te kijken naar de verschillende opties voor databronnen, definities, stratificaties etc. die in het proces tot dan toe naar voren zijn gekomen. Als blijkt dat bepaalde indicatoren een duidelijke toegevoegde waarde hebben, worden deze voorgelegd aan de thematafel Monitoring. Bij positieve besluitvorming worden dan de betreffende indicatoren toevoegen aan de monitor.

## **1.5 Leeswijzer**

Het plan van aanpak beschrijft per doelgroep de plannen voor de monitor (hoofdstuk 2 tot en met 6). Elk hoofdstuk per doelgroep begint met een introductie en definitie. Dan volgen de indicatoren voor versie 1. Deze zijn opgedeeld in prevalentie- en incidentiecijfers en uitkomsten. Daarna volgt per doelgroep een lijst met indicatoren die op de werkagenda staan voor een latere versie. Tenslotte volgt in hoofdstuk 7 de raming van de kosten en in hoofdstuk 8 een overzicht van alle betrokken partijen gedurende het proces van opstellen van het plan van aanpak.

## 2 Doelgroep Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

### 2.1 Introductie

Het IZA benoemt dat 1 op de 3 Nederlanders in meer of mindere mate beperkte gezondheidsvaardigheden heeft. Recente cijfers uit 2021 laten zien dat het percentage mensen met onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden is gedaald naar 24.5% (1 op de 4 Nederlanders).<sup>4</sup> Zij hebben problemen met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie voor het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen. Informatie en communicatie in zorg en preventie worden nog onvoldoende afgestemd op gezondheidsvaardigheden. Dit werkt door in toegankelijkheid en kwaliteit van zorg die zij ervaren. Uiteindelijk leidt dit tot onwenselijke verschillen in gezondheid en kwaliteit van leven. Denk hierbij aan verschil in algemene gezondheid, gezamenlijke besluitvorming, starten van een behandeling en uitkomsten van de behandeling. Zaken die hierbij een rol spelen zijn onder andere ook woonsituatie, afstand tot zorgverlener, eigen betalingen en wachttijden. Dit hoofdstuk staat stil bij de outcome-indicatoren die gekozen zijn om de IZA-afspraken voor deze doelgroep op (middel)lange termijn te kunnen monitoren.

#### **Definitie van de doelgroep**

In het IZA wordt bij de doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ingegaan op verschillen in ervaren gezondheid en levensverwachting in relatie tot sociaaleconomische status. Over deze doelgroep zijn discussies gevoerd met IZA-partijen en gezaghebbende partijen zoals Pharos, RIVM en de Vrije Universiteit (VU). Hieruit volgt dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden een belangrijke doelgroep vormen, maar dat deze op dit moment niet op basis van (landelijke) data geïdentificeerd kunnen worden. Het onvoldoende beschikken over gezondheidsvaardigheden hangt voor een deel samen met het hebben van een lage sociaaleconomische status. Het hebben van een hogere opleiding of inkomen is echter geen garantie voor het hebben van voldoende gezondheidsvaardigheden. Ook andere sociale determinanten kunnen een rol spelen, maar het is nog onvoldoende duidelijk welke en in welke mate. Wel duidelijk is dat opleidingsniveau en inkomen samenhangen met lage gezondheidsvaardigheden, naast andere factoren als een hogere leeftijd, arbeidsmarktpositie en een migratie-achtergrond. Bovendien is het beschikken over gezondheidsvaardigheden geen statische situatie; in situaties waarin mensen onder druk staan, zoals tijdens een ziekenhuisopname, kunnen mensen bijvoorbeeld beperkter gezondheidsvaardig zijn dan in het dagelijks leven.

Omdat er wel data beschikbaar zijn voor opleidingsniveau en inkomen is er voor gekozen om deze factoren mee te nemen in versie 1. We kunnen dan op langere termijn kijken hoe de doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter in beeld kan worden gebracht. Hiervoor is nieuw onderzoek nodig waarbij gekeken wordt naar factoren in samenhang als indicatie voor gezondheidsvaardigheden.

De impact van beperkte gezondheidsvaardigheden komt ook terug bij de andere doelgroepen. Variatie in toegankelijkheid en kwaliteit voor kanker en voor hart- en vaatziekten vallen dus onder deze doelgroepen. Hierbij dient wel rekening te worden gehouden dat de doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak ondervertegenwoordigd is als deelnemer in gezondheidsenquête's en cohortstudies.

#### **Relatie van deze doelgroep met andere akkoorden**

Ook in het GALA, de brede Specifieke Uitkering (SPUK-regeling) en het Nationaal Preventieakkoord is aandacht voor lage SES en/of beperkte gezondheidsvaardigheden. Hiermee is afstemming over mogelijke definities en vervolgonderzoek.

<sup>4</sup> Willems A.E.M., Heijmans M., Brabers A.E.M., Rademakers J. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021, Utrecht: Nivel, 2022

## 2.2 Indicatoren versie 1

De monitoring voor deze doelgroep begint met prevalentiecijfers die iets zeggen over de omvang van de doelgroep en hoe deze mogelijk verandert over tijd. Dit zal gebruikt worden als noemer bij de outcome-indicatoren en geeft context en duiding bij de interpretatie van de outcomes. Omdat de doelgroep op dit moment nog niet goed uit data te halen is, focust de monitor in eerste instantie enkel op opleidingsniveau en inkomen. Bij mogelijke verandering van indicatoren om de doelgroep te identificeren in de toekomst, zal een andere populatie worden geselecteerd. Er zal dan deels overlap zijn met de huidige selectie, maar deels ook niet.

### 2.2.1 Prevalentiecijfers doelgroep

#### 1. Prevalentie- en incidentiecijfers mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Doel	In beeld brengen van de doelgroep..
Wanneer	Versie 1
Bron	CBS
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	- SES-WOA
Stratificatie	Per 1000 inwoners, per zorgkantoorregio
Opmerkingen	<p>Vanwege beperkingen in beschikbare data voor deze doelgroep (zoals beschreven in 'Definitie van de doelgroep' is er voor gekozen om de doelgroep te definiëren aan de hand van opleidingsniveau en inkomen.</p> <p>Opleidingsniveau is pas betrouwbaar vanaf medio jaren '80 en voor vrouwen minder representatief door ontoegankelijkheid van hoger onderwijs.</p>

### 2.2.2 Outcome-indicatoren

#### 2. Gebruik van specifieke tooling en/of declaraties: Meer tijd voor de patiënt

IZA Doel	Verschil in behandeluitkomsten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner
Wanneer	Versie 1
Bron	Declaratiedata Zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	Het percentage huisartsenpraktijk waar Meer tijd voor de patiënt (MTVP) wordt ingezet.
Stratificatie	Per zorgkantoorregio (met correctie voor percentage laag opleidingsniveau en laag inkomen in de praktijk)
Waarom	MTVP komt voort uit het IZA en helpt om huisartsen meer tijd te geven voor de patiënt of verbinding te zoeken met sociaal domein en de wijk. Vooral bij deze doelgroep kan dit van extra toegevoegde waarde zijn.
Opmerkingen	Een van de doelen is minder doorverwijzingen, dit is specifiek te meten voor deze doelgroep. Zorgverzekeraars zijn hier in 'the lead' om dit te gaan monitoren. Zorginstituut Nederland gaat met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in overleg over deze monitor. Zodra resultaten beschikbaar zijn verwijzen wij door hierna. De regionale

huisartsenorganisaties (RHO's) gaan de ervaren kwaliteit van zorg van de patiënt meten. Dit is niet stratificeerbaar voor deze doelgroep, overall resultaten hiervan zouden in een later stadium overgenomen kunnen worden op praktijkniveau.

