



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

Indicatoren om de verandering naar de **Juiste Zorg Op de Juiste Plek** te volgen:

een Delphi-studie

RIVM-rapport 2022-0122



Colofon

© RIVM 2023

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van zijn producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook www.rivm.nl/toegankelijkheid.

DOI 10.21945/RIVM-2022-0122

M.A.P. Vugts (auteur), RIVM
P.P.F. Klein (auteur), RIVM
E. de Weger (auteur), RIVM
B.M. Keij (auteur), RIVM
J.N. Struijs (auteur), RIVM

Contact:

Miel Vugts

Voeding, Preventie en Zorg, Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie
miel.vugts@rivm.nl

Dit onderzoek is verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van het programma de Juiste Zorg Op de Juiste Plek.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland

www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Indicatoren om de verandering naar de Juiste Zorg Op de Juiste Plek te volgen: een Delphi-studie.

De zorg staat steeds meer onder druk. Dit komt onder meer door personeelstekorten, vergrijzing en stijgende zorgkosten. Een manier om deze problemen op te vangen, zijn veranderingen in de organisatie van zorg en ondersteuning om vaker de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) te krijgen. Het doel van dit veranderproces is zorg voorkomen (preventie), verplaatsen naar de juiste hulpverlener, of vervangen, bijvoorbeeld door digitale zorg. Dit gebeurt lokaal, regionaal en landelijk.

De bedoeling van JZOJP is om te zorgen dat mensen kunnen blijven doen wat ze belangrijk vinden. Het is hiervoor onder meer nodig dat verschillende organisaties, zoals zorg- en welzijnsorganisaties, samenwerken. Bijvoorbeeld door mensen met schulden die bij de huisarts komen ook door te verwijzen naar de schuldhulpverlening. Of de juiste hulp te regelen voor ouderen die herstellen na een operatie.

Er zijn al veel initiatieven ontstaan voor JZOJP in verschillende regio's in Nederland. Het RIVM onderzoekt in opdracht van het ministerie van VWS wat nodig is om de verandering naar JZOJP verder te brengen. Het RIVM onderzocht op welke onderwerpen dit veranderproces het beste kan worden gevolgd, en of daarvoor nog nieuwe informatie nodig is. Hieruit bleek onder meer dat er voor veel onderwerpen nog geen (goede) gegevens (indicatoren) beschikbaar zijn om de voortgang te kunnen meten. Dat geldt bijvoorbeeld voor het vertrouwen tussen professionals en de samenwerking tussen organisaties.

In totaal hebben veertig medewerkers van zorg-, welzijns-, en kennisorganisaties meebeslist hoe de verandering naar JZOJP moet worden gemeten. Eerst werd een groep deelnemers het met elkaar eens welke onderwerpen hiervoor allemaal belangrijk zijn. Hieruit zijn de 25 belangrijkste onderwerpen gekozen. Enkele voorbeelden zijn hoe inwoners hun eigen gezondheid ervaren, de uitwisseling van digitale gegevens tussen zorgverleners en met patiënten, en de zorgkosten. Daarna koos een groep deelnemers voor elk onderwerp uit een lijst van bestaande indicatoren de meest relevante; de basislijst. Tot slot heeft een groep deelnemers een wensenlijst met indicatoren voor de toekomst gemaakt, zodat er voor alle belangrijke onderwerpen goede indicatoren kunnen zijn.

Kernwoorden: Delphi-studie, Juiste Zorg Op de Juiste Plek, zorg en welzijn, indicatoren, samenwerking, regio, preventie, voorkomen, vervangen, verplaatsen

Synopsis

Indicators to monitor the transformation towards the Right Care in the Right Place: a Delphi study

The pressure on our healthcare system is increasing. Amongst other things, this is due to increasing staff shortages, an ageing population and rising costs. One way to address these issues is to implement changes in the organisation of healthcare and support services such that the Right Care in the Right Place is provided more often. The goals of this transformation are to avoid unnecessary care (prevention), relocate care (to the right service provider) and organise care or support services differently (replacement), for instance in the form of eHealth (digital care) in order to achieve the Triple Aim. This health systems transformation takes place locally, regionally and nationally.

The ultimate goal of such a transformation towards health and well-being systems is to ensure people can continue to do what they value most. Hereto, it is required that different organisations in healthcare, public health, the social domain and community services, work together, for example by referring people in debt who reach out to their general practitioner to debt counselling as well or by organising the right support for elderly people who are recovering at home after surgery.

Many initiatives in the context of Population Health Management have emerged in different regions in the Netherlands. The Ministry of Health, Welfare and Sport commissioned the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) to investigate what is needed to take the next step in the transformation towards the Right Care in the Right Place. RIVM investigated on which elements of the transformation indicators should focus, and whether new information is needed to use these indicators. For many important elements, it concluded that insufficient data is available in order to properly monitor its progress. This was mostly the case for process elements, for example, mutual trust between professionals and cooperation between organisations.

In total, 40 employees of organisations in healthcare, public health, the social domain, community services and knowledge institutes helped decide how the transformation towards the Right Care in the Right Place should be monitored. First, a group of participants agreed on the key elements to be monitored. The 25 most important elements were prioritized, including how citizens experience their health, the exchange of digital patient data between professionals and with patients, and the cost of healthcare. Next, a group of participants chose the most relevant indicator from a list of available indicators for each element, arriving at a basic list of indicators. Finally, a group of participants compiled a wish list of indicators that need to be developed in the near future in order to monitor all important elements with the proper indicators.

Keywords: Delphi-study, health systems transformation, health care and social domain, indicators, collaboration, regionally, Population Health Management, prevention, Triple Aim

Inhoudsopgave

1 Introductie — 9

- 1.1 De beweging Juiste Zorg op de Juiste Plek — 9
- 1.2 De lerende evaluatie JZOJP — 9
- 1.3 Indicatorenset JZOJP — 10

2 Methode — 11

- 2.1 Onderzoeksoepzet — 11
- 2.2 Selectiecriteria — 12
- 2.3 Werving en kenmerken van experts — 12
- 2.4 De studie per fase in het kort — 13
- 2.4.1 Vorbereiding: groslijst indicatoren samenstellen, voorselecteren en vertalen naar thema's — 13
- 2.4.2 Ronde 1: Thema's selecteren via vragenlijst — 13
- 2.4.3 Ronde 2: Thema's bespreken in groeps gesprekken en prioriteren met vragenlijst — 13
- 2.4.4 Tussenronde: Indicatoren identificeren voor geprioriteerde thema's — 13
- 2.4.5 Ronde 3: Indicatoren prioriteren met een vragenlijst en indicatorenset samenstellen — 14
- 2.4.6 Duidingssessie: Indicatorenset en vervolg bespreken. Ontwikkelagenda samenstellen. — 14

3 Resultaten — 15

4 Beschouwing — 23

- 4.1 De bevindingen in het kort — 23
- 4.2 Reflectie op de methode — 23
- 4.3 Het vervolg — 24
- 4.3.1 Verkenning in hoeverre 'vulling' van de indicatorenset gewenst is en gerealiseerd kan worden — 24
- 4.3.2 De ontwikkelagenda — 24
- 4.3.3 Doorontwikkeling van de indicatorenset: uitdagingen, implicaties en algemene aanbevelingen — 25
- 4.3.4 Vervolgonderzoek — 27

5 Conclusie — 29

6 Referenties — 31

Bijlage 1 Onderzoeksproces per ronde — 33

- B1.1 Vorbereiding: Groslijst indicatoren identificeren, voorselecteren en vertalen naar thema's. — 33
- B1.1.1 Methode — 33
- B1.1.2 Tussenresultaat — 34
- B1.2 Ronde 1: Thema's selecteren via een vragenlijst — 34
- B1.2.1 Methode — 34
- B1.2.2 Tussenresultaat — 35
- B1.3 Ronde 2: Thema's prioriteren met experts — 35
- B1.3.1 Methode — 35
- B1.3.2 Tussenresultaat — 36
- B1.4 Tussenronde: Indicatoren identificeren voor geprioriteerde thema's — 37

B1.4.1	Methode — 37
B1.4.2	Tussenresultaat — 38
B1.5	Ronde 3: Prioritering indicatoren via vragenlijst — 38
B1.5.1	Methode — 38
B1.5.2	Resultaat — 39
B1.6	Duidingssessie: focusgroep en interviews over indicatorensets en vervolg — 43
B1.6.1	Methode — 43
B1.6.2	Resultaat — 43
B1.7	Aanvullende reflecties op het onderzoeksproces — 45
B1.7.1	Quintuple aims — 45
B1.7.2	Werving van experts — 46
B1.7.3	'Onafhankelijk' versus afhankelijke keuzes tussen optionele thema's en indicatoren — 46
B1.7.4	Consensusmethoden garanderen geen theoretisch coherent of valide resultaat — 46
B1.7.5	Reflectie op geuite bedenkingen van experts over de bruikbaarheid van indicatoren — 47
B1.8	Referenties — 47

Bijlage 2 Overzicht van deelnemers in onderzoeksrondes — 49

Bijlage 3 Voorselectie, relevantie en prioritering van thema's — 51

Bijlage 4 Keuzeset indicatoren Juiste Zorg op de Juiste Plek — 58

Bijlage 5 Ontwikkelagenda met suggesties voor de indicatorenset JZOJP — 71

1 Introductie

1.1 De beweging Juiste Zorg op de Juiste Plek

Het huidige zorg- en ondersteuningsaanbod voor inwoners van Nederland staat steeds meer onder druk. Belangrijke oorzaken hiervan zijn een groeiende arbeidskrapte, vergrijzing en stijgende zorguitgaven (RIVM, 2018; RIVM 2021).

In reactie op deze ontwikkelingen zijn betrokken landelijke, regionale en lokale veldpartijen - samen met het ministerie van VWS - een beweging gestart naar de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) (VWS, 2018). Deze beweging richt zich op samenwerking en op interventies om zorg te voorkomen, te verplaatsen en te vervangen (3V's). Het uitgangspunt van zorg- en ondersteuningsaanbod is daarbij niet alleen specifiek het tegengaan van ziekte, maar bevordering van het gehele functioneren en aansluiting bij de diverse behoeften van inwoners (Heerkens et al., 2018; Taskforce JZOJP, 2018).

Met het Taskforce-rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' is invulling gegeven aan het begrip JZOJP (Taskforce JZOJP, 2018). Daarnaast sloten 24 landelijke partijen zich in 2018 aan bij meerdere hoofdlijnaakkoorden (HLA): Medische Specialistische Zorg, Huisartsenzorg, Paramedische Zorg¹, Geestelijke gezondheidszorg en Wijkverpleging. In september 2022 is het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten dat opnieuw sterk gericht is op beleid voor JZOJP. De vormgeving van de beweging JZOJP ligt voor een belangrijk deel bij zorgverzekeraars en aanbieders van zorg en ondersteuning in de regio, omdat er lokale verschillen zijn in de ondersteuningsvragen en behoeften van mensen. Daarom is het voor deze partijen belangrijk om voortgang in JZOJP in de eigen regio te volgen en te kunnen sturen op basis van de juiste informatie.