### 3. Gebruik pijnmedicatie of sedativa

IZA Doel	Verschil in behandeluitkomsten voor mensen met mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner
Wanneer	Versie 1
Bron	Declaratiedata GIP (via Zorginstituut Nederland)
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	Percentage mensen met declaraties pijnmedicatie of sedativa (definitie GIP/VZ-info)
Stratificatie	Per 1000 inwoners, per opleidingsniveau, per inkomen, per leeftijdscategorie, per geslacht, per zorgkantorregio
Waarom	Hypothese is dat lage SES geassocieerd is met meer klachten en daarmee met meer pijnmedicatie en/of sedativa. Vermindering van verschil in behandeluitkomsten zou daarmee ook zichtbaar moeten worden in deze indicator.
Opmerkingen	Later ook diagnoses van verzekerden toevoegen (zie werkagenda)

### 4. (Gezonde) levensverwachting bij geboorte

IZA Doel	Verschil in behandeluitkomsten voor mensen met mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner
Wanneer	Versie 1
Bron	CBS
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	Op basis van leeftijd bij overlijden wordt de (gezonde) levensverwachting bij geboorte berekend.
Stratificatie	Per 1000 inwoners, per opleidingsniveau, per leeftijdscategorie, per geslacht, per zorgkantorregio
Waarom	Lage SES is geassocieerd met lagere levensverwachting
Opmerkingen	Doorlinken naar Statline tabellen met deze informatie. Kijken of doodsoorzaak ook toegevoegd kan worden. Komt overeen met indicator op Staat V&Z.

## 2.3 Werkagenda / Volgende versies

### 2.3.1 Prevalentiecijfers doelgroep

#### 1. Prevalentie- en incidentiecijfers mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Doel	In beeld brengen van de doelgroep. Noemer voor overige indicatoren.
Wanneer	2024/2025
Bron	Kwalitatief onderzoek
Onderzoeksvraag	Er is nieuw onderzoek nodig om de doelgroep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden goed in beeld te krijgen. Daarnaast is het wenselijk om in dit onderzoek ook expliciet te kijken naar migratieachtergrond en de impact daarvan. Zorginstituut Nederland, Pharos en het RIVM doen samen een aanzet tot een memo waarin het belang van nieuw onderzoek wordt uiteengezet waarbij indien mogelijk bestaande registraties gebruikt worden zoals bij de uitgangspunten is vastgesteld.

### 2.3.2 Outcome-indicatoren

#### 5. Toegankelijkheid van preventie van zorg gericht op de doelgroep

IZA Doel	Minder ongelijke oververtegenwoordiging van mensen met lage SES bij bepaalde aandoeningen
Wanneer	2024/2025
Bron	Nog onbekend
Onderzoeksvraag	Is er een goede bron die kijkt naar gebruik van preventie maatregelen uitgesplitst naar gezondheidsvaardigheden of SES? Doel is om in beeld te brengen welke bron er is om te meten hoe de toegankelijkheid van preventie maatregelen is, waarbij specifiek gekeken wordt of mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bereikt worden/gebruik maken van de preventie maatregelen. In de regioplannen worden specifieke afspraken gemaakt rondom preventie, ook gericht op deze doelgroep, deze moeten in 2024 bekend zijn, hieruit kunnen dan indicatoren worden gedestilleerd. Daarnaast zijn o.a. vaccinatie en screening genoemd als opties om te monitoren.

#### 6. Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

IZA Doel	Vershil in behandeluitkomsten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner
Wanneer	2023/2024
Bron	Cohortstudie
Onderzoeksvraag	Is er een goede bron of cohortstudie die kijkt naar PROMs voor relevante behandeluitkomsten en/of behandelingen uitgesplitst naar gezondheidsvaardigheden of SES? Onder andere onderzoeksresultaten van dr. Haverman van de Amsterdam UMC hierbij betrekken.

#### 7. Behandelvariatie in subset van aandoeningen

IZA Doel	Vershil in behandeluitkomsten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner
----------	---

Wanneer	2023
Bron	Declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)
Onderzoeksvraag	Voor welke aandoeningen en welke variatie willen we gaan meten? Eerste aanzet voor aandoeningen zijn zogeheten ambulatory care sensitive conditions (ACSC): Diabetes, COPD, Depressie, Artrose, ADHD. <sup>5</sup> Eerste aanzet voor variatie in zorg: doorverwijzingen, opnames, heropnames, behandelduur. Welke vermijdbare 'einduitkomsten' en welke variatie willen we meten, bijvoorbeeld amputaties bij Diabetes. In de kwaliteitsregistraties komen een aantal aandoeningen terug waarbij SES gebruikt wordt in de casemix correctie.

### 3. Gebruik pijnmedicatie of sedativa voor specifieke aandoeningen

IZA Doel	Verschil in behandeluitkomsten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner
Wanneer	2023
Bron	Declaratiedata GIP (via Zorginstituut Nederland)
Onderzoeksvraag	In versie 1 wordt deze indicator meegenomen zonder te stratificeren naar aandoeningen. Voor welke diagnoses willen we dit medicatiegebruik inzichtelijk maken?

### 8. Niet opgehaalde medicatie of medicatietrouw

IZA Doel	Verschil in behandeluitkomsten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner
Wanneer	2024
Bron	Nivel Zorgregistraties / Declaratiedata GIP
Onderzoeksvraag	Afhankelijk van de relevantie: Welke mogelijkheden zijn er om inzichtelijk te krijgen welke medicatie wel wordt voorgeschreven, maar niet wordt opgehaald voor deze doelgroep? Of medicatietrouw voor deze doelgroep voor een subset van aandoeningen.

### 9. Trombolyse <24uur na infarct

IZA Doel	Verschil in behandeluitkomsten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner
Wanneer	2024
Bron	Declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)
Onderzoeksvraag	Kunnen we dit goed uit declaraties halen en welke codes en definities moeten we dan gebruiken?

### 10. Verschil in doorverwijzingen

IZA Doel	Verschil in behandeluitkomsten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner
Wanneer	2024

<sup>5</sup> Paul et al., Admissions for ambulatory care sensitive conditions: a national observational study in the general and COPD population. Eur J Public Health. 2019 Apr; 29(2): 213-219.

Bron Declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland) i.c.m. Zorgdomein

---

Onderzoeksvraag Wie wordt doorverwezen door de huisarts maar volgt dit niet op?

---

### 11. Monitoring Meer tijd voor de patiënt (MTVP)

IZA Doel Verschil in behandeluitkomsten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vergeleken met gemiddelde moet kleiner

---

Wanneer 2024/2025

---

Bron Landelijke monitoring MTVP

---

Onderzoeksvraag Is monitoring die plaats gaat vinden voor MTVP geschikt om inzichten te geven in de behandeluitkomsten voor deze doelgroep? Momenteel is nog onbekend hoe dit er precies uit gaat zien en of de monitor geschikte informatie bevat.

---



## 3 Doelgroep Mensen met psychische problematiek

### 3.1 Introductie

Zoals in het IZA staat beschreven, heeft Nederland een zeer grote groep mensen met psychische klachten: circa 1,4 miljoen mensen met een psychische stoornis in 2019 (op basis van zorggebruik).<sup>6</sup> Recente cijfers uit de NEMESIS-3<sup>7</sup> laten zelfs zien dat bijna 3,3 miljoen volwassenen een psychische aandoening hebben.<sup>8</sup> Deze doelgroep is gekozen als te monitoren, omdat dit aantal groeit en de schaarste onder personeel stijgt. Dit hoofdstuk staat stil bij de outcome-indicatoren die gekozen zijn om de IZA-afspraken voor de mensen met psychische problematiek op (middel)lange termijn te kunnen monitoren.

#### Definitie van de doelgroep

Het aantal mensen met psychische klachten dat een beroep doet op ondersteuning bij gemeenten, de huisartsenzorg en/of de ggz stijgt al jaren. Dit zet deze voorzieningen in combinatie met een schaarste aan personeel onder hoge druk.<sup>9</sup> Om deze groep mensen in beeld te krijgen, maken we gebruik van declaratiedata, aangevuld met de gegevens uit NEMESIS. Zo krijgen we meer zicht te krijgen op de groep met psychische problemen die om meerdere redenen (nog) niet in de zorg zitten. Jeugd ggz valt buiten de scope van het IZA waardoor dit buiten beschouwing is gelaten.

#### Relatie van deze doelgroep met andere akkoorden of monitors

Vanuit de Tweede Kamer is de wens gekomen om ggz-breed een aantal indicatoren te monitoren. Het gaat hier om toegankelijkheid, kosten en kwaliteit van zorg. In het IZA wordt benoemd dat er ook een ggz-dashboard zal worden gemaakt met (mogelijk) indicatoren over toegankelijkheid en wachttijden. Vanuit VWS is een dashboard in ontwikkeling. In sommige gevallen zal er overlap zijn tussen het ggz-dashboard en de outcome-monitor en waar mogelijk zal gebruikt worden gemaakt van dezelfde bronnen.

### 3.2 Indicatoren versie 1

De monitoring voor deze doelgroep begint met incidentie- en prevalentiecijfers die iets zeggen over de omvang van de doelgroep en hoe deze mogelijk verandert over tijd. Voor deze doelgroep bestaat dit uit cijfers gebaseerd op:

- declaratiedata voor de groep mensen die zorg gebruikt;
- aangevuld met cijfers uit de NEMESIS-studie van het Trimbos-instituut voor zicht op de groep die geen zorg gebruikt maar wel een psychische aandoening heeft.

Declaratiedata is uitgesplitst per echelon en intensiteit (basis-ggz) of hoofddiagnose (specialistische-ggz), aangevuld met gebruik van poh-ggz bij de huisartsen. Afhankelijk van de ontwikkeling rondom de beschikbare informatie vanuit het Zorgprestatie-model (ZPM), kan de definitie in de toekomst mogelijk veranderen. De data van deze indicatoren zal gebruikt worden als noemer bij de outcome-indicatoren en geeft context en duiding bij de interpretatie.

#### 3.2.1 Prevalentiecijfers doelgroep

##### 12. Prevalentie- en incidentiecijfers mensen met psychische problematiek (in zorg)

Doel	In beeld brengen van de doelgroep. Noemer voor overige indicatoren.
Wanneer	Versie 1
Bron	Declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)
Analyses	Zorginstituut Nederland

<sup>6</sup> IZA p24

<sup>7</sup> NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study): studie naar de psychische gezondheid van volwassenen

<sup>8</sup> <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>

<sup>9</sup> IZA p14

Hoe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het percentage mensen met een consult poh-ggz</li> <li>- Het percentage mensen met een consult basis-ggz (uitgesplitst naar kort, middel, chronisch, onvolledig)</li> <li>- Het percentage mensen met een consult specialistische-ggz (uitgesplitst naar hoofddiagnose)</li> <li>- Het percentage mensen met een ZZZ langdurige ggz (Zvw)</li> <li>- Het percentage mensen die geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen (psychofarmaca) voorgeschreven krijgt in de behandeling van psychiatrische aandoeningen</li> </ul>
Stratificatie	Per 1000 inwoners, per leeftijdscategorie, per geslacht, per zorgkantoorregio, per inkomen, per opleiding
Opmerkingen	<p>Wordt onderscheid gemaakt tussen mensen die al in zorg waren (prevalentie) en mensen die voor het eerst sinds een jaar een declaratie hebben (incidentie).</p> <p>Afhankelijk van de ontwikkeling rondom de beschikbaarheid van informatie uit het Zorgprestatiemodel kan in de toekomst mogelijk de definitie veranderen.</p> <p>Idealiter met een uitsplitsing tussen psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek.</p>

### 13. Prevalentiecijfers mensen met psychische problematiek (ongeacht of ze in zorg zijn)

Doel	In beeld brengen van de doelgroep.
Wanneer	Versie 1
Bron	NEMESIS
Analyses	Trimbos-instituut
Hoe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentage vóórkomen van psychische aandoeningen</li> <li>- Percentage onvervulde zorgbehoefte</li> </ul>
Stratificatie	Per 1000 inwoners, per leeftijdscategorie, per geslacht, per opleiding, per huishoudinkomen
Opmerkingen	Op basis van NEMESIS-3 waarvoor onder andere het voorkomen van psychische problematiek in de afgelopen 12 maanden en onvervulde zorgbehoefte (indien iemand behoefte heeft aan (meer) professionele hulp) in de afgelopen 12 maanden wordt uitgevraagd aan deelnemers op basis van een gestructureerd interview.

## 3.2.2 Outcome-indicatoren

### 14. Uniek wachtenden

IZA Doel	Betere gezondheid door kortere wachttijden
Wanneer	Versie 1
Bron	Wachttijdeninformatie NZa
Analyses	NZa
Hoe	Het aantal uniek wachtenden in de ggz
Stratificatie	Per hoofddiagnose, per zorgkantoorregio

Waarom	In het IZA worden voor deze doelgroep onder het 'uitkomstdoel wachttijden' specifieke doelstellingen benoemd met betrekking tot het aantal wachtende en zorg binnen de Treeknorm.
Opmerkingen	Doorlinken naar de NZa-monitor

### 15. Zorg binnen Treeknorm

IZA Doel	Betere gezondheid door kortere wachttijden
Wanneer	Versie 1
Bron	Wachttijdeninformatie NZa
Analyses	NZa
Hoe	Aantal dat binnen de Treeknorm zorg ontvangt
Stratificatie	Per hoofddiagnose, per zorgkantorregio
Waarom	In het IZA worden voor deze doelgroep onder het 'uitkomstdoel wachttijden' specifieke doelstellingen benoemd met betrekking tot het aantal wachtende en zorg binnen de Treeknorm.
Opmerkingen	Doorlinken naar de NZa-monitor

### 16. Gemiddelde wachttijd

IZA Doel	Betere gezondheid door kortere wachttijden
Wanneer	Versie 1
Bron	Wachttijdeninformatie Nza
Analyses	Nza
Hoe	De beschikbare wachttijdeninformatie geeft inzicht in de gemiddelde tijd tussen aanmelding en het verkrijgen van zorg.
Stratificatie	Per hoofddiagnose, per zorgkantorregio
Waarom	In het IZA worden voor deze doelgroep onder het 'uitkomstdoel wachttijden' specifieke doelstellingen benoemd met betrekking tot het aantal wachtende en zorg binnen de Treeknorm.
Opmerkingen	Doorlinken naar de Nza-monitor

### 17. Ervaren kwaliteit

IZA Doel	Kwaliteitstransparantie is verbeterd einde IZA
Wanneer	Versie 1
Bron	Openbare database Transparantiekalender
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	Consumer Quality Index (CQI) en Mijnkwaliteitvanleven.nl (MKVL) van Patiëntenfederatie Nederland
Stratificatie	Per zorgkantorregio
Waarom	

Opmerkingen	De CQI geeft een indruk van de ervaren zorgkwaliteit en geeft geen 100% dekking op het IZA-doel dat de zorgkwaliteit is verbeterd. Daarbij is de CQI als meetinstrument in ontwikkeling en kan er gedurende de looptijd van het IZA (kleine) wijzigingen plaatsvinden.
-------------	--

### 3.3 Werkagenda / Volgende versies

#### 3.3.1 Prevalentiecijfers doelgroep

##### 12. Prevalentie- en incidentiecijfers mensen met psychische problematiek (in zorg)

Doel	In beeld brengen van de doelgroep. Noemer voor overige indicatoren.
Wanneer	2023/2024
Bron	Declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)
Onderzoeksvraag	De data voor ggz-declaraties is veranderd per 2022 met de invoering van het Zorgprestatie-model. In de eerste jaren is het nog mogelijk om gelijksoortige informatie te krijgen over diagnoses, maar in de toekomst zal dit veranderen. Er is extra onderzoek nodig om een beter beeld te krijgen van de mogelijkheden. Het Zorginstituut zal dit sowieso doen vanwege de uitvoering van de wettelijke taken. Onderzoeksvragen voor deze monitor worden meegenomen in dat onderzoek. Dit staat gepland voor tweede helft 2023 of de eerste helft 2024.  Daarnaast wordt er onderzocht of een extra uitsplitsing naar crisisopnames relevant is voor het veld en op welke manier dan. Hiervoor kijken we naar de aantallen opgenomen patiënten en de duur van opname. Het Zorginstituut stelt hiervoor een werkgroep samen in tweede helft van 2023.