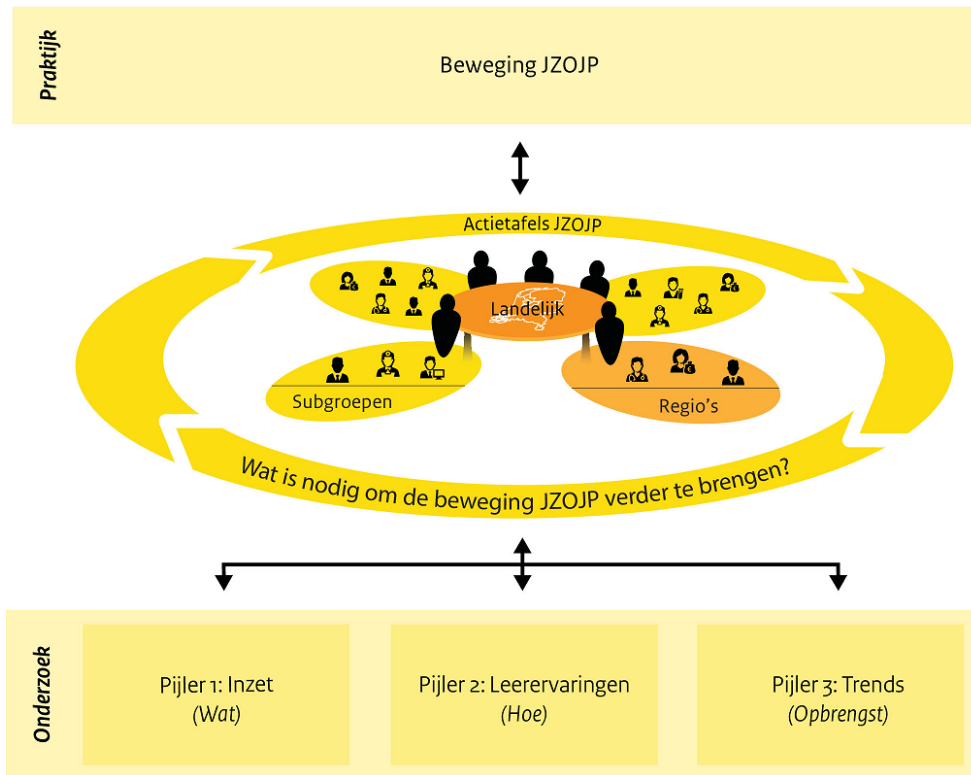
1.2 De lerende evaluatie JZOJP

In opdracht van het ministerie van VWS voert het RIVM van 2019 tot en met 2023 een lerende evaluatie uit van de JZOJP-beweging (RIVM, 2020a). Het doel hiervan is om landelijke, regionale en lokale organisaties te inspireren, te ondersteunen en te stimuleren door inzichten te geven in ontwikkelingen en ervaringen. En om samen hiervan te leren. De centrale vraag daarbij is: *'Wat is er nodig om de beweging JZOJP verder te brengen?'*

Hierbij gebruiken we de volgende definitie van de beweging JZOJP: *'Beweging van mensen, professionals en HLA-partners, die vanuit het functioneren en de behoeften van mensen, zorg voorkomen, verplaatsen, en vervangen over grenzen van organisaties en/of domeinen heen, waardoor het functioneren van mensen verbetert, en er bijgedragen wordt aan kwalitatieve, betaalbare, toegankelijke en uitvoerbare zorg.'*

Meer informatie over de lerende evaluatie JZOJP staat [hier](#).

¹ Voor de leesbaarheid spreken wij in dit rapport van vijf hoofdlijnaakkoorden en de betrokken HLA-partners. Formeel is het akkoord Paramedische Zorg geen hoofdlijnaakkoord, maar een bestuurlijk akkoord.



Figuur 1 De drie pijlers van de lerende evaluatie 'juiste zorg op de juiste plek'.

1.3 Indicatorenset JZOJP

Deze rapportage richt zich op de vraag: 'Wat zijn (de) meetbare ontwikkelingen gerelateerd aan de ambities van de beweging JZOJP?' en is onderdeel van 'Pijler 3' van de lerende evaluatie (zie ook Figuur 1). Een cruciale stap naar monitoren is te bepalen wat relevante indicatoren² zijn over hoe het ervoor staat met de beweging naar JZOJP. Vanaf 2020 is er daarom gewerkt aan een indicatorenset om de beweging naar JZOJP in de regio in kaart te brengen. De meetgegevens die de indicatorenset oplevert, zijn bedoeld om inwoner(vertegenwoordiger)s, de aanbieders en betalers van zorg en sociaal domein en andere betrokken partijen binnen een regio te helpen bij het (start)gesprek over de belangrijkste onderwerpen, gemeenschappelijke doelen, beleidsaanpassingen en plannen van aanpak. Het gaat hierbij nadrukkelijk om bruikbare beschrijvende gegevens en niet over causale effecten van (eerder ingezet) beleid.

Dit rapport beschrijft een studie die is uitgevoerd om de eerste versie van de indicatorenset vast te stellen. De resultaten vormen een groeimodel dat bestaat uit 1) een *basisset*; 2) een *keuzeset* en; 3) een *ontwikkelagenda*. Dit groeimodel houdt er rekening mee dat er in de toekomst nieuwe of betere indicatoren beschikbaar zijn, bijvoorbeeld vanwege monitoringsopgaven die geformuleerd zijn in (het kader van) het IZA.

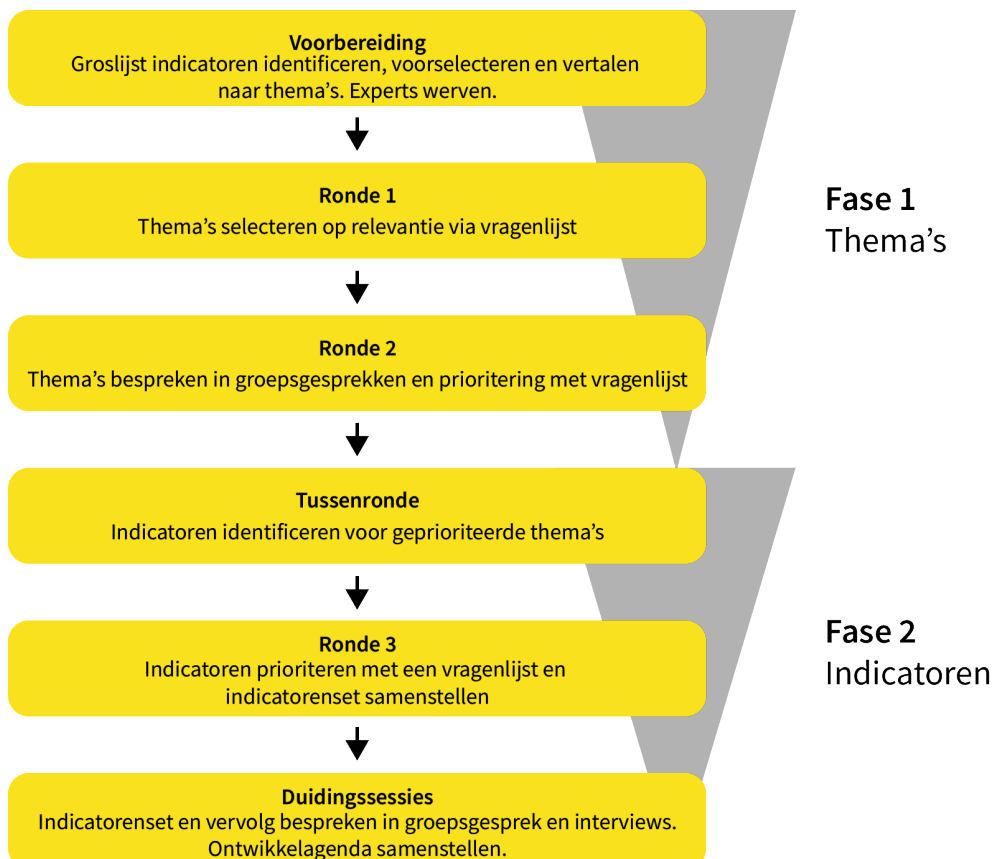
² Indicatoren zijn meetbare aspecten van een proces, bijvoorbeeld het percentage patiënten, cliënten en bewoners dat aangeeft door e-health beter voor zichzelf te kunnen zorgen.

2 Methode

2.1 Onderzoeksoepzet

De twee indicatorensets en de ontwikkelagenda zijn tot stand gekomen met twee consensusmethoden, namelijk de gemodificeerde Delphi-methode (Boulkedid et al., 2011) en (elementen van) de nominale groepstechniek (McMillan et al., 2016). Met deze consensusmethoden faciliteren de onderzoekers in verschillende rondes een groep experts om tot gedragen keuzes over een indicatorenset te komen.

De studie bestond uit twee fasen met hierbinnen de verschillende rondes (zie Figuur 2 voor een globaal overzicht, paragraaf 2.4 voor een korte beschrijving en Bijlage 1 voor aanvullende details). Fase 1 bestond uit het inventariseren (voorbereiding), vaststellen (ronde 1) en prioriteren (ronde 2) van *thema's*. Thema's beschrijven waarover JZOJP-indicatoren gaan. In fase 2 zijn er vervolgens – voor elk geprioriteerde thema – *indicatoren* geïdentificeerd (tussenronde) en geprioriteerd (ronde 3). Fase 2 werd afgerond met het bespreken van de inhoud en gebruiksmogelijkheden van de indicatorenset.



Figuur 2 Verschillende fasen en rondes om te komen tot de indicatorenset.

2.2 Selectiecriteria

Bij keuzes in thema's en indicatoren zijn criteria van relevantie, bruikbaarheid en beschikbaarheid toegepast. Bij het voorselecteren van thema's of indicatoren hanteerden RIVM-onderzoekers vaste criteria. Een thema of indicator kan relevant zijn als deze verband houdt met JZOJP (volgens de definitie). Daarbij moet sprake zijn van een uitkomst binnen het *quintuple aims* kader (zie Tekstbox 1) of van een structuur die of proces dat aan zo'n uitkomst bijdraagt (gebaseerd op Donabedian, 1998). Het is mogelijk dat indicatoren die in theorie heel relevant zijn in de praktijk nog niet worden gebruikt, oftewel: 'relevantie' zegt nog niets over 'beschikbaarheid'. Indicatoren zijn beschikbaar als er een toegankelijk en gevuld bestand met betreffende gegevens bestaat over Nederlandse instellingen of inwoners; landelijk, per gemeente of per regio (op basis van verschillende regio-indelingen). In de rondes 1, 2 en 3 oordeelden de deelnemende experts naar eigen inzicht over de relevantie van thema's en over de bruikbaarheid van indicatoren voor partijen in de regio.

Tekstbox 1 Conceptueel kader als startpunt voor relevantiebepaling van thema's en indicatoren.

Het *quintuple aims* kader bevat de volgende categorieën van uitkomsten van systemen voor zorg- en welzijn (Nundy et al., 2022):

- 1) verbeteren van de gezondheid van de bevolking ('volksgezondheid');
- 2) verhogen van de zorgkwaliteit voor de individuele patiënt ('kwaliteit');
- 3) verlagen van de zorgkosten per hoofd van de bevolking ('kosten');
- 4) verbeteren van het welzijn van zorgprofessionals ('welzijn professional') en;
- 5) verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen ('SEGV').

2.3 Werving en kenmerken van experts

De deelnemers zijn geworven uit verschillende expertisegebieden. Daarbij is gezocht naar een evenwicht tussen vertegenwoordigers van patiënten en kwetsbare inwoners, professionals in zorg en het sociaal domein, beleidsmakers (landelijk en gemeentelijk), zorgverzekeraars, wetenschappers en vertegenwoordigers van regionale initiatieven. Elke expert werd geselecteerd op basis van kennis of ervaring met de beweging naar de JZOJP. Vanaf fase 2 zijn aanvullend de HLA-partijen uitgenodigd voor aanvullende perspectieven op de bruikbaarheid van indicatoren en draagvlak voor de indicatorenset. RIVM-experts van buiten het onderzoeksteam werden in de voorbereiding en tussenronde betrokken bij het samenstellen van lijsten van thema's en indicatoren waaruit de deelnemende (externe) experts konden kiezen.

In totaal namen 40 experts deel aan één of meerdere studierondes (35 procent van de 116 uitgenodigde experts): negen vertegenwoordigers van regionale samenwerkingsverbanden, zeven vertegenwoordigers van hoofdlijnakkoord (HLA) partijen, vier zorgverzekeraars, acht wetenschappelijke instellingen en twaalf deskundigen van andere kennisinstellingen. Het aantal deelnemende experts verschilde per

ronde; zie Bijlage 2 voor een gedetailleerd overzicht van de aantallen en achtergronden van deelnemers per ronde.

2.4 De studie per fase in het kort

- 2.4.1** *Vorbereiding: groslijst indicatoren samenstellen, voorselecteren en vertalen naar thema's*
 Voor het opstellen van een groslijst zijn indicatoren gezocht in internationale wetenschappelijke literatuur. De meegenomen wetenschappelijke artikelen bevatten metingen van uitkomsten, processen, of structuren bij initiatieven zoals de beweging JZOJP. Alle inhoudelijke *thema's* waarover de indicatoren uit deze artikelen gingen, werden per *quintuple aim* onder elkaar gezet. Hieruit maakten zes RIVM-experts van buiten het onderzoeksteam een voorselectie van mogelijk relevante *thema's*.
- 2.4.2** *Ronde 1: Thema's selecteren via vragenlijst*
 Alle voorgeselecteerde *thema's* werden door 24 experts via een vragenlijst gescoord naar relevantie op een schaal van 1 tot en met 9. Met de rekenmethode van Fitch et al. (2001) werd vastgesteld welke *thema's* met consensus als relevant beoordeeld werden (zie Bijlage 1, ronde 1). De experts konden ook ontbrekende *thema's* noemen.
- 2.4.3** *Ronde 2: Thema's bespreken in groepsgesprekken en prioriteren met vragenlijst*
 In deze ronde werden er twee online groepsbijeenkomsten gehouden met in totaal 17 experts. Tijdens de sessies werd er gestemd door - per *quintuple aim* (zie Tekstbox 1) - 100 punten te verdelen over de relevante *thema's*. Na discussie over hoe de stemmen waren verdeeld, pasten de experts, indien gewenst, hun eerdere puntenverdeling aan. Na afloop van de bijeenkomst werd eerst een voorlopige keuze gemaakt voor de *thema's* die - per *quintuple aim* - in de top-vijf eindigden bij rangschikking naar het hoogste puntentotaal (zie voetnoot in Bijlage 3). Daarna werden labels van de geprioriteerde *thema's* of indelingen van *thema's* onder *quintuple aims* eventueel aangepast. Dit gebeurde op basis van argumenten die in discussies werden uitgewisseld (zie Bijlage 1, ronde 2). De finale lijst van 25 geprioriteerde *thema's* staat in de eerste kolom van Tabel 1.
- 2.4.4** *Tussenronde: Indicatoren identificeren voor geprioriteerde thema's*
 In de tussenronde is in diverse bronnen gezocht naar beschikbare indicatoren voor de 25 geprioriteerde *thema's*. Voor eventuele aanvullingen benaderden we elf RIVM-experts van buiten het onderzoeksteam, negen externe personen met specifieke deskundigheid over de geselecteerde *thema's* (onder wie twee panelleden) en 28 vertegenwoordigers van HLA-partners. Tot slot werden alle geïdentificeerde indicatoren onderverdeeld in 'beschikbaar' en 'niet-beschikbaar'. Niet-beschikbare indicatoren voor geprioriteerde *thema's* werden tot na de laatste ronde bewaard om een *ontwikkelagenda* te formuleren.

2.4.5 *Ronde 3: Indicatoren prioriteren met een vragenlijst en indicatorenset samenstellen*

In ronde 3 verdeelden 25 experts (zie Bijlage 2) - via een online vragenlijst - opnieuw 100 punten over de beschikbare indicatoren per thema. Geïnstueerd werd om de punten te verdelen naar de mate waarin indicatoren *geschikt zijn voor gebruik* in de regio ('bruikbaar'). Bij elk thema kon ook een deel van de 100 punten worden toegekend aan een optie 'anders'. Daarbij was er ruimte voor opmerkingen of suggesties. Statistische methoden werden gebruikt om onderscheid te maken tussen indicatoren met 'hoogste', 'bovengemiddelde', of 'geen' prioriteit (zie Bijlage 1, ronde 3). Geuite bedenkingen over de bruikbaarheid van indicatoren werden ingedeeld in verschillende soorten. Per thema is bekeken wat voor beperking(en) van toepassing zijn.

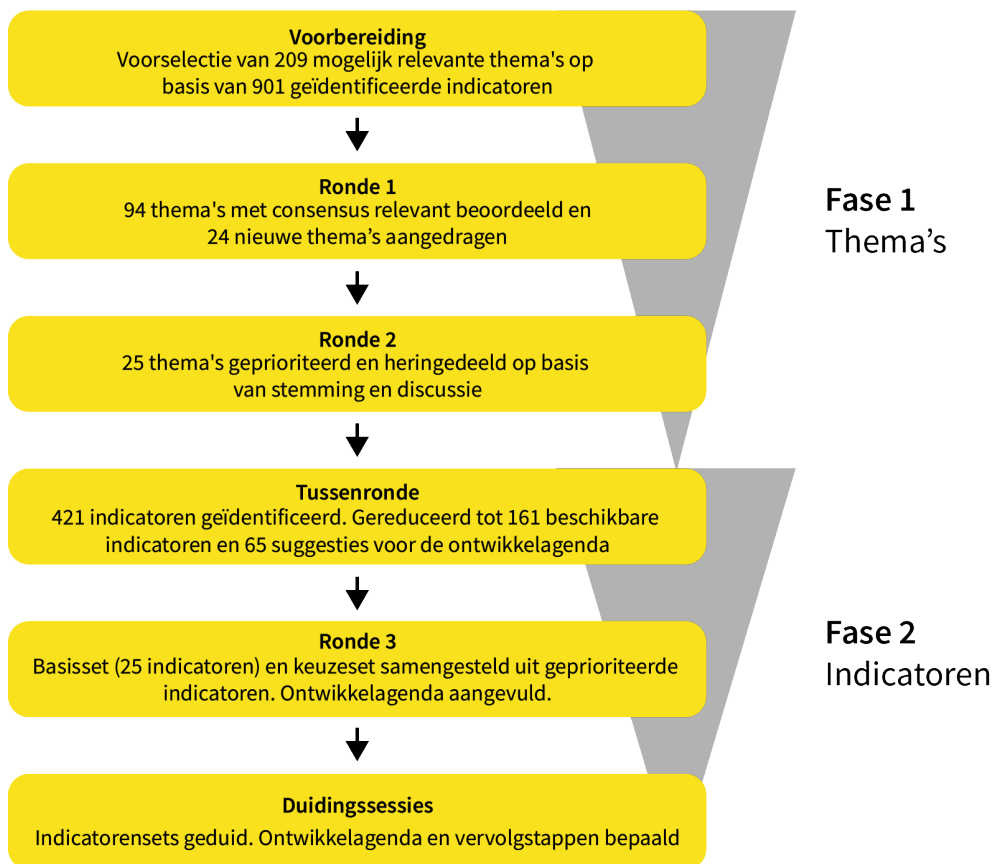
De *basisset* werd samengesteld met alleen de 'hoogst' geprioriteerde beschikbare indicatoren voor 25 geprioriteerde thema's. Overige beschikbare indicatoren van 'bovengemiddelde' prioriteit voor deze 25 thema's werden opgenomen in een *keuzeset*. De indicatoren die 'geen' prioriteit kregen, vielen af. Suggesties voor niet-beschikbare indicatoren voor geprioriteerde thema's werden bewaard om later een ontwikkelagenda vast te stellen.

2.4.6 *Duidingssessie: Indicatorenset en vervolg bespreken. Ontwikkelagenda samenstellen.*

Het onderzoek werd afgerond met verdiepende gesprekken over de indicatorenset en het vervolg. Zeven experts namen deel aan een groepsgesprek. Twee andere experts spraken we individueel. Ter voorbereiding ontvingen deelnemers een overzicht van hoe de eigen scores in ronde 3 zich verhielden tot de gezamenlijke scores van alle experts. In de gesprekken werden conceptversies van de basis- en keuzeset en ontwikkelagenda besproken. Er werd afgesloten met een vooruitblik op toekomstig gebruik. De inhoud van de gesprekken werd geanalyseerd naar: 1) reflecties over het onderzoeksproces; 2) implicaties voor de indicatorenset of ontwikkelagenda; of 3) voorgestelde richtingen voor een vervolg. Na documentatie van de laatste suggesties voor niet-beschikbare indicatoren werd tot slot de ontwikkelagenda samengesteld.

3 Resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de basisset en licht de keuzeset en de ontwikkelagenda toe. Een globaal overzicht van de tussenresultaten per Delphi-ronde is weergegeven in Figuur 3. Aanvullende details over tussenresultaten staan in de Bijlagen 1 (algemeen) en 3 (thema-selectie).



Figuur 3 Schematische weergave van resultaten uit de opeenvolgende onderzoeksrondes.

Tabel 1 beschrijft de basisset met de hoogst geprioriteerde indicatoren voor 24 van de 25 geprioriteerde thema's over ontwikkeling van JZOJP. Voor het thema 'Vertrouwen professionals' werd geen *beschikbare* indicator geïdentificeerd. Naast de geprioriteerde thema's en indicatoren beschrijft Tabel 1 de databronnen, de perioden waarover er data beschikbaar zijn en de (kleinst mogelijke) eenheid van analyse. De twee overige kolommen verwijzen naar aanvullende details om rekening mee te houden bij gebruik en of doorontwikkeling van de indicatorenset. De keuzeset (Bijlage 4) bevat alle overige 'bovengemiddeld' bruikbare indicatoren voor geprioriteerde thema's. Deze set kan door regio's in aanvulling op de basisset worden gebruikt. De ontwikkelagenda – gepresenteerd in Bijlage 5 – vat ontvangen suggesties samen voor het ontwikkelen van meer bruikbare indicatoren voor 20 van de 25 geprioriteerde thema's.

Tabel 1 Basisset indicatoren Juiste Zorg Op de Juiste Plek

Thema	Indicator	Databron	Eerste en laatste data-verzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing (1)	Bedenkingen voor gebruik in regio's (4)
Ervaren gezondheid	Gemiddeld cijfer (1-10) dat inwoners hun gezondheid geven.	Mijnkwaliteitvanleven.nl	2015-2021, halfjaarlijks	Gemeente	Divers	Geen (4)
(Her)opnamen en (her)behandelingen; potentieel (deels) vermijdbaar	Werkelijk aantal in verhouding tot het (na case-mix correctie) verwachte aantal heropnamen binnen 30 dagen na de ontslagdatum van de indexopname van patiënten.	DHD, IGJ, CBS	Geen periodieke publicatie	Instelling (t.b.v. landelijke beeld)	Ziekenhuis, specialisme, oorzaak	Beïnvloedbaarheid
Samenwerking over de domeinen heen	% ziekenhuizen dat samenwerking rond de JZOJP regionaal structureel heeft georganiseerd.	NVZ, zorg voor JUMP	2019	Instelling (niet landelijk representatief)	N.v.t.	Onvoldoende domeinoverstijgend, te randvoorwaardelijk
Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) (1)	Gemiddelde kwaliteit van leven, score gemeten met 12 Item Short Form Health Survey (SF-12) en 1-10 schaal bij volwassenen.	Gezondheidsmonitor (door o.a. CBS); Mijnkwaliteitvanleven.nl	2012 - 2020, elke 4 jaar; 2015-2021, halfjaarlijks	Gemeente	Divers, incl. regie op eigen leven (1)	Geen (4)
Kwaliteit van leven						
In- door- en uitstroom in de keten	Aantal verkeerd bed-prestaties voor patiënten dat wacht op een plek in een verpleeghuis (per 100.000 inwoners).	Vektis via zorgcijfersdatabank (ZIN)	2015-2021, jaarlijks	Instelling	N.v.t.	Onvoldoende domeinoverstijgend, beïnvloedbaarheid
Werkplezier	Gemiddelde werktevredenheidsscore (per sector in zorg en welzijn).	Programma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW): CBS, TNO	2010-2021, per kwartaal	Provincie of arbeidsmarktregio	Type organisatie	Geen (4)

Thema	Indicator	Databron	Eerste en laatste data-verzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing (1)	Bedenkingen voor gebruik in regio's (4)
(Digitale) uitwisseling patiëntinformatie	% instellingen dat digitaal informatie kan uitwisselen naar de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) van de patiënt en de patiënt informatie kan terugsturen vanuit de PGO richting de instelling.	VIPP-programma (VIPP 5)	2021 - 2022 q2, per kwartaal	Instelling	N.v.t.	Onvoldoende domein-overstijgend, te randvoorwaardelijk
Integrale gezondheidsbevorderende strategieën	Aantal deelnemers aan een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) (per 100.000 inwoners).	Vektis	2019-2021, jaarlijks	Gemeente	Divers	Onvoldoende domein-overstijgend
Patiëntervaringen ontvangen zorg	Gemiddelde score ervaren kwaliteit van zorg.	Onder meer Zorgkaart Nederland, Zorginzicht, DICA, NFU, VNG	Geen periodieke publicatie	Instelling	Divers	Beïnvloedbaarheid (4), onvoldoende domein-overstijgend
Spoedeisende hulp	% ziekenhuizen dat samenwerkingsafspraken heeft gemaakt met de acute zorgpartners.	Zorginzicht	2019-2021, jaarlijks	Instelling	N.v.t.	Onvoldoende domein-overstijgend
Schuldenproblematiek	% huishoudens met geregistreeerde problematische schulden.	CBS	2015-2021, jaarlijks	Gemeente	Huishoudens of instromers	Geen (4)
Ziekteverzuim werknemers	% ziekteverzuim in zorg en welzijn (per sector).	Programma AZW: CBS, TNO	2010-2021, per kwartaal	Provincie of arbeidsmarktregio	Type organisatie	Geen (4)
Zorgkosten	Zorgkosten (per persoon) over de Zvw, Wlz, Wmo en Jw.	Vektis, CBS	2015-2021, jaarlijks	Gemeente	Divers	Geen