#### 3.3.2 Outcome-indicatoren

##### 18. Bekendheid en gebruik en gebruik regionale steunpunten

IZA doel	Laagdrempelige regionale steunpunten en digitale steunpunten
Wanneer	2024
Bron	ntb
Onderzoeksvraag	Even afwachten hoe dit vorm gaat krijgen in de bekostiging. Afhankelijk daarvan kijken of dat gebruikt kan worden als bron voor deze monitor.

##### 19. Bekendheid en gebruik lotgenotengroepen

IZA doel	Laagdrempelige regionale steunpunten en digitale steunpunten
Wanneer	2024
Bron	Consumentenpanel of patiëntenpanel
Onderzoeksvraag	Vooralsnog geen bron wat betekent dat een uitvraag bij een panel nodig zou zijn. In afstemming met MIND kijken naar de mogelijkheden hiervoor.

##### 20. Gebruik van eHealth

IZA doel	Digitale zorg is beschikbaar
Wanneer	2024/2025

Bron	RIVM-monitor eHealth / Output-monitor / Declaraties zorgverzekeraars
Onderzoeksvraag	Gebruik van eHealth zit in de output-monitor 'Meer hybride zorg' en voornamelijk in de RIVM-eHealthmonitor. Hier zit echter (nog) geen uitvraag in voor ggz. Samen met het RIVM en het Trimbos-instituut gaat het Zorginstituut een voorstel doen voor een indicator, waarbij ook zal worden meegenomen gedefinieerd wat wordt verstaan onder eHealth.
	Daarnaast loopt een proces om te kijken of digitale consulten als identificeerbare informatie in de declaratiedata kan terechtkomen. Dit zou een aanvullende bron kunnen zijn vanaf 2025.

### 21. Gebruik eerstelijns voorzieningen

IZA doel	Laagdrempelige regionale steunpunten en digitale steunpunten
Wanneer	2024/2025
Bron	Declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)
Onderzoeksvraag	Mogelijk vanuit MDZ-bekostiging. Hiervoor loopt een uitvraag via de Nza voor aan ander traject. Dit kan een potentiële bron zijn, maar is nu nog onduidelijk.

### 22. Gebruik centra mentale gezondheid

IZA doel	Laagdrempelige regionale steunpunten en digitale steunpunten
Wanneer	2024/2025
Bron	?
Onderzoeksvraag	Even afwachten hoe dit vorm gaat krijgen in de bekostiging. Afhankelijk daarvan kijken of dat gebruikt kan worden als bron voor deze monitor.

### 23. Gebruik regionale triagisten

IZA doel	Laagdrempelige regionale steunpunten en digitale steunpunten
Wanneer	2024/2025
Bron	Nivel zorgregistraties?
Onderzoeksvraag	Even afwachten hoe dit vorm gaat krijgen in de bekostiging. Afhankelijk daarvan kijken of dat gebruikt kan worden als bron voor deze monitor. Nivel zorgregistraties omvat ook de triage binnen de huisartsenpost welke gebruikt zou kunnen als voormeting.

### 24. Vergroten transparantie op de ervaren kwaliteit

IZA doel	Kwaliteitstransparantie is verbeterd einde IZA
Wanneer	2025
Bron	Openbare database Transparantiekalender of Consumentenpanel Nivel
Onderzoeksvraag	GGZ partijen werken aan het versnellen en vergroten van het transparant maken van kwaliteitsgegevens en uitkomsteninformatie. Hier moet onderzocht worden of deze van toegevoegde waarde zijn voor deze monitor. Dit speelt vanaf 2024/2025.

## 4 Doelgroep Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten

### 4.1 Introductie

Nederland heeft een zeer grote groep mensen met (het risico op) hart- en vaatziekten: circa 1,9 miljoen mensen.<sup>10</sup> Daarnaast is de verwachting dat dit aantal gaat groeien naar 3 miljoen mensen, door onder andere demografische ontwikkelingen. Hart- en vaatziekten veroorzaken veel ziekenhuisopnames: elke dag worden ongeveer 640 mensen in het ziekenhuis opgenomen vanwege een hart- of vaatziekte. Zo'n 9% van de mensen op de spoedeisende hulp (SEH) komt met klachten door hart- en vaatziekten.<sup>11</sup> Dit hoofdstuk staat stil bij de outcome-indicatoren die gekozen zijn om de IZA-afspraken voor de mensen met (het risico op) hart- en vaatziekten op (middel)lange termijn te kunnen monitoren.

#### Definitie van de doelgroep

We maken gebruik van de lijst chronische aandoeningen die het Zorginstituut definieert en vaststelt op basis van declaratiedata, om de groep mensen in beeld te krijgen die in zorg zitten voor hart- en vaatziekten. Drie grote groepen binnen de hele doelgroep worden meegenomen. Dit zijn coronaire hartziekten, hartfalen en beroertes. Daarnaast is er een groep mensen die een verhoogd risico heeft op het krijgen van een hart- en vaatziekte in de toekomst. Om hier meer zicht op te krijgen, gebruiken we indicatoren uit de Gezondheidsmonitor.

#### Relatie van deze doelgroep met andere akkoorden

In de uitwerking van de outcome-indicatoren bij mensen met (risico op) hart- en vaatziekten zal rekening worden gehouden met de Ronde Tafel 'Netwerkvorming concentratie en spreiding vaatchirurgische zorg'. Dit betekent concreet dat niet alleen de zorgkantorregio gebruikt wordt als stratificatie, maar ook de vaatchirurgische netwerkregio. Ook wordt afstemming gezocht over de kwaliteitsindicatoren die voortkomen uit de afspraken van de Ronde Tafel.

### 4.2 Indicatoren versie 1

De monitoring voor deze doelgroep begint met incidentie- en prevalentiecijfers die iets zeggen over de omvang van de doelgroep en hoe deze mogelijk verandert over tijd. Voor deze doelgroep bestaat dit uit cijfers gebaseerd op declaratiedata voor de groep mensen die zorg gebruikt, aangevuld met cijfers uit de Gezondheidsmonitor. De data van deze indicatoren zal gebruikt worden als noemer bij de outcome-indicatoren en geeft context en duiding bij de interpretatie van de outcomes.

#### 4.2.1 Prevalentiecijfers doelgroep

##### 25. Prevalentie- en incidentie cijfers mensen met hart- en vaatziekten

Doel	In beeld brengen van de doelgroep. Noemer voor overige indicatoren.
Wanneer	Versie 1
Bron	Lijst chronische aandoeningen op basis van declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	<ul style="list-style-type: none"><li>- Het percentage mensen met een <i>nieuwe</i> diagnose van coronaire hartziekten, hartfalen en beroerte (incidentie)</li><li>- Het percentage mensen met een diagnose die zorg hebben ontvangen in een jaar vanwege diagnose van coronaire hartziekten, hartfalen en beroerte (prevalentie)</li></ul>

<sup>10</sup> IZA p24

<sup>11</sup> IZA p115

Stratificatie Per 1000 inwoners, per leeftijdscategorie, per geslacht, per inkomen, per opleidingsniveau, per zorgkantorregio/per vaatchirurgische netwerkregio (zodra vastgesteld)

Opmerkingen

## 26. Scores van de gezondheid van mensen op landelijke niveau

Doel In beeld brengen van de doelgroep.

Wanneer Versie 1

Bron Gezondheidsmonitor

Analyses RIVM/GGD

Hoe

- Het percentage mensen met obesitas
- Het percentage mensen dat rookt
- Het percentage mensen dat overmatig alcohol drinkt
- Het percentage mensen dat voldoet aan de beweegrichtlijn

Stratificatie Per zorgkantorregio en netwerkregio, per leeftijdscategorie, per geslacht, per opleidingsniveau, per inkomensgroep

Opmerkingen Opleidingsniveau is pas goed te meten vanaf jaren '80.