Thema	Indicator	Databron	Eerste en laatste data-verzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing (1)	Bedenkingen voor gebruik in regio's (4)
Digitale zorg/ e-health (2)	% patiënten, cliënten en bewoners dat aangeeft door e-health beter voor zichzelf te kunnen zorgen, % zorgverleners dat aangeeft dat patiënten e.a. door e-health beter voor zichzelf kunnen zorgen/minder beroep doen op de zorgverlener.	RIVM e-health monitor	2021 - 2023, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.	Geen
Gezond gewicht	% personen per body mass index (BMI) categorie: ondergewicht, overgewicht, obesitas, morbide obesitas.	Gezondheidsmonitor (GGD'en, CBS en RIVM)	2012 - 2020, elke 4 jaar	Gemeente	Divers, incl. leeftijd en regio op eigen leven	Geen
Ervaren werkdruk	% werknemers in de zorg en welzijn dat aangeeft dat de werkdruk (veel) te hoog is (per sector).	Programma AZW: CBS, TNO	2014-2021, jaarlijks	Provincie of arbeidsmarktregio	Type organisatie	Geen (4)
Potentieel vermijdbare sterfte	Aantal vermijdbare sterftegevallen (per 100.000 inwoners).	Eurostat	2010-2019, jaarlijks	Landelijk	Geslacht	Beïnvloedbaarheid
Verhouding eerste- en tweedelijns behandelingen	Verhouding tussen het aantal prestatiedeclaraties (per verzekerde) in de medisch specialistische zorg in vergelijking met de huisartsenzorg.	Vektis via zorgcijfersdatabank (ZIN)	2015-2021, jaarlijks	Instelling	N.v.t.	Onvoldoende domein-overstijgend
Personeelsverloop	% werknemers (geteld o.b.v. hoofdbaan) dat in jaar 't-1' werkzaam is in de sector en op	Programma AZW: CBS, TNO	2014-2021, jaarlijks	Provincie of arbeidsmarkt-regio	Type organisatie	Geen (4)

Thema	Indicator	Databron	Eerste en laatste data-verzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing (1)	Bedenkingen voor gebruik in regio's (4)
	de peildatum in jaar 't'. Noemer: totaal aantal werknemers in de sector (peildatum in jaar 't-1')					
Middelengebruik (roken)	% volwassenen dat aangeeft (wel eens of dagelijks) te roken.	Gezondheidsmonitor (door o.a. CBS)	2012 - 2020, elke 4 jaar	Gemeente	Divers, incl. regie op eigen leven ²	Geen
Gezondheids-determinanten kinderen (3)	% kinderen in een jeugdzorgtraject, % kinderen (4-18 jaar) met een gezond gewicht.	CBS, gezondheidsenquête/ leefstijlmonitor (o.a. CBS)	2015-2021, 2014-2021, jaarlijks	Gemeente, landelijk	N.v.t., opleiding en migratie-achtergrond	Geen
Participatie	% personen dat aangeeft eenzaam te zijn.	Gezondheidsmonitor, enquête samenhang en welzijn (o.a. CBS)	2012 - 2020, elke 4 jaar	Gemeente	Divers, incl. regie op eigen leven	Geen (4)
Capaciteit	Aantal inwoners per huisarts FTE.	Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn	2005-2021, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.	Beïnvloedbaarheid (4), onvoldoende domein-overstijgend

Vertrouwen tussen professionals: Geen beschikbare indicatoren geïdentificeerd.

- De herindeling (zie Bijlage 1, ronde 2) van *quintuple aim* SEGV had diverse implicaties voor de indicatorenset. Geprioriteerde thema's over SEGV staan niet in de eerste kolom. Er is een extra kwaliteit van leven-indicator gekozen die – bij uitsplitsing naar verschillende sociaaleconomische groepen binnen de populatie – de hoogste prioriteit heeft voor SEGV. De kolom 'Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing' geeft aan op welke kenmerken uitsplitsingen van de indicator naar sociaaleconomische groepen beschikbaar zijn. Divers betekent dat meerdere demografische en sociaaleconomische kenmerken beschikbaar zijn voor uitsplitsing. 'Regie op eigen leven' gaat over het initiële top-vijf thema 'Zelfredzaamheid in de populatie' voor SEGV als *quintuple aim* (zie Bijlage 1, ronde 2). Twee andere geprioriteerde SEGV-thema's gingen op in het thema 'Patiëntervaringen ontvangen zorg'.
- In ronde 3 werden de twee geselecteerde indicatoren voor dit thema samen gepresenteerd als 'de mate waarin e-health bijdraagt aan de zelfredzaamheid van patiënten, cliënten en bewoners'. De toelichting bij de indicator informeerde de experts dat data voor deze indicatoren gerapporteerd worden door zowel de patiënt/cliënt/bewoner als door de zorgverlener en er dus ook twee verschillende tellers en noemers zijn.
- Het thema 'Gezondheidsdeterminanten kinderen' bevat twee verschillende indicatoren, die gemiddeld exact even hoog scoorden.

4. Bedenkingen over bruikbaarheid van beschikbare indicatoren volgens experts (zie Bijlage 1, ronde 3) zijn ingedeeld in drie categorieën: 'niet beïnvloedbaar door beleid', 'onvoldoende domein-overstijgend' en 'te randvoorwaardelijk'. Er wordt in de kolom naar de soort bruikbaarheidsbeperking verwezen als meerdere experts daarover een opmerking hebben gemaakt. 'Geen' betekent dat daarvan geen sprake was.

Voor veertien thema's bevat de basisset een bruikbare indicator. Daarentegen zijn er bij elf thema's bedenkingen genoemd die suggereren dat er behoefte is aan het ontwikkelen van een meer bruikbare indicator. Hierbij valt op dat hoog geprioriteerde thema's over structuren (bijvoorbeeld samenwerking over de domeinen heen) en processen (bijvoorbeeld vertrouwen tussen professionals en integrale gezondheidsbevorderende strategieën) relatief vaak nog beschikbare en bruikbare indicatoren missen.

4 Beschouwing

4.1 De bevindingen in het kort

Het doel van deze studie was om tot een eerste gedragen set van indicatoren te komen om opgaven en vorderingen van JZOJP in de regio te kunnen volgen. De indicatorenset is ontwikkeld met het oog op ondersteuning van gesprekken tussen inwoners, betalers, aanbieders en andere betrokken partijen over gemeenschappelijke verbeteropgaven en plannen voor de regio. De indicatoren bieden beschrijvende informatie over JZOJP-ontwikkelingen. Ze zijn niet bedoeld om causale effecten van interventies of beleid aan te tonen. Deze studie leverde een basisset van 25 indicatoren voor JZOJP-ontwikkelingen op. De set bevat indicatoren voor zowel relevante structuren als processen en uitkomsten van de beweging JZOJP. De onderlinge discussies van de deelnemende experts gaven ook inzicht in de overwegingen om thema's of indicatoren juist wel of niet te prioriteren.

De indicatorenset is daarmee relevant voor het traject rondom het integraal zorgakkoord (IZA), het opstellen van regiobeelden en regioplannen en monitoren van voortgang in JZOJP. In het IZA wordt JZOJP beschreven als een belangrijk aspect bij 'passende zorg'. Als partijen binnen regio's vanuit dit kader met elkaar in gesprek willen, bijvoorbeeld over het bepalen van opgaven of (concrete en meetbare) gezamenlijke doelen, dan helpt de indicatorenset om dat te doen met een breed perspectief op 'zorg', sociaal domein en verbinding daartussen. Daarbij helpt de indicatorenset regionale initiatiefnemers om gezamenlijk het gesprek te voeren over de lokale prioritering en agendering van indicatoren voor JZOJP.

Een deel van de onderzoeksbevindingen die gaan over het voorkomen van (duurdere) zorg (preventie), zijn ook relevant voor het volgen van ontwikkelingen in het kader van de specifieke uitkering (SPUK) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Experts suggereerden bijvoorbeeld het opnemen van indicatoren over het bereik van (kwetsbare groepen) met diverse 'integrale gezondheid bevorderende strategieën'. Een indicator over het gebruik van gecombineerde leefstijlinterventies werd geprioriteerd met de opmerking dat vergelijkbare indicatoren ook relevant zijn voor andere preventieve strategieën (bijvoorbeeld verwijzingen naar het sociale domein of begeleiding bij het stoppen met roken).

4.2 Reflectie op de methode

Door het gebruik van consensusmethoden werden in dit onderzoek waarderings, stemmen en meningen van experts gelijk gewogen bij keuzes voor de indicatorensets. Daarmee ontstond een 'gedragen' compromis. De onderzoekers beperkten de invloed van hun eigen opvattingen door vaste criteria te gebruiken bij voorselecties en door systematisch en zorgvuldig alle kwalitatieve input van experts te verwerken. Reflecties op deze faciliterende rol, die belangrijk zijn voor het gebruik en de doorontwikkeling van de indicatorenset, staan in het laatste hoofdstuk van Bijlage 1. Daarnaast zijn indicatoren die 'beschikbaar' zijn vanuit bestaande openbare gegevensbronnen

geprioriteerd. Hierdoor zijn administratieve lasten bij het gebruik van de indicatorenset beperkt. Een nadeel van consensusmethoden dat in dit onderzoek tot uiting kwam, is een lange doorlooptijd. Ruim vier jaar na het formele begin van de beweging naar JZOJP kunnen regio's de indicatorenset gebruiken, bijvoorbeeld bij het opstellen van regiobeelden. Het accent op prioritering van al beschikbare indicatoren droeg ook niet bij aan tijdig zicht op de beperkingen van beschikbare indicatoren bij veel thema's met een hoge prioriteit waarmee (administratief efficiënte) keuzes over vernieuwing van monitoringsinstrumenten kunnen worden gemaakt. Zonder deze onderzoeksmethoden kunnen keuzes sneller gemaakt worden, maar is er meer risico op een gebrekkig draagvlak. Dit komt doordat dan niet alle betrokken partijen evenveel, of kleine partijen in onevenredige mate invloed hebben op genomen besluiten. Een belangrijke uitdaging en les is om de dynamieken van (snelle) bestuurlijke besluitvorming en (langzame) processen van onderzoek en consensusvorming (beter) op elkaar af te stemmen. Onderzoeksprocedures kunnen mogelijk worden aangescherpt voor ontwikkeling van indicatorensets die beperkte administratieve lasten veroorzaken, mede op basis van inzicht in de prioritering van niet-beschikbare indicatoren.

4.3 Het vervolg

4.3.1 *Verkenning in hoeverre 'vulling' van de indicatorenset gewenst is en gerealiseerd kan worden*

De huidige basisset is een belangrijke eerste stap. Voor 14 van de 25 geprioriteerde thema's kunnen bruikbare indicatoren uit de basisset al worden 'gevuld' met beschikbare gegevens. Onderzoekers van de lerende evaluatie bespreken met diverse betrokkenen de mogelijkheden om de gevulde indicatoren voor gebruikers in de regio toegankelijk te maken. Naast deskundige RIVM-collega's zijn dit vertegenwoordigers van regio's die de gebruikscontext van de indicatorenset kennen, het ministerie van VWS en eigenaars van de gegevensbronnen bij de beschikbare indicatoren. Het doel is om gegevens op basis van de basisset gebruiksvriendelijk en betekenisvol te presenteren, bijvoorbeeld via Regiobeeld.nl. Hierbij worden, als dat mogelijk is, ideeën meegenomen die experts tijdens het onderzoek over het presenteren van beschikbare indicatoren deelden. Dit zijn bijvoorbeeld: het prominent zichtbaar maken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, duiding geven om misinterpretatie te voorkomen, of slimme visualisaties van verhoudingen of trends. Op korte termijn wordt, afhankelijk van acceptatie van de basisset door beoogde gebruikers, besloten over permanente plaatsing van JZOJP-indicatoren op Regiobeeld.nl en/of andere applicaties. Hiertoe wordt ook samengewerkt met belangrijke groepen die minder vertrouwd zijn met het gebruik van data om opgaven in de regio te bepalen (De Haan et al., 2022).

4.3.2 *De ontwikkelagenda*

Verschillende vervolgstappen zijn nog nodig om de indicatorenset door te ontwikkelen. Voor thema's waarvoor beschikbare indicatoren ontbreken of de bruikbaarheid nog bedenkelijk is (zoals 'vertrouwen tussen professionals' en 'samenwerking over domeinen heen'), biedt de

ontwikkelagenda suggesties voor nieuwe indicatoren. Voor sommige thema's met een bruikbare indicator in de basisset, zoals sociaaleconomische gezondheidsverschillen, toont de ontwikkelagenda daarnaast veel ruimte voor verbetering. Zo'n ontwikkelpunt is bijvoorbeeld om te zorgen dat indicatoren over ervaringen van ontvangen zorg zowel uit te splitsen zijn naar 1) sociaaleconomische kenmerken van personen als naar 2) waar de ervaringen specifiek over gaan (bijvoorbeeld een goede afstemming tussen zorgverleners, begrijpelijke uitleg, samen beslissen, et cetera). Partijen in en om regio's heen kunnen dus met de ontwikkelagenda aan de slag. Dit onderzoek en eerder onderzoek laten echter ook zien dat hiervoor een aantal bredere uitdagingen bestaan.