De Gezondheidsmonitor wordt slechts één keer per vier jaar uitgevraagd. De resultaten van de Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022 zullen in Versie 1 gebruikt worden. Zodra de resultaten voor 2024 bekend zijn, worden deze toegevoegd.

Dezelfde uitkomsten worden ook gebruikt voor de doelgroep Mensen met (risico op) kanker.

### 4.2.2 Outcome-indicatoren

## 27. Aantal ziekenhuisopnamen voor acuut hartfalen

IZA Doel Betere uitkomsten voor mensen met hart- en vaatziekten

Wanneer Versie 1

Bron Declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)

Analyses Zorginstituut Nederland

Hoe Percentage mensen met DBC-hoofddiagnose 'Acuut hartfalen'

Stratificatie Per 1000 inwoners, per opleidingsniveau, per inkomen, per leeftijdscategorie, per geslacht, per zorgkantorregio/per vaatchirurgische netwerkregio (zodra vastgesteld)

Waarom In het IZA is als criteria voor monitoren benoemd dat het aantal patiënten met hartfalen welke acuut moet worden opgenomen in het ziekenhuis als gevolg van een exacerbatie gedaald moet zijn in 2025.

Opmerkingen Tevens de data over vermijdbare opnames bij hartfalen benoemen die op vzinfo.nl staan.

## 28. Complicaties en sterfte bij vaatchirurgische ingrepen

IZA Doel Betere uitkomsten voor mensen met hart- en vaatziekten

Wanneer	Versie 1
Bron	Openbare database Transparantiekalender (via NHR/DICA)
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Textbook outcomes bij carotis chirurgie (CEA)</li> <li>- Textbook outcomes bij aneurysma van de abdominale aorta (AAA)</li> </ul>
Stratificatie	Per zorgkantoorregio/per vaatchirurgische netwerkregio (zodra vastgesteld)
Waarom	In het IZA is als criteria voor monitoren specie benoemd dat de complicaties en sterfte rondom CEA-chirurgie en AAA-chirurgie zijn afgenomen in 2025.
Opmerkingen	AAA komt naar voren in het plan van aanpak 'Netwerkvorming concentratie en spreiding vaatchirurgische zorg'. Hierin wordt onder meer de afspraak gemaakt tot het komen van transparante kwaliteitsgegevens die opgenomen worden in de 'Kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken'. Zodra deze indicatoren beschikbaar zijn, wordt gekeken of deze in deze outcome-monitor gebruikt kunnen worden, of dat deze monitor voortaan gaat verwijzen naar een andere partij die in opdracht van de Ronde Tafel monitoring zal gaan doen.

## 29. Ziektelast vanuit ervaren kwaliteit van leven

IZA Doel	Betere uitkomsten voor mensen met hart- en vaatziekten
Wanneer	Versie 1
Bron	Mijnkwaliteitvanleven.nl (MKVL) van Patiëntenfederatie Nederland
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ervaren kwaliteit van leven</li> <li>- Patiënt krijgt passende professionele hulp</li> </ul>
Stratificatie	Per leeftijdscategorie, per geslacht, per opleidingsniveau, per inkomen
Waarom	Het IZA staat stil bij een verlaging van de ziektelast op landelijk niveau. Om regionaal inzichten te geven halen we dit uit andere bronnen.
Opmerkingen	Rekening houden met representativiteit en selectiebias omdat het een steekproef betreft. Hierdoor is regionale uitsplitsing (momenteel) niet mogelijk.

## 4.3 Werkagenda / Volgende versies

### 4.3.1 Outcome-indicatoren

## 30. Preventie door Generieke Leefstijl Interventie (GLI)

IZA Doel	Minder mensen met hart- en vaatziekten
Wanneer	2024
Bron	Declaratiedata zorgverzekeraarsd
Onderzoeksvraag	Op dit moment voldoet deze indicator niet, omdat deze een grote bias heeft in de gebruikers en we niet weten wat de problematiek is die deze gebruikers hebben. Het is dus onduidelijk wat wordt gemeten en bij wie. Daarom is gekozen voor indicatoren uit de Gezondheidsmonitor om in



beeld te krijgen hoe groot de groep is die een verhoogd risico heeft op hart- en vaatziekten. Met het doorontwikkelen van de GLI kan het zijn dat deze in de toekomst wel geschikt is om mee te nemen. In 2024 met partijen bekijken of dit het geval is.. Daarnaast zou koppeling met microdata binnen de CBS-omgeving een optie zijn om zo de bruikbaarheid te vergroten.

### 31. Wachttijden

IZA Doel	Betere uitkomsten voor mensen met hart- en vaatziekten
Wanneer	2023/2024
Bron	Zorgdomein gekoppeld aan declaratiedata zorgverzekeraars
Onderzoeksvraag	Is het meten van doorverwijzingen uit de eerste lijn en de tijd die zit tussen de verwijzing en start behandeling een goede proxy en voor welke behandelingen willen we dit dan specifiek weten?

### 32. Complicaties en sterfte bij vaatchirurgische ingrepen

IZA Doel	Betere uitkomsten voor mensen met hart- en vaatziekten
Wanneer	2024
Bron	Openbare databases Transparantiekalender / Kwaliteitsgegevens (DICA/NHR)
Onderzoeksvraag	In het plan van aanpak 'Netwerkvorming concentratie en spreiding vaatchirurgische zorg' wordt de afspraak gemaakt tot het komen van transparante kwaliteitsgegevens die opgenomen worden in de 'Kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken'. Zodra deze indicatoren beschikbaar zijn, wordt gekeken of deze in deze outcome-monitor gebruikt kunnen worden, of dat deze monitor voortaan gaat verwijzen naar een andere partij die in opdracht van de Ronde Tafel monitoring zal gaan doen.

### 33. Sterfte bij ziekte van hart- en vaatstelsel

IZA Doel	Betere uitkomsten voor mensen met hart- en vaatziekten
Wanneer	2024
Bron	CBS
Onderzoeksvraag	Genoemd als relevantie indicator, bij andere partijen navragen of dit gedeeld wordt. Zo ja, dan kunnen we CBS data hiervoor gebruiken.

## 5 Doelgroep Mensen met (risico op) kanker

### 5.1 Introductie

Het aantal mensen welke de diagnose kanker krijgt stijgt jaarlijks. In 2019 ging het om ruim 118.000 nieuwe diagnoses en in 2032 zal dit naar verwachting stijging naar 156.000 diagnoses.<sup>12</sup>

Dit zal leiden tot een sterke stijging in de zorgkosten voor mensen met kanker. Aanpassingen van leefstijl op bepaalde risicofactoren kunnen op langere termijn het aantal gevallen van kanker verminderen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan roken, alcoholconsumptie, overgewicht, beweging, blootstelling aan uv-straling en bepaalde voedingsmiddelen. Daarnaast is het verbeteren van de zorg voor mensen met kanker gewenst om de ervaren kwaliteit van zorg en van leven van deze patiënten te verbeteren. Dit hoofdstuk staat stil bij de outcome-indicatoren die gekozen zijn om de IZA-afspraken voor deze doelgroep te monitoren.

#### Definitie van de doelgroep

Het definiëren van de doelgroep richt zich op twee aspecten: scores van de gezondheid van mensen op landelijk niveau en de prevalentie van oncologische diagnoses. De leefstijlfactoren zijn belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van kanker. Hoewel er een dalende trend is ingezet voor roken (behalve voor laagopgeleiden), blijft dit een belangrijke risicofactor. In het rapport 'Kiezen voor houdbare zorg' van het WRR wordt benoemd dat er een toename wordt verwacht in het percentage van mensen met overgewicht, van 50 naar 62 procent van de bevolking over twintig jaar.<sup>13</sup>

We zullen gebruikmaken van de scores van de gezondheid van mensen uit de landelijke populatie uit de Gezondheidsmonitors. Indicatoren die zullen worden weergegeven zijn: BMI, roken, alcoholconsumptie en beweging. Prevalentie van oncologische diagnoses zullen worden opgevraagd bij het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en worden weergegeven voor een selectie van kankersoorten.