4.3.3 *Doorontwikkeling van de indicatorenset: uitdagingen, implicaties en algemene aanbevelingen*

De bevindingen uit dit onderzoek leggen uitdagingen bloot om de indicatorenset te kunnen door-ontwikkelen. De implicaties daarvan geven aanleiding tot aanbevelingen voor 1) partijen in de regio die gezamenlijke opgaven willen bespreken op basis van een bruikbare indicatorenset en 2) landelijke partijen met een rol om regio's hierbij te faciliteren. Ook geven geïdentificeerde uitdagingen voor doorontwikkeling richting aan vervolgonderzoek.

Dit onderzoek laat zien dat het complex is om een bruikbare indicatorenset voor JZOJP te ontwikkelen met consensus tussen betrokken partijen. Hoewel experts het vaak eens waren over thema's en indicatoren, illustreerden de geuite bedenkingen over bruikbaarheid van indicatoren ook belangrijke perspectiefverschillen op JZOJP. Experts met een zorgachtergrond (bijvoorbeeld vertegenwoordigers van ziekenhuizen, specialisten, of zorgverzekeraars) uitten relatief veel bedenkingen (over onder meer beperkte beïnvloedbaarheid) bij beschikbare indicatoren over het welzijn van professionals en de volksgezondheid. Maar ze uitten relatief minder bedenkingen (over onder meer gebrek aan een domein-overstijgende rationale) bij indicatoren die vooral over activiteiten van ziekenhuizen gaan. Doelstellingen voor regio's - en daarmee de prioritering van thema's en indicatoren - zullen bovendien na verloop van tijd veranderen. Dit betekent dat zowel regionale als landelijke partijen gedragen besluitvorming moeten blijven faciliteren om in de toekomst een set bruikbare indicatoren over JZOJP-thema's beschikbaar te krijgen en te houden. Dit begint al met keuzes over het opvolgen van suggesties op de ontwikkelagenda en het nog eens kritisch laten beoordelen van deze suggesties door aanvullende experts. Daarom adviseren we partijen in de regio om de indicatorenset te gebruiken met inachtneming van zowel de beoogde gebruikscontext als de actuele staat van consensus over de bruikbaarheid van geprioriteerde beschikbare indicatoren. De aanbeveling voor landelijke partijen is om bevindingen en lessen over consensusvorming uit dit onderzoek mee te nemen in het proces rondom het monitoren van beleid dat verband houdt met JZOJP, zoals de monitoring van het IZA.

Een andere uitdaging die dit onderzoek blootlegt, is de beperkte beschikbaarheid van (herbruikbare) data om indicatoren voor alle JZOJP-thema's te vullen. Dit onderzoek helpt - bijvoorbeeld bij het

samenstellen van regiobeelden - om relevante thema's te kiezen en indicatoren uit openbare databronnen te prioriteren, maar biedt geen oplossingen voor de beperkte beschikbaarheid van indicatoren voor veel hoog geprioriteerde thema's. Beschikbaarheid verschilt zichtbaar tussen zorgsectoren en tussen het zorg- en sociale domein. Bij vijf thema's werd bovendien een indicator het hoogst geprioriteerd waarvan de beschikbaarheid op regionaal niveau beperkt is. Deze bevindingen zijn in lijn met recent onderzoek, dat laat zien dat samenwerkende partijen in regio's nog veel werk hebben aan technische en organisatorische randvoorwaarden om tot 'goed gevulde' regiobeelden te komen (De Haan et al., 2022).

Voor regionale partijen betekent dit dat eigen initiatief om data beschikbaar te maken, nodig blijft om een gesprek over regionale opgaven te kunnen faciliteren met een complete set bruikbare indicatoren voor de belangrijkste thema's. Landelijke partijen met een ondersteunende rol staan voor keuzes over investeringen in mogelijkheden voor hergebruik van data en in ontwikkeling van nieuwe gerichte monitoringsinstrumenten. Dit betekent ook dat haalbaarheidsvraagstukken voor monitoring van het IZA niet onderschat moeten worden.

We herhalen eerdere aanbevelingen voor landelijke maatregelen voor (digitale) gegevensuitwisseling en hergebruik van data. We adviseren om de ontwikkelagenda mede als inspiratiebron te gebruiken bij initiatieven, zowel regionaal als landelijk, om beschikbaarheid van data over JZOJP-thema's te vergroten. Bevindingen uit dit onderzoek kunnen als referentiekader worden gebruikt bij het volgen van hergebruik van data door regio's.

Opvallend is dat de uitdaging van beperkte databeschikbaarheid vooral hoog geprioriteerde thema's over samenwerking betreft. Beschikbare indicatoren gaan in het algemeen over (groepen) burgers/patiënten of aanbieders/marktpartijen. Groepsindelingen (aggregaties) volgen centrale ordeningsprincipes, zoals geografische eenheden of systemen (bijvoorbeeld zorgsectoren, systeemwetten, gemeenten, arbeidsmarktregio's). De meetaanpak volgt dus het algemene beleid van marktwerking en de centrale sturing op het zorg- en ondersteuningsaanbod.

Dit impliceert dat doorontwikkeling van de indicatorenset afhangt van algemene aanpassingen van (publieke) monitoringsinstrumenten aan 'meer samenwerking'. Met de hoofdlijnakkoorden en het IZA - en JZOJP en Passende Zorg als inhoudelijke invulling daarvan - gaat beleid voor gezondheid nog meer uit van samenwerking (in aanvulling op marktwerking en centrale sturing) als mechanisme van coördinatie van het zorg- en ondersteuningsaanbod (Powell, 1990). JZOJP gaat per definitie over activiteiten 'over grenzen van organisaties heen', zoals (digitale) gegevens uitwisselen, gedeelde consulten, of doorverwijzingen waarbij vertrouwen tussen professionals cruciaal is. Beleid monitoren dat erop gericht is dat groepen van meerdere organisaties iets samendoen wat marktpartijen niet zelfstandig kunnen, vereist een meer 'gelaagde' manier van kijken (Provan & Milward, 2001).

Monitoringsinstrumenten die data voortbrengen voor openbaar gebruik gaan voorsnog niet uit van 'het samenwerkingsverband' als een eenheid van observatie. Een boodschap van soortgelijke strekking uit ander recent onderzoek is dat gerichtheid op centraal gedefinieerde

regionale eenheden (bijvoorbeeld zorgkantoorregio's) beperkt zicht biedt op (bottom-up geïnitieerde) samenwerkingen die op een variërende schaal actief zijn (RVS, 2022).

Het advies is daarom om initiatieven voor databeschikbaarheid mede te richten op het (met minimale administratieve lasten voor zorgverleners) verzamelen, delen en verwerken van bruikbare data over samenwerking voor JZOJP. We adviseren het gebrek aan kennis over samenwerking tussen zorg en welzijn te bespreken in het landelijk Kennisplatform JZOJP.

4.3.4 *Vervolgonderzoek*

Het RIVM draagt met vervolgonderzoek bij aan oplossingen voor genoemde uitdagingen voor het doorontwikkelen van de indicatorenset. Dat gebeurt door een vragenlijst te ontwikkelen over structuren, processen en uitkomsten van samenwerkingsverbanden tussen organisaties uit de zorg en het sociale domein. Om netwerkdruk te voorkomen, doen we dit samen met landelijke partijen en kennispartners en gebruiken we een eerder afgenomen vragenlijst als basis (herhaalde vragen hoeven dan niet opnieuw te worden beantwoord). Om te zorgen dat resultaten uit de vragenlijst een landelijk beeld geven, wordt er een representatieve groep actieve domein-overstijgende samenwerkingsverbanden geïdentificeerd. Op termijn zouden vragenlijstresultaten, bijvoorbeeld, vertaald kunnen worden in nieuwe bruikbare indicatoren (op Regiobeeld.nl) over 'samenwerking over de domeinen heen'. Indicatoren kunnen bijvoorbeeld beschrijvingen geven van hoeveel en wat voor partijen samenwerken, van onderlinge informatie-uitwisseling, onderling vertrouwen en in hoeverre doelen voor de populatie en deelnemende organisaties worden bereikt. Vragenlijstresultaten over geografische kenmerken van doelpopulaties van domein-overstijgende samenwerking zijn mogelijk te gebruiken om (via Regiobeeld.nl) indicatoren te tonen op basis van gelaagde 'regionale-indelingen', die ook aansluiten bij de schaal van 'bottom-up'-activiteiten.

5 Conclusie

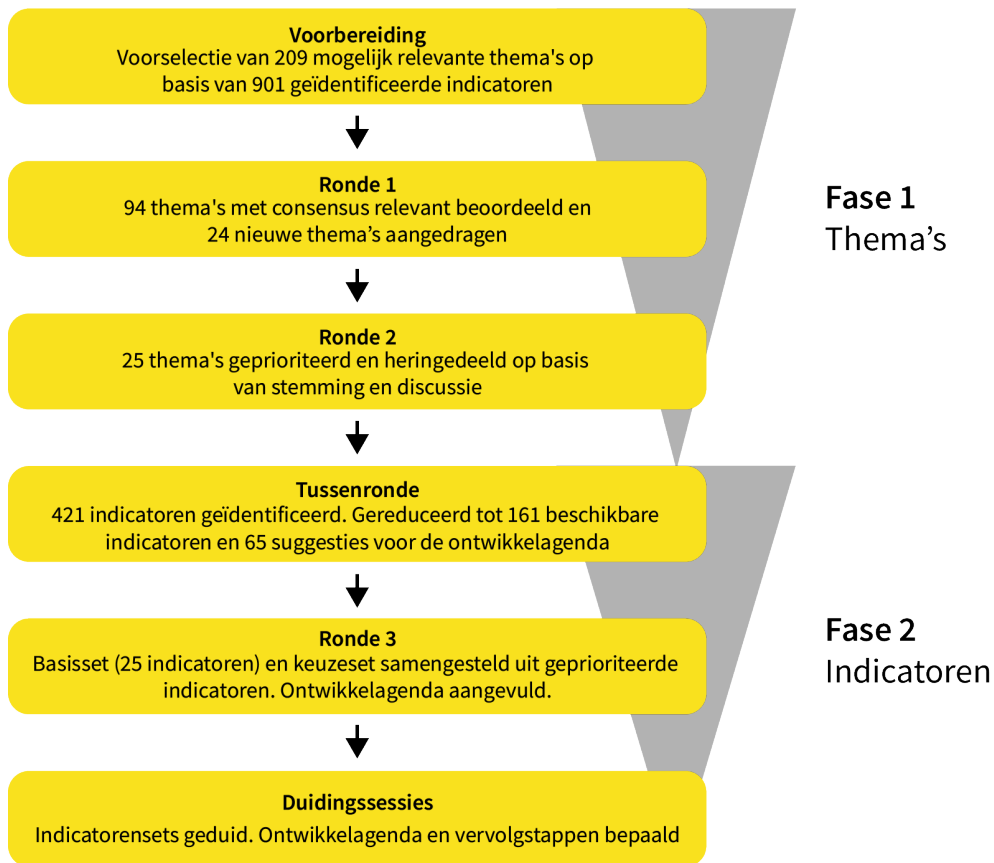
Het RIVM heeft samen met vertegenwoordigers van kennisinstellingen, HLA-partners en regionale netwerken een indicatorenset vastgesteld van 25 indicatoren. Betrokkenen in regionale JZOJP-samenwerkingsverbanden kunnen de indicatorenset gebruiken voor gesprekken over doelstellingen, beleidsvorderingen en het opstellen van regiobeelden. Voor veel belangrijke thema's zijn echter nog geen indicatoren vastgesteld die niet alleen relevant maar ook beschikbaar en bruikbaar zijn. VWS speelt een belangrijke rol in het creëren van ruimte om ook voor deze thema's beschikbare en bruikbare indicatoren te ontwikkelen, zodat de beweging naar JZOJP in de toekomst in al haar facetten gevolgd kan worden. Het RIVM werkt verder met veldpartijen aan onder meer gebruiksvriendelijke datapresentaties op basis van de huidige basisset en aan de doorontwikkeling van betere of aanvullende indicatoren.

6 Referenties

1. Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C. (2011). Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS one*, 6(6), e20476.
2. De Haan, N., Wijnia, E., Gebben, M., den Braber, M., Mierau, J. (2022). Data-gedreven Regiobeelden. *Population Health Data NL*.
3. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748.
4. Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., & LaCalle, J. R. (2001). The RAND/UCLA appropriateness method user's manual.
5. Heerkens, Y.F, de Weerd, M., Huber, M., de Brouwer, C.P., Van der Veen S., Perenboom, R.J., Van Gooi, C.H., Ten Napel, H., Van Bon-Martens, M., Stallinga, H.A. & Van Meeteren, N.L. (2018). Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disability and rehabilitation*, 40(5), 603-611
6. McMillan, S. S., King, M., & Tully, M. P. (2016). How to use the nominal group and Delphi techniques. *International journal of clinical pharmacy*, 38(3), 655-662.
7. Powell, W. (2003). Neither market nor hierarchy. *The sociology of organizations: classic, contemporary, and critical readings*, 315, 104-117.
8. Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public administration review*, 61(4), 414-423.
9. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022). De regio als redding? Over de dilemma's rond regionaal werken aan gezondheid en zorg en het belang van balanceren. Den Haag
10. RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Een gezond vooruitzicht. RIVM-rapportnummer: 2018-0030. Bilthoven: RIVM.*
11. RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2021). *Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek. Update 2021. Bilthoven: RIVM*
12. Taskforce JZOJP (2018). *De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Wie durft?*

Bijlage 1 Onderzoeksproces per ronde

Deze bijlage geeft per onderzoeksfase aanvullende informatie over de uitgevoerde gegevensverzamelingen en -verwerkingen. Ook worden tussentijdse resultaten beschreven in aanvulling op Figuur 3 (zie hieronder) in de hoofdrapportage. Deze tussenresultaten vormden steeds het startpunt van een volgende ronde. Het laatste deel van de bijlage (hoofdstuk 1.7) bevat aanvullende reflecties over het onderzoeksproces.



B1.1 Voorbereiding: Groslijst indicatoren identificeren, voorselecteren en vertalen naar thema's.

B1.1.1 Methode

Naar wetenschappelijke literatuur die als bron diende voor het opstellen van de groslijst van indicatoren, is systematisch gezocht via PubMed (2015-2020, Engels- of Nederlandstalige voltekst-publicaties). Er is een combinatie van losse zoekwoorden en *MESH terms* gebruikt over gezondheid en ondersteuning, de kenmerken en uitkomsten en het kwantificeren van initiatieven zoals JZOJP, maar niet over specifieke ziekten. Voorbeelden van zoekwoorden zijn 'triple aim', 'citizen involvement' en 'population management'. Daarnaast is een *snowballing*-procedure toegepast, die gestart is vanuit de referentielijst van een wetenschappelijk reviewartikel over internationaal gebruikte

indicatoren voor *Population Health Management* (PHM, Hendriks et al., 2016). Artikelen die geïnccludeerd werden, rapporteerden over gelijkaardige initiatieven als JZOJP en over gebruikte methoden om uitkomsten, processen, of structuren te meten. Exclusiecriteria waren het ontbreken van duidelijke beschrijvingen van doelpopulaties, gecoördineerde inzet van diverse activiteiten, of meetmethoden. Van de inhoud van elke indicator uit een geïnccludeerde studie werd een korte beschrijving gemaakt. Hierbij werd de (Engelstalige) tekst die verwijst naar de conceptuele inhoud van indicatoren letterlijk overgenomen. Naar beschrijvingen van waar indicatoren over gaan, wordt verwezen met het woord 'thema'.

De zes RIVM-experts die input gaven over welke geïdentificeerde thema's (per *quintuple aim*) mogelijk relevant waren en welke er ontbraken, hanteerden (naast het *quintuple aims* kader) ook het (structuur - proces - uitkomst) model van Donabedian. De voorgeselecteerde Engelstalige thema's werden tenslotte vertaald naar het Nederlands.

Het *structure-process-outcome* model van Donabedian (1998) werd in deze studie als volgt toegepast:

- *Structuur* verwijst naar context van zorg- en ondersteuningsaanbod, zoals formele afspraken over domeinoverstijgende samenwerking.
- *Proces* verwijst naar alle acties van het aanbieden van zorg en ondersteuning. Bij JZOJP betreft dit veranderingen in activiteiten waarbij zorg- of ondersteuning is voorkomen, vervangen, of verplaatst ('3V's).
- *Uitkomsten* verwijst naar alle gewenste en ongewenste effecten van geboden zorg- en ondersteuning binnen het *quintuple aims* kader.

B1.1.2 Tussenresultaat

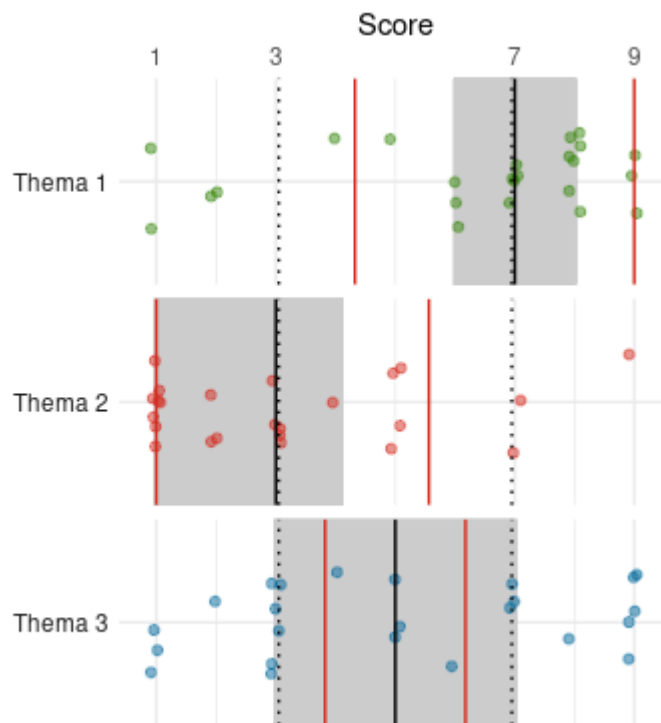
Uit geïdentificeerde bronnen via PubMed (351) en referentielijsten (5) werden 75 publicaties geselecteerd. Deze publicaties bevatten in totaal 901 verschillende indicatoren, gebruikt door 23 internationale initiatieven voor het verbeteren van populatiegezondheid (bijvoorbeeld 'Gesundes Kinzigtal'). Uit de thema's waar indicatoren uit artikelen over gingen (bijvoorbeeld 'healthcare costs per capita') maakten de RIVM-experts een voorselectie van 209 thema's; verdeeld over de *quintuple aims*. Deze voorgeselecteerde thema's werden naar het Nederlands vertaald. Voorbeelden van thema's en bijbehorende *quintuple aims* zijn: heropnamen binnen 30 dagen (kwaliteit), overgewicht bij volwassenen (volksgezondheid), zorgkosten per persoon (kosten), ziekteverzuim werknemers (welzijn professional) en ondersteuningsaanbod voor gezondheidsvaardigheden (SEGV).

B1.2 Ronde 1: Thema's selecteren via een vragenlijst

B1.2.1 Methode

Alle voorgeselecteerde thema's werden één voor één via een vragenlijst beoordeeld door 24 experts. De experts werd gevraagd om de thema's te scoren naar relevantie om de beweging JZOJP goed te kunnen volgen binnen de regio. Daarvoor werd gebruik gemaakt van een Likertschaal

(waarbij 1 = helemaal niet relevant, 9 = zeer relevant). We berekenden voor elk thema de mediane score en een spreidingsmaat (Fitch, 2001) (zie Figuur B1). De spreidingsmaat geeft een indicatie van de mate waarin de experts het met elkaar eens zijn. Een thema werd als relevant gezien en werd meegenomen naar ronde 2 als de mediaanscore zeven of hoger was en voldeed aan de gestelde statistische criteria voor consensus (Fitch, 2001). In onderstaande figuur geldt dit voor Thema 1, maar niet voor Thema's 2 en 3.



Figuur B1 Illustratie van de methode van Fitch (2001) bij drie fictieve thema's. In de groene (bovenste) grafiek is de mediaan voor het thema 7 of hoger met consensus. Consensus betekent dat het interpercentielbereik (het verschil tussen het 30^e en het 70^e percentiel, zoals weergegeven met een grijs vlak) kleiner is dan het interpercentielbereik na een correctie voor asymmetrie (rode lijnen). Rood (grafiek in het midden) geeft aan dat de mediaan 3 of lager is met consensus. Blauw (onderste grafiek) toont geen consensus en een mediaan tussen 3 en 7.

B1.2.2 Tussenresultaat

De analyse van vragenlijstscores toonde consensus bij 190 (91 procent) van de voorgelegde thema's. Twee daarvan scoorden laag en 94 thema's scoorden hoog (mediaan 7 of hoger). In aanvulling hierop werden er door de geconsulteerde experts 24 ontbrekende relevante thema's aangedragen. Zo bleven er 118 relevante thema's over voor ronde 2.

B1.3 Ronde 2: Thema's prioriteren met experts

B1.3.1 Methode

Alle experts die in ronde 1 de vragenlijst invulden, werden in ronde 2 uitgenodigd voor twee bijeenkomsten van twee uur. Naast kwantitatieve gegevens (de punten die de experts toekenden aan thema's) werden er

tijdens deze bijeenkomsten ook kwalitatieve gegevens verzameld. Op basis van notities of geluidsopnamen en chatgegevens van de bijeenkomsten zijn de argumenten van experts geanalyseerd over hoe thema's op een meer logische wijze gelabeld en ingedeeld konden worden. Na de bijeenkomsten werd met de begeleidingscommissie van de lerende evaluatie besproken of deze versie van de lijst compleet was en in lijn was met hun verwachtingen. Hierop werd een finale lijst van 25 geprioriteerde thema's vastgesteld.

Door aanpassing van de thema-indeling kon er worden afgeweken van de oorspronkelijke doelstelling van het aantal van vijf thema's voor elk van de vijf *quintuple aims*. Als het totale aantal thema's door herindelingen (bijvoorbeeld samenvoegingen) daalde tot onder het totaal van 25, dan werd de lijst aangevuld. Thema's die dan in aanmerking kwamen:

- 1) vielen net buiten de 'top-vijf' bij een *quintuple aim* met relatief veel relevante thema's;
- 2) werden bepleit tijdens de discussies, of;
- 3) ontbraken volgens de begeleidingscommissie (slechts 1 thema).

B1.3.2 Tussenresultaat

Op basis van de vragenlijstscores (kwantitatieve resultaten) van ronde 2 werd een initiële lijst gemaakt met de top-vijf thema's voor elk van de vijf *quintuple aims*. De argumenten van experts die uit de analyse naar boven kwamen, werden verwerkt door op een aantal punten aanpassingen te doen aan de initiële lijst met 25 thema's.

De meest ingrijpende aanpassing was om het vijfde *quintuple aim* SEGV in het algemeen in combinatie met de andere vier *quintuple aims* te benaderen. Deze keuze werd gemaakt, omdat het verschil in kwaliteit van leven (volksgezondheidsthema) tussen groepen met een lage versus een hoge sociaaleconomische positie meer zegt dan kwaliteit van leven of sociaaleconomische positie an sich. Het argument voor aanpassing is dus dat een goede concrete vertaling van SEGV naar indicatoren meestal erop neerkomt dat een indicator voor een andere *aim* (bijvoorbeeld kwaliteit van leven) zo gepresenteerd moet worden, dat er verschillen zichtbaar worden gemaakt tussen subpopulaties die verschillen in opleidingsniveau, migratieachtergrond, inkomen, postcodegebied, (gezondheids)vaardigheden, zelfredzaamheid, et cetera. 'Zelfredzaamheid van de populatie', een hoog geprioriteerd thema voor SEGV, werd om die reden niet opgenomen in de indicatorenset. In plaats daarvan werd zelfredzaamheid gekozen als prioriteitskenmerk voor het betekenisvol uitsplitsen van andere indicatoren (voor andere aims, zoals volksgezondheid) naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Twee top-vijf SEGV-thema's werden samengevoegd met het thema 'Patiëntervaringen ontvangen zorg'. Dit is een geprioriteerd thema onder kwaliteit van zorg. Hierbij wordt niet vergeten dat onder dit thema diverse soorten ervaringen vallen, waarbij de aard van ervaringen relevant is voor SEGV. Het relevante thema 'gezondheidsdeterminanten bij kinderen' werd toegevoegd onder volksgezondheid om ook inzicht te geven in volksgezondheidsindicatoren bij kinderen uit verschillende sociaaleconomische groepen. Om praktische redenen werd één thema

gereserveerd voor indicatoren over SEGV (zie uitleg bij methode ronde 3).