#### Relatie van deze doelgroep met andere akkoorden

In de uitwerking van de outcome-indicatoren bij mensen met (risico op) kanker zal rekening worden gehouden met de Ronde Tafel Oncologie over de concentratie en spreiding van de oncologische zorg.

### 5.2 Indicatoren versie 1

De monitoring voor deze doelgroep begint met scores van de gezondheid van mensen van de landelijke populatie om inzicht te geven in hoe bepaalde leefstijlfactoren mogelijk veranderen over de tijd. Daarnaast zullen ook de prevalentiecijfers van een aantal oncologische diagnoses worden weergegeven om ook inzichten te geven van de verandering door de tijd.

#### 5.2.1 Prevalentiecijfers doelgroep

##### 34. Prevalentiecijfers en incidentie mensen met (risico op) kanker

Doel	In beeld brengen van de doelgroep. Noemer voor overige indicatoren.
Wanneer	Versie 1
Bron	Nederlandse Kankerregistratie (NKR) van het IKNL
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	- Het percentage mensen met een nieuwe diagnose in een jaar van borstkanker, huidkanker, darmkanker, hoofd-halskanker,

<sup>12</sup> Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Kanker in Nederland; trends & prognoses tot en met 2032.

<sup>13</sup> WRR. 'Kiezen voor houdbare zorg'

- longkanker, slokdarm- en maagkanker, pancreaskanker, nierkanker en baarmoederhalskanker (incidentie)
- Het percentage mensen met een diagnose in de afgelopen vijf jaar van borstkanker, huidkanker, darmkanker, hoofd-halskanker, longkanker, slokdarm- en maagkanker, pancreaskanker, nierkanker en baarmoederhalskanker (prevalentie)

Stratificatie	Per 1000 inwoners, per leeftijdscategorie, per geslacht, per inkomen, per opleidingsniveau, per zorgkantoorregio/per oncologische netwerkregio (zodra vastgesteld)
Opmerkingen	Definities voor diagnoses worden gedefinieerd zoals de Nederlandse Kankeratlas van het IKNL. Keuze van oncologische diagnoses op basis van kankersoorten ten behoeve van de prevalentiecijfers worden op een later moment aangevuld met kankersoorten uit de tweede tranche.

## 26. Scores van de gezondheid van mensen op landelijke niveau

Doel	In beeld brengen van de doelgroep.
Wanneer	Versie 1
Bron	Gezondheidsmonitor
Analyses	RIVM/GGD
Hoe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het percentage mensen met obesitas</li> <li>- Het percentage mensen dat rookt</li> <li>- Het percentage mensen dat overmatig alcohol drinkt</li> <li>- Het percentage mensen dat voldoet aan de beweegrichtlijn</li> </ul>
Stratificatie	Per zorgkantoorregio en netwerkregio, per leeftijdscategorie, per geslacht, per opleidingsniveau, per inkomen
Opmerkingen	<p>Opleidingsniveau is pas goed te meten vanaf jaren '80.</p> <p>De Gezondheidsmonitor wordt slechts één keer per vier jaar uitgevraagd. De resultaten van de Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022 zullen in Versie 1 gebruikt worden. Zodra de resultaten voor 2024 bekend zijn, worden deze toegevoegd.</p> <p>Dezelfde uitkomsten worden ook gebruikt voor de doelgroep Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten.</p>

### 5.2.2 Outcome-indicatoren

## 35. Overleving van patiënten met kanker in Nederland vergeleken met andere landen

IZA Doel	Uitkomsten voor mensen met diagnose kanker verbeteren
Wanneer	Versie 1
Bron	OECD Statistics (stats.oecd.org)
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	Doorlinken naar de website van het OECD naar de vijf jaar netto-overleving uitkomsten van borstkanker en darmkanker.
Stratificatie	-

Waarom	Benoemd als criteria voor monitoren in het IZA.
Opmerkingen	Momenteel zijn de meest recente vijf jaar netto-overleving beschikbaar voor de jaren 2010-2014. De indicator is niet ideaal gezien er geen rekening wordt gehouden met de kwaliteit van leven en in het kader van Samen Beslissen. Daarom komt deze ook terug op de werkagenda voor deze doelgroep. Deze indicator is meegenomen vanwege een criteria over de vijfjaarsoverleving van borstkanker en darmkanker benoemd in het IZA.

### 36. Aantal complicaties en uitkomsten

IZA Doel	Uitkomsten voor mensen met diagnose kanker verbeteren
Wanneer	Versie 1
Bron	Openbare database (ODB) via Zorginzicht
Analyses	nvt
Hoe	Doorverwijzen naar Zorginzicht waar jaarlijks indicatoren (waaronder informatie over complicaties, uitkomst en sterfte) worden gepubliceerd.
Stratificatie	-
Waarom	
Opmerkingen	Kankersoorten waarvoor de indicatoren interessant zijn om naar te verwijzen zijn longkanker, darmkanker, gynaecologische kankers, blaaskanker, melanoom, pancreaskanker, slokdarm- en maagkanker, en de algemene indicatoren van Oncologie – SONCOS.

### 37. Overleving van patiënten met kanker

IZA Doel	Uitkomsten voor mensen met diagnose kanker verbeteren
Wanneer	Versie 1
Bron	Nederlandse Kankerregistratie (NKR) van het IKNL
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	1-jaars overleving voor de volgende oncologische diagnoses: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Borstkanker</li> <li>- Huidkanker</li> <li>- Darmkanker</li> <li>- Hoofd-halskanker</li> <li>- Longkanker</li> <li>- Slokdarm- en maagkanker</li> <li>- Pancreaskanker</li> <li>- Nierkanker</li> <li>- Baarmoederhalskanker</li> </ul>
Stratificatie	Per leeftijdscategorie, per geslacht, per inkomen, per opleidingsniveau, per zorgkantorregio/per oncologische netwerkregio (zodra vastgesteld)
Waarom	Inzicht geven in overleving kan zeker bij jongere populatie proxy zijn voor verbeterde uitkomsten.
Opmerkingen	De indicator is niet ideaal, want overleving zegt niet alles, zeker niet in het kader van Samen beslissen waar kwaliteit van leven een meer

belangrijkere rol speelt naast puur overleving. Daarom komt deze ook terug op de werkagenda.

Deze indicator bevat relevantere en specifiekere informatie vanwege mogelijkheid tot stratificatie zoals hierboven genoemd, wat niet mogelijk is voor indicator 32 (Overleving van patiënten met kanker in Nederland vergeleken met andere landen)

### 38. Ziektelast vanuit ervaren kwaliteit van leven

IZA Doel	Uitkomsten voor mensen met diagnose kanker verbeteren
Wanneer	Versie 1
Bron	Mijnkwaliteitvanleven.nl (MKVL) van Patiëntenfederatie Nederland
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ervaren kwaliteit van leven</li><li>- Patiënt krijgt professionele hulp die bij zich past</li></ul>
Stratificatie	Per leeftijdscategorie, per geslacht, per opleidingsniveau, per inkomen
Waarom	Inzicht geven in kwaliteit van zorg zoals deze door patiënten wordt ervaren, wat onderdeel is van verbeterde kwaliteit.
Opmerkingen	Rekening houden met representativiteit en selectiebias omdat het een steekproef betreft. Hierdoor is regionale uitsplitsing (momenteel) niet mogelijk.

## 5.3 Werkagenda / Latere versies

### 5.3.1 Prevalentiecijfers doelgroep

#### 24. Prevalentiecijfers en incidentie mensen met (risico op) kanker

Doel	In beeld brengen van de doelgroep. Noemer voor overige indicatoren.
Wanneer	2024
Bron	Voedselconsumptiepeiling
Onderzoeksvraag	Beschikbaar is onder andere het percentage dat voldoet aan dagelijks voorgeschreven hoeveelheid groente en fruit per geslacht, per opleidingsniveau per regio. Bij partijen navragen of dit van toegevoegde waarde is.

### 5.3.2 Outcome-indicatoren

#### 35. Overleving van patiënten met kanker in Nederland vergeleken met andere landen

IZA Doel	Uitkomsten voor mensen met diagnose kanker verbeteren
Wanneer	2024
Bron	Mogelijk OECD Statistics, DICA of IKNL
Onderzoeksvraag	Momenteel zijn de meest recente vijf jaar netto-overleving beschikbaar voor de jaren 2010-2014. De indicator is niet ideaal gezien er geen rekening wordt gehouden met de kwaliteit van leven en in het kader van Samen Beslissen. Is er een betere indicator om landen te vergelijken die meer rekening houdt met de ervaring kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven? Of bijv. door te kijken naar enkel <65 jaar.

### 39. Scoren van kennis en/of bewustzijn risico van blootstelling uv-straling

IZA Doel	Minder mensen met kanker
Wanneer	2024
Bron	Nader te bepalen
Onderzoeksvraag	In het IZA is als doel opgenomen dat het bewustzijn van het risico op huidkanker en het zongedrag van mensen is veranderd in 2025 vergeleken met 2023. Op dit moment is er geen goede data of bron beschikbaar over de kennis en/of bewustzijn van mensen over het risico van blootstelling aan uv-straling in relatie met het ontwikkelen van huidkanker of over het zongedrag van mensen. Er loopt wel een subsidieproject via het Huidfonds, daar is afstemming mee gezocht. Daarnaast zijn er goede voorbeelden uit het buitenland (o.a. België) waar dit wel gemonitord wordt en waar we van kunnen leren.

### 40. Wachttijden ziekenhuisbehandeling

IZA Doel	Betere uitkomsten voor mensen met diagnose kanker
Wanneer	2023/2024
Bron	Zorgdomein gekoppeld aan declaratiedata zorgverzekeraars
Onderzoeksvraag	Voor tranche 1 kan dit heel relevant zijn. Vraag is hoe dit goed te meten, de ODB is hiervoor niet specifiek genoeg. Is het meten van doorverwijzingen uit de eerste lijn en de tijd die zit tussen de verwijzing en start behandeling een goede proxy en voor welke behandelingen willen we dit dan specifiek weten?

### 41. Mate van praktijkvariatie in behandeling

IZA Doel	Betere uitkomsten voor mensen met diagnose kanker
Wanneer	2024
Bron	NKR, DICA (een gedeelte beschikbaar via CBS) en/of ODB
Onderzoeksvraag	Eerst zal afstemming plaatsvinden met betrokken partijen voor welke behandelingen en/of complicaties de praktijkvariatie in kaart zal worden gebracht. Het IZA kan juist zorgen voor meer variatie, dus goed kijken naar wat je wilt meten.  Specifiek is meten van variatie interessant voor: <ul style="list-style-type: none"><li>- Toegankelijkheid naar het gebruik van klinische genetica en dure oncolytics bekijken voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden;</li><li>- Starten behandeling in laatste levensfase</li><li>- Wel of niet operatie bij colon- en slokdarmkanker</li></ul>

### 42. Patient Reported Outcomes Measures (PROMs)

IZA Doel	Betere uitkomsten voor mensen met diagnose kanker
Wanneer	2024

Bron	Cohortstudies (mogelijk ERGO Onderzoek/Rotterdam Study, Profiles Registry of voor bepaalde kankersoorten (bv. POCOP, PACAP, PLCRC) via IKNL)
Onderzoeksvraag	Welke cohortstudies lopen er naar de verschillende types kanker die in deze monitor terugkomen en in hoeverre zijn hier uitvragen in opgenomen voor de patiënten over kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven

### 43. Deelname bevolkingsonderzoeken

IZA Doel	Betere uitkomsten voor mensen met diagnose kanker
Wanneer	2024
Bron	Monitor bevolkingsonderzoek darmkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker
Onderzoeksvraag	Past een verwijzing naar deze monitors bij het IZA? Het IKNL voert tegenwoordig in opdracht van het RIVM de monitoring uit voor de bevolkingsonderzoeken voor darmkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker en publiceert hierover een op hun website (vanaf 2015). Voor beknoptere cijfers kan ook worden verwezen naar de kerncijfers voor deze monitors op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg.

## 6 Doelgroep Ouderen met een kwetsbare gezondheid

### 6.1 Introductie

Het IZA benoemt dat het aandeel van mensen in de leeftijd van 65+ zal groeien naar 26 procent in 2040, met vanaf het 75<sup>ste</sup> levensjaar een sterke stijging in zorgkosten. Om de zorg toegankelijk te houden, is een verbetering noodzakelijk voor ouderen met een kwetsbare gezondheid. Dit hoofdstuk staat stil bij de outcome-indicatoren die gekozen zijn om de IZA-afspraken voor deze doelgroep op (middel)lange termijn te kunnen monitoren.

#### Definitie van de doelgroep

Het begrip 'kwetsbare gezondheid' is lastig te definiëren. Eenzaamheid en zelfredzaamheid zijn factoren die invloed hebben op iemands kwetsbaarheid maar deze factoren zijn lastig te meten. Hierdoor is het momenteel niet mogelijk informatie over deze aspecten mee te nemen om voor de definitie van deze doelgroep. Om de doelgroep te definiëren zal daarom het zorgtredenmodel gebruikt worden van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de NZa.

Het zorgtredenmodel wordt gebruikt om groepen ouderen te analyseren op basis van zorggebruik: van lichte zorg naar zwaardere zorgtypes. Indeling gebeurt op basis van de zwaarste zorg, ook wel de hoogste trede genoemd. Niet alle zorgtreden maken deel uit van de monitor; bijvoorbeeld de Wlz is uitgesloten (zorgtrede 6). De leeftijdsgrens van 65 jaar of ouder zal worden aangehouden om de doelgroep te definiëren.

Daarnaast is de groep ouderen die juist geen zorgkosten maakt ook een relevante groep om mee te nemen, omdat hier mogelijk zorgmijders bij zitten of mensen die momenteel nog geen zorg nodig hebben en door preventie maatregelen langer zelfredzaam en/of minder eenzaam kunnen zijn. Deze ouderen zullen worden meegenomen als trede 0 in het zorgtredenmodel. Informatie over de eigen bijdrages voor de Wmo (zorgtrede 3: Wmo-ondersteuning) zal worden opgevraagd bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en mogelijk pas in een latere versie worden toegevoegd.

#### Relatie van deze doelgroep met andere akkoorden

De doelgroep hier behelst mensen in de Zvw, maar de meest kwetsbare zijn ook degene die de meeste kans maken door te stromen naar de Wlz op korte termijn. Er zijn dus raakvlakken met het WOZO-akkoord. Afstemming hierover wordt gezocht.

### 6.2 Indicatoren versie 1

De monitoring voor deze doelgroep begint met prevalentiecijfers van kwetsbare ouderen op basis van het zorgtredenmodel.

#### 6.2.1 Prevalentiecijfers doelgroep

##### 44. Prevalentie- en incidentiecijfers ouderen op basis van het zorgtredenmodel

Doel	In beeld brengen van de doelgroep. Noemer voor overige indicatoren.
Wanneer	Versie 1
Bron	Declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	Indeling van ouderen (>65 jaar) in groepen gedaan op basis van het zorgtredenmodel (met uitzondering van trede 6 – Wlz) met gebruik van declaratiedata. Hieraan zal trede 0 worden toegevoegd (geen zorgkosten).
Stratificatie	Per leeftijdscategorie, per geslacht, per inkomen, per opleidingsniveau, per huishoudentype, per zorgkantoorregio



Opmerkingen Opleidingsniveau is pas betrouwbaar vanaf medio jaren '80 en voor vrouwen minder representatief door ontoegankelijkheid van hoger onderwijs.