Opgemerkt werd verder dat het thema 'PROMs voor geplande ziekenhuiszorg' meer over volksgezondheid gaat dan over kwaliteit van zorg, zoals de gebruikte wetenschappelijke bron suggereerde. Bovendien verwijst 'PROMs' in wezen naar het meten van uitkomsten van zorg door patiënten daarover zelf te laten rapporteren. Hierbij kan het gezondheidsaspect waarover patiënten rapporteren gaan over heel uiteenlopende aspecten van menselijk functioneren. Hetgeen men met PROMS meet is daarom te verschillend om te omvatten met één thema. Voor het bepalen wat relevante indicatoren zijn voor volksgezondheid (binnen het kader van JZOJP) verwezen experts ook meermaals naar het ICF-kader (WHO International Classification of Functioning, 2003). In navolging hiervan werd besloten om het thema 'PROMs' te vervangen door een thema 'Activiteiten en participatie'; dit betreft een hoofdcategorie binnen het ICF-model waarnaar geen van de eerder voorgelegde thema's nog verwees. Een dergelijk thema was ook niet al in ronde 1 beoordeeld. De andere hoofdcategorieën van het ICF-model waren al wel ondervangen met de geprioriteerde thema's 'Schuldenproblematiek' en 'Kwaliteit van leven' (Cieza & Stucki, 2005).

Op basis van suggestie van de begeleidingscommissie van de lerende evaluatie werd '(personele) capaciteit' als thema toegevoegd. Deze suggestie was in lijn met de observatie dat aanvullende thema's die experts aandroegen in ronde 1 vaak relevante 'structuren' voor JZOJP betroffen. Dat pas in de loop van het onderzoek daarvoor meer aandacht voor kwam, kan een reden zijn dat onderzoekers of experts niet eerder aan dit thema dachten. Personeelstekorten zijn ook een belangrijke aanleiding voor recente zorgakkoorden en het initiëren van de beweging naar JZOJP. Ook houdt capaciteit verband met het welzijn van professionals, een van de *quintuple aims*.

B1.4 Tussenronde: Indicatoren identificeren voor geprioriteerde thema's

B1.4.1 Methode

Anders dan in de voorbereiding, was in de tussenronde de zoektocht naar indicatoren gericht op Nederlandstalige beschrijvingen van beschikbare indicatoren uit bestaande monitoringsinstrumenten, documenten van leerregio's, of (grijze) wetenschappelijke literatuur. Daarbij werd ook gezocht naar Nederlandstalige equivalenten of substituten voor indicatoren die in de voorbereiding gevonden werden in internationale literatuur.

De indicatoren die het onderzoeksteam zelf identificeerde werden, ter aanvulling, naar elf RIVM-experts buiten het onderzoeksteam gestuurd. Vervolgens werd een aangevulde voorlopige lijst opgestuurd naar de negen externe themadeskundigen en 28 vertegenwoordigers van HLA-partners. Hierop reageerden elf respondenten (30 procent) met aanvullende suggesties voor indicatoren. Om de lijst met geïnventariseerde indicatoren hanteerbaar te houden, werd deze na elke uitbreiding weer gereduceerd door:

- Eén indicator te formuleren met diverse mogelijkheden tot uitsplitsing als er meerdere losse gelijksoortige indicatoren waren voor diverse sub-classificaties, bijvoorbeeld 'aantal personen overleden aan vermijdbare doodsoorzaken' in plaats van losse indicatoren voor elke mogelijk vermijdbare doodsoorzaak, en:
- Indicatoren te excluderen die, ondanks dat zij betrekking hadden op een relevant thema, weinig verband houden met JZOJP (volgens de definitie van de lerende evaluatie). De indicator 'percentage huisartsenpraktijken waarbij patiënten gebruik maken van de mogelijkheid tot inzage van het dossier' werd er bijvoorbeeld onvoldoende verband gezien met de 3V's, domein overstijgend samenwerken, of het uitgaan van individuele behoeften en functioneren.

B1.4.2 Tussenresultaat

Uit de diverse documenten en raadplegingen werden in totaal 421 indicatoren geïnventariseerd. Hieruit werd een lijst van 161 unieke en beschikbare indicatoren samengesteld. De lijst werd het sterkst gereduceerd door meerdere gelijksoortige indicatoren samen te voegen tot één indicator met vermelding van kenmerken waarop uitsplitsing naar deelpopulaties mogelijk is. Tachtig indicatoren werden door externe deskundigen aangedragen, waarvan er vijftien ook beschikbaar waren. Het aantal beschikbare indicatoren per thema varieerde van nul tot zestien. Alleen voor het thema 'Vertrouwen tussen professionals' kon geen beschikbare indicator geïdentificeerd worden.

B1.5 Ronde 3: Prioritering indicatoren via vragenlijst

B1.5.1 Methode

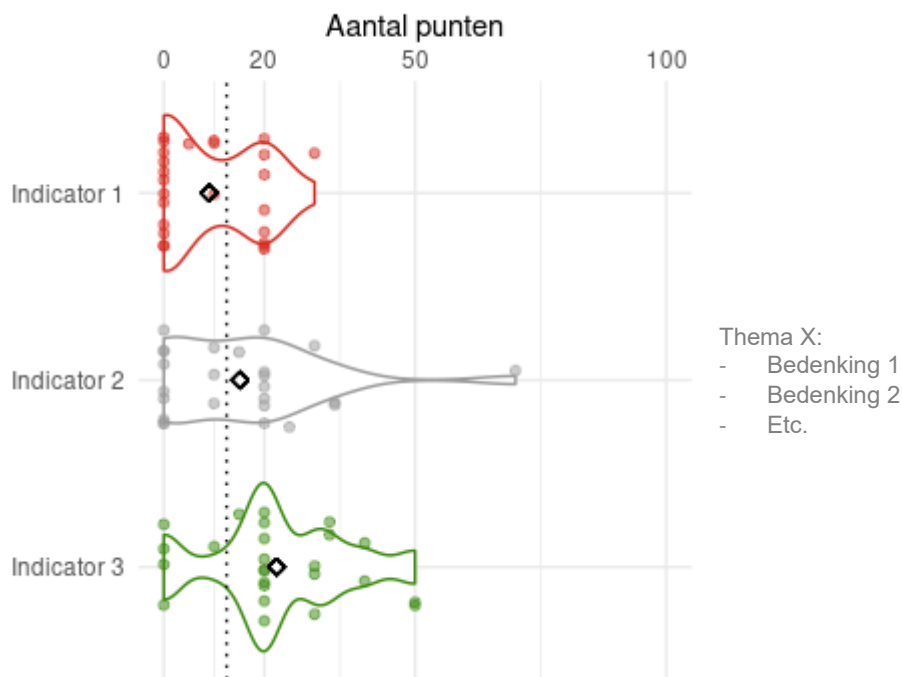
De online vragenlijst van ronde 3 werd door 38 procent (25 van de 65) benaderde experts ingevuld. Bij elke indicator werd globale informatie geboden over de bron en landelijke en regionale beschikbaarheid. De vragenlijst bevatte - naast de 161 beschikbare indicatoren - twee extra niet-beschikbare indicatoren voor het thema 'Vertrouwen tussen professionals' voor het verzamelen van extra informatie voor ontwikkeling.

Onder het thema SEGV werden indicatoren voorgelegd die:

- 1) mogelijk niet bruikbaar zijn voor andere thema's maar wel specifiek voor SEGV, of;
- 2) ook mogelijk bruikbaar zijn voor andere thema's en bij uitsplitsing naar verschillende groepen ook voor SEGV.

De resultaten werden verwerkt tot een op thema gecategoriseerd overzicht van puntenverdelingen bij elke indicator. In datzelfde overzicht werden alle bedenkingen bij de indicatoren (kwalitatieve gegevens) opgenomen. De 'hoogste' prioriteit werd alleen toegekend aan indicatoren die bij een thema het hoogste opgetelde aantal punten toebedeeld kregen. 'Bovengemiddelde' prioriteit kregen alle indicatoren met op zijn minst het aantal punten dat gemiddeld werd toebedeeld aan een indicator voor het betreffende thema. Dit gemiddelde is equivalent aan een gelijkmatige verdeling van alle 100 punten over alle mogelijke opties, ofwel 100 gedeeld door het aantal indicatoren voor het thema plus 1 (de optie 'anders'). Dit visuele overzicht en de rekenmethode zijn geïllustreerd in Figuur B2).

De bedenkingen van experts over bruikbaarheid zijn gecategoriseerd door middel van een inductieve thematische analyse, gebruikmakend van een Excel-sheet. Bedenkingen zijn eerst stuk voor stuk gelabeld. Vervolgens is stap voor stap gekeken of de labels inhoudelijk overlappen en samengenomen konden worden onder één of een nieuw overkoepelend label. Deze stap is herhaald, totdat er een beperkt aantal categorieën overbleef met een niet-overlappende betekenis.



Figuur B2 Illustratie van de methode om indicatoren in te delen naar prioriteit aan de hand van drie fictieve indicatoren bij één thema. In de rode (bovenste) grafiek is het aantal punten (uit 100 per thema) dat panelleden gemiddeld toekenden aan de indicator (de ruit) significant minder (meer naar links) dan wat het aantal punten zou zijn als de panelleden alle 100 punten gelijkmatig zouden verdelen over alle keuzeopties bij het thema (verticale stippellijn). Deze indicator valt daarom af. Groen (onderste grafiek) geeft aan dat het indicatorgemiddelde significant hoger is (meer naar rechts) dan bij een gelijkmatige verdeling. De indicator heeft ook de hoogste gemiddelde score binnen het thema en daarmee de hoogste prioriteit. Grijs (middelste grafiek) geeft aan dat de indicator 'bovengemiddeld scoort': niet het hoogste, maar wel minstens zo hoog als bij een gelijkmatige verdeling. De legenda (rechts) illustreert hoe bedenkingen van experts over indicatoren voor elk thema werden weergegeven.

B1.5.2 Resultaat

De basisset (Tabel 1 in de hoofdrapportage) en de keuzeset (Bijlage 4) zijn een direct resultaat van de kwantitatieve aanpak in deze ronde. Dit wordt verder geïllustreerd in Tabel 2.

Tabel 2 Voorbeeld van verwerking van vragenlijstscores voor het thema '(digitale) uitwisseling patiëntinformatie'.

Indicator	Gemiddelde	Score categorie
Aantal persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) aanbieders met een MedMij label.	5,8	<= themagemiddelde (verwerpen)
Percentage instellingen die digitaal gegevens beschikbaar kunnen stellen aan de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) van de patiënt.	8	<= themagemiddelde (verwerpen)
Percentage instellingen die digitaal de Basisgegevensset Zorg (BgZ) en correspondentie kunnen uitwisselen met een andere instelling.	8,8	<= themagemiddelde (verwerpen)
Percentage ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC) aangesloten bij Twiin.	4,44	<= themagemiddelde (verwerpen)
Percentage ziekenhuizen die aangegeven belemmering te ervaren met elektronische gegevensuitwisseling.	7,48	<= themagemiddelde (verwerpen)
Percentage organisaties dat de architectuur zo heeft ingericht (of hiertoe in ontwikkeling is) dat informatie eenduidig kan worden vastgelegd en gedeeld, teneinde interoperabel te kunnen werken.	18,92	> themagemiddelde (keuzeset)
Percentage organisaties, professionals en patiënten, cliënten en bewoners dat digitaal medische gegevens uitwisselt.	17,52	> themagemiddelde (keuzeset)
Percentage instellingen dat digitaal informatie kan uitwisselen naar de PGO van de patiënt en de patiënt informatie kan terugsturen vanuit de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) richting de instelling.	19,56	Hoogste opgetelde score (basisset)

Opvallende eigenschappen van de resulterende basisset zijn besproken in het hoofdrapport (zie Tabel 1). In aanvulling hierop hebben de indicatoren in de keuzeset (zie Bijlage 4) de volgende algemene eigenschappen:

- Ze bieden inzicht in andere deelaspecten van thema's (bijvoorbeeld een andere leefstijlfactor voor het thema gezondheidsantecedenten bij kinderen).
- Ze maken mogelijk om te kijken naar andere groepen patiënten of inwoners, naar andere lijnen of sectoren in de zorg, of naar een ander domein (zorg en sociaal domein).
- Ze geven inzicht in resultaten bij een andere manier van data verzamelen (bijvoorbeeld met een ander instrument om kwaliteit van leven te meten, door een andere instantie, en met of via een andere steekproef en frequentie).

Kwalitatieve analyse liet zien dat de bedenkingen die experts uitten over beperkingen in bruikbaarheid bij een deel van de thema's van toepassing zijn op alle beschikbare indicatoren. De inhoud van deze bedenkingen is onderverdeeld in twee hoofdcategorieën: 'Niet beïnvloedbaar door beleid' en 'Onvoldoende domeinoverstijgend'.