Mogelijk zal informatie over zorgtrede 3 (Wmo) in een latere versie worden toegevoegd door data-aanvraag bij het CAK.

## 6.2.2 Outcome-indicatoren

### 45. Aantal spoedeisende hulp opnames (SEH)

Doel	Betere uitkomsten voor ouderen met kwetsbare gezondheid
Wanneer	Versie 1
Bron	Declaratiedata zorgverzekeraars (via Zorginstituut Nederland)
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	Aantallen SEH-prestaties
Stratificatie	Per leeftijdscategorie, per type oudere (zorgtredenmodel), per geslacht, per inkomen, per opleidingsniveau, per zorgkantoorregio
Waarom	Benoemd als criteria voor monitoren in het IZA
Opmerkingen	Een toe- of afname zegt vooral iets over de druk op het zorgveld en is geen goede kwaliteitsmaat omdat er niet gekeken wordt naar noodzakelijkheid van de opname.

### 46. Aantal valincidenten en complicaties

IZA Doel	Betere uitkomsten voor ouderen met kwetsbare gezondheid
Wanneer	Versie 1
Bron	Monitor valpreventie
Analyses	Geen
Hoe	Doorverwijzen naar de Monitor valpreventie van het RIVM
Stratificatie	-
Waarom	Geeft inzicht in zorggebruik dat mogelijk voorkomen kan worden binnen deze doelgroep.
Opmerkingen	De monitor valpreventie zal geen inzicht geven in het totaal aantal valincidenten, maar alleen het aantal ouderen dat na een val op de SEH terecht komt (o.a. met een heupfractuur of hersenletsel) en het aantal overlijdens na een val (uitgesplitst naar letsel). Tevens geeft de monitor inzicht in wat er gebeurt in het sociaal en zorgdomein ter preventie van (ernstige) valincidenten.

### 47. Aantal ouderen met dementie en welke behandeling gegeven wordt

IZA Doel	Betere uitkomsten voor ouderen met kwetsbare gezondheid
Wanneer	Versie 1
Bron	Dementie in kaart
Analyses	Geen

Hoe	Doorverwijzen naar Dementiekaart.nl
Stratificatie	-
Waarom	Geeft inzichten in het aantal mensen met dementie als achtergrond voor het IZA doel benoemd dat voor elke persoon met dementie in 2025 een diagnose en behandeling op maat beschikbaar is.
Opmerkingen	Dementiekaart.nl is een website ontwikkelt door het Amsterdam Data Collective en Erasmus School of Health Policy & Management, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hierbij is nauw samengewerkt met onder meer Dementie Netwerk Nederland en Alzheimer Nederland.

#### 48. Ervaren kwaliteit van zorg

IZA Doel	Betere uitkomsten voor ouderen met kwetsbare gezondheid
Wanneer	Versie 1
Bron	Mijnkwaliteitvanleven.nl (MKVL) van Patiëntenfederatie Nederland
Analyses	Zorginstituut Nederland
Hoe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ervaren kwaliteit van leven</li> <li>- Patiënt krijgt professionele hulp die bij zich past</li> </ul>
Stratificatie	Per leeftijdscategorie, per geslacht, per opleidingsniveau, per inkomen
Opmerkingen	Rekening houden met representativiteit omdat het een steekproef betreft. Hierdoor is regionale uitsplitsing (momenteel) niet mogelijk. Daarnaast link geven naar vzinfor.nl naar missie 4 Gezondheid en Zorg.

## 6.3 Werkagenda/Volgende versies

### 6.3.1 Outcome-indicatoren

#### 49. Ervaren kwaliteit van zorg (overige bronnen)

IZA Doel	Betere uitkomsten voor ouderen met kwetsbare gezondheid
Wanneer	2024
Bron	Populatiestudie zoals LASA , LifeLines, ERGO Onderzoek (Rotterdam Study) of Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel
Onderzoeksvraag	Welke populatiestudies lopen er voor ouderen en in hoeverre zijn hier uitvragen in opgenomen voor de patiënten over kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven? Of is het van toegevoegde waarde een uitvraag te doen via het Consumentenpanel van het Nivel?

#### 50. Wachttijden Zvw-zorg

IZA Doel	Betere beschikbaarheid van zorg voor ouderen met kwetsbare gezondheid
Wanneer	2024
Bron	Openbare database (ODB) of Monitor Toegankelijkheid van de NZa
Onderzoeksvraag	Wachttijden in de zorg kunnen inzicht geven in de toegankelijkheid van de zorg. Er zal beoordeeld moeten worden of deze indicator beter past bij de output-monitoring.

## 51. Wachttijden Wlz-zorg

IZA Doel	Betere beschikbaarheid van zorg voor ouderen met kwetsbare gezondheid
Wanneer	2024
Bron	iWlz-berichtenverkeer of Monitor Toegankelijkheid van de NZa
Onderzoeksvraag	Wachttijden in de zorg kunnen inzicht geven in de toegankelijkheid van de zorg. Er zal beoordeeld moeten worden of deze indicator beter past bij de output-monitoring. Deze data is al beschikbaar op Regiobeeld.nl.

## 52. Scores van bewustzijnsgraad kwaliteit van leven

IZA Doel	Betere beschikbaarheid van zorg voor ouderen met kwetsbare gezondheid
Wanneer	Onbekend
Bron	2024/2025
Onderzoeksvraag	Bekijken met behulp van proxy's naar de bewustzijn van ouderen met een kwetsbare gezondheid in het kader van Advance care planning (ACP).

## 7 Financiering

## 8 Betrokken partijen

IZA Partijen	Deelname doelgroepen workshop 11 april	Deelname deelsessie doelgroep	1-op-1 gesprek
Federatie Medisch Specialisten (FMS)			Algemeen
Actiz	Ja		Kwetsbare ouderen
De Nederlandse ggz	Ja	Mensen met psychische problematiek Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden	
InEen	NHG afgevaardigd	Kwetsbare ouderen	
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	Ja	Mensen met (risico op) kanker Hart- en vaatziekten	
Landelijke huisartsenvereniging (LHV)	Ja		
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Ja	Hart- en vaatziekten	
Patiëntenfederatie Nederland	Ja	Hart- en vaatziekten	Kwetsbare ouderen
Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)	Ja	Kwetsbare ouderen Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden Mensen met psychische problematiek	Kwetsbare ouderen
Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN)			
Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)	Ja		
Zorghuisnl			
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Ja	Kwetsbare ouderen Mensen met (risico op) kanker Hart- en vaatziekten	

Overige partijen	Deelname doelgroepen workshop 11 april	Deelname deelsessie doelgroep	1-op-1 gesprek
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	Ja		Algemeen
Nivel			Algemeen
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)	Ja	Kwetsbare ouderen Hart- en vaatziekten Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden Mensen met psychische problematiek	Hart- en vaatziekten Mensen met (risico op) kanker
Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)		-	Mensen met (risico op) kanker
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)		Kwetsbare ouderen	Kwetsbare ouderen
Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (VERENSO)		Kwetsbare ouderen	
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Ja		
Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)		Mensen met (risico op) kanker	
Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS)			Mensen met (risico op) kanker
Nederlandse Hart Registratie (NHR)			Hart- en vaatziekten
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)			Hart- en vaatziekten
Pharos		Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden	
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)			Mensen met psychische problematiek
Akwa GGZ			Mensen met psychische problematiek
Trimbos-instituut		Mensen met psychische problematiek	
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (Nvdv)			Mensen met (risico op) kanker
Zilveren kruis		Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden	

# Colofon

Projectnaam	IZA outcome monitoring
Projectnummer	2023001201
Volgnummer	2023026467
Opdrachtgever	BO IZA
Opdrachtnemer	Zorginstituut Nederland
Contactpersoon	J.W. Dik +31620113702
Afdeling	Fondsen & Informatie-management
Team	Fondsbeheer & Analyse Zorgkostenontwikkeling
Uitgebracht aan	BO IZA