B1.5.2.1 Niet beïnvloedbaar door beleid

De eerste verzameling van bedenkingen wezen erop dat indicatoren niet *beïnvloedbaar* zijn door JZOJP-beleid of door de uitvoering van beleid door, bijvoorbeeld, de HLA partijen en organisaties in de regio. Regelmatig werden er ook methodologische verbeteringsuggesties gedaan die indicatoren gevoeliger zouden kunnen maken voor veranderingen die regio's op een zeker moment willen realiseren. Zo werd er verwezen naar verschillen of trends, die mogelijk kunnen signaleren of er in een zeker opzicht iets lijkt te veranderen tussen periodes voor en na invoering of uitvoering van beleid. Een ander voorbeeld is het gebruik van case-mix correctie. Dit betreft een statistische oplossing om rekening te houden met alternatieve verklaringen voor veranderingen die geen gevolg zijn van beleid, zoals de samenstelling van populaties. Bedenkingen verwezen ook meermaals naar onduidelijkheid over de rationale van een indicator in relatie tot JZOJP-beleid. Dit betreft bijvoorbeeld indicatoren over metingen van eigen prestaties door instellingen, zoals patiënt-gerapporteerde ervaringsmetingen (PREM's) voor het thema 'Patiëntervaringen ontvangen zorg'. Benadrukt werd dat deze vooral door instellingsbeleid en niet - of zeer beperkt - door organisatie-overstijgend JZOJP-beleid beïnvloed worden.

"Is dit echt een JZOJP-indicator (over ervaren gezondheid), zo op zichzelf staand? ... Moet je niet corrigeren voor verschillen en dus iets als de verandering tussen 2 metingen toevoeging?"

"Zinvolle indicatoren op zichzelf (over patiëntervaringen ontvangen zorg), maar de vraag in hoeverre het iets zegt over Juiste zorg op de juiste plek. Dit gaat over of je tevreden bent over de zorg in het ziekenhuis/instelling, maar niet of het de juiste zorg op de juiste plek was."

Het viel op dat bij een aantal thema's, inclusief alle thema's over het welzijn van professionals, in het algemeen werd opgemerkt dat ze dan wel relevant zijn (bijvoorbeeld 'wetenswaardig'), maar niet zo direct uitkomsten van JZOJP betreffen. Hiermee lijken experts te suggereren dat indicatoren hierover onverminderd *relevant* zijn, maar wel minder direct *bruikbaar* voor gesprekken over opgaven en vorderingen.

"Dit (indicatoren over werkplezier) zijn uiteraard belangrijke factoren om mee te nemen en te meten als 'bijeffect', zeker gezien de arbeidsmarktproblematiek bij ondersteunend personeel, maar het zegt niets over de beweging jzojp."

"(Over indicatoren over schuldenproblematiek:) Het betrekken van schulden als variabele van de juiste zorg op de juiste plek is mijns inziens een omgekeerde causaliteit: door schulden komen mensen meer in zorg. De zorg moet dat niet repareren. Dat moet bij de bron(nen) aangepakt worden."

Voor de basisset gingen we ervan uit dat bedenkingen over bruikbaarheid die verband hielden met volledige thema's of aims geen afbreuk deden aan de al vastgestelde relevantie. Het betreft ook geen beperkingen van de indicatoren op zich, die aanleiding zijn om voor deze thema's bruikbaarere indicatoren te ontwikkelen.

Tot slot ging een deelverzameling opmerkingen erover dat een indicator soms niet aansluit bij wat men op een zeker moment kan, of zou mogen, verwachten aan veranderingen (van structuren, processen en uitkomsten) in een regio. Een indicator kon bijvoorbeeld als *te randvoorwaardelijk* worden bestempeld met een uitleg dat de indicator nog weinig zegt over (toekomstige) gewenste verandering in processen. Toch kan het gaan om randvoorwaarden die voor partijen moeilijk zelf te realiseren zijn. Dit betrof vooral het thema '(Digitale) uitwisseling patiëntinformatie'.

"De genoemde indicatoren zijn relatief statisch en richten zich op randvoorwaardelijke zaken. Ik zou het werkelijke volume van het aantal berichten tellen"

"Hierin (is) nog zo veel te ontwikkelen, dat het voor nu ook nog niet een terechte weergave is. Zorgorganisaties worden ook nog wel, om verschillende redenen, beperkt in het uitwisselen van gegevens."

B1.5.2.2 Onvoldoende domeinoverstijgend

De tweede categorie opmerkingen ging over de beperkte mate waarin een *domeinoverstijgende rationale* gegeven kan worden bij een beschikbare indicator. JZOJP gaat over het organiseren van diensten op grensvlakken van 'sectoren' (bijvoorbeeld de GGZ) of 'lijnen' (bijvoorbeeld eerstelijnszorg) van zorg en idealiter ook van het zorg- en sociale domein (bijvoorbeeld samenwerkingen tussen verzekeraars en gemeenten). Vaak merkten experts op dat indicatoren te veel betrekking hebben op specifieke soorten organisaties, sectoren, of lijnen. Er werd dan ook regelmatig gesuggereerd om meer (overkoepelende) indicatoren op te nemen over ontbrekende soorten organisaties, sectoren, of domeinen.

"(Over indicatoren over 'verkeerd bed', aangepast naar 'in-, door- en uitstroom in de keten':) Ook dit is te smal, denk bijvoorbeeld ook aan aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar medisch specialistische zorg en de doorstroom van zorg in een instelling naar zorg thuis."

In de vragenlijst werd één ontbrekende beschikbare indicator ('percentage kinderen dat met roken begint') aangedragen, die aan de keuzeset werd toegevoegd. Aanvullende suggesties ontvangen voor niet-beschikbare indicatoren zijn wederom toegevoegd aan de verzamelde gegevens voor het opstellen van de ontwikkelagenda.

B1.6 Duidingssessie: focusgroep en interviews over indicatorensets en vervolg

B1.6.1 Methode

In de afsluitende ronde zijn vijftien experts die de vragenlijst in ronde 3 invulden en openstonden voor deelname aan een duidingssessie uitgenodigd voor een online groepsgesprek van twee uur. Hieraan namen zeven panelleden of vervangers deel. Twee andere panelleden werden apart geïnterviewd, omdat zij verhinderd waren voor het groepsgesprek. Deze bijeenkomsten met een kleiner aantal deelnemers beperkten de lasten van deelname aan het einde van een lang onderzoeksproces en maakten verdieping in de discussie mogelijk over en aantal resterende onduidelijkheden. In discussies over de indicatorensets werden thema's onder de aandacht gebracht met de volgende resterende onduidelijkheden:

- 1) er kon niet minstens één indicator worden aangewezen die gemiddeld *significant* beter scoorde dan de anderen;
- 2) er werden relatief veel punten toegekend aan de optie 'anders', of;
- 3) opmerkingen impliceerden dat beperkingen van bruikbaarheid ook van toepassing waren op indicatoren met de 'hoogste' prioriteit.

Hierbij werd *significantie* getoetst door te bepalen of het themagemiddelde buiten het 95 procent betrouwbaarheidsinterval viel van het betreffende indicatorgemiddelde, ervan uitgaande dat deze bij een steekproefgrootte van 25 t-verdeeld was.

De geluidsoptname van het groepsgesprek en aantekeningen van de interviews zijn, per onderwerp dat de experts ter sprake brachten, geanalyseerd naar inzichten die:

- 1) het proces en de onderzoeksresultaten helpen te duiden;
- 2) implicaties hadden voor de basisset, keuzeset, of ontwikkelagenda, of;
- 3) richting geven aan een vervolg met de indicatorenset

B1.6.2 Resultaat

Hier volgt een selectie van inzichten uit de duidingssessies en hoe daaraan opvolging is gegeven in de indicatorenset, ontwikkelagenda, of in de beschouwing in het rapport.

B1.6.2.1 Inzichten vanuit de bespreking van de basisset:

Een eerste onderwerp dat in afsluitende focusgroep ter sprake kwam was het 'juist' adresseren van SEGV. SEGV-indicatoren zijn vooral bruikbaar naarmate de wijze waarop ze gepresenteerd zijn de aandacht helpen richten op kwetsbare groepen in de regio.

Dit advies zal worden opgevolgd in vervolgstappen waarin, in afstemming met belanghebbenden, gewerkt zal worden aan de presentatie van de indicatoren.

Ook werd opnieuw gesproken over de indelingen van indicatoren en thema's op basis van *quintuple aims*. Opnieuw werd verwezen naar de ICF - en ditmaal ook positieve gezondheid - als geschikte kaders voor volksgezondheid. In ronde 2 zijn er al op basis van globale kenmerken van de ICF - in beperkte mate - aanpassingen gedaan aan de indeling van thema's over volksgezondheid. In de beschouwing wordt hierop verder gereflecteerd. Experts vroegen zich verder af of het wel handig is om indicatoren over organisatie of structuren onder *quintuple aims* te categoriseren. In de uiteindelijke indicatorenset zijn thema's daarom niet gecategoriseerd onder *quintuple aims*.

Over de invloed van het gebruik van het *quintuple aims* kader op het onderzoeksproces wordt gereflecteerd in het laatste deel van bijlage 1.

Betwijfeld werd of het wenselijk is dat er door het prioriteren uit meerdere thema's over verschillende leefstijlfactoren gefocust is op de thema's 'Roken' en 'Overgewicht'. Er werd benadrukt dat alcoholgebruik en ondergewicht ook relevant zijn. Hierop is besloten om de betreffende labels 'Roken' en 'Overgewicht' aan te passen naar 'Middelengebruik' en 'Gewicht'. Voor het thema 'Middelengebruik' is in de keuzeset een indicator toegevoegd over overmatig drinkgedrag.

Ook thema-labels kwamen opnieuw ter sprake, net als in ronde 2. Deelnemers wezen op de invloed van formuleringen van thema-labels op hoe men tegen indicatoren aankijkt. Het label 'verkeerd bed' kan bijvoorbeeld heel nauw of heel breed geïnterpreteerd worden. Een ander voorbeeld is dat indicatoren voor 'potentieel vermijdbare (her)opnames' eigenlijk gaan over heropnames in het algemeen. De toevoeging 'potentieel vermijdbaar', in de context van JZOJP, suggereert ten onrechte dat organisatorische factoren veel invloed hebben op heropnames.

We volgden het advies op om 'verkeerd bed' te veranderen naar 'instroom, doorstroom en uitstroom', omdat deze beter past bij de beoogde brede interpretatie. Het gaat om indicatoren die signaleren dat niet 'de juiste' of 'passende' zorg wordt geboden vanwege beperkte toegankelijkheid op het benodigde moment. De opmerking over 'potentieel vermijdbaar' is ook verwerkt.

Een andere gedeelde constatering was dat indicatoren niet altijd betrekking hebben op de meest bruikbare eenheden of 'niveaus' met betrekking tot ontvangers en aanbieders van zorg en ondersteuning. Gemiddelde kwaliteit van leven scores kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op een steekproef van burgers (die wel/geen zorg of ondersteuning ontvangen) of patiënten die zorg ontvingen van een specifieke instelling. Bij het bespreken van indicatoren voor 'samenwerking over de domeinen heen' werd opgemerkt dat het niet meten van samenwerking een groot gemis is. De enige beschikbare indicator gaat alleen over de samenwerkingsafspraken waarbij ziekenhuizen betrokken zijn. Dat zegt niets over relevante samenwerking aan JZOJP tussen andere soorten organisaties (bijvoorbeeld tussen verschillende partijen in de eerste lijn). Deze

opmerkingen komen overeen met een aantal eerdere observaties: 1) de eenheid of het niveau van het samenwerkingsverband ontbreekt onder de beschikbare indicatoren en; 2) er zijn veel bedenkingen bij indicatoren over een thema - 'Samenwerking over de domeinen heen' – dat in fase 1 als zeer relevant werd beoordeeld. Dit thema staat hoog op de ontwikkelagenda en er wordt als eerste werk van gemaakt in het vervolg van de lerende evaluatie (zie beschouwing).

- B1.6.2.2** Inzichten uit bespreking van het vervolg:
Deelnemers suggereerden dat de indicatorensets kunnen faciliteren bij het maken van regiobeelden en regioplannen, zoals vastgelegd in het integraal zorgakkoord (IZA). De insteek op basis van *quintuple aims* werd hierbij als complementair gezien aan gerichtheid op populatiekenmerken, zoals in de meeste bestaande regiobeelden. Daarbij kan het op de voorgrond houden van SEGV ook de indicatorenset onderscheidend maken. Tenslotte kan de indicatorenset - mits kennisproducten die erop gebaseerd zijn een gedegen duiding bevatten - waardevol bijdragen aan (zelf)sturing op basis van data binnen regio's.
- B1.6.2.3** Samenstelling van de ontwikkelagenda:
Tot slot een aantal opvallende observaties bij het samenvoegen van alle suggesties over niet-beschikbare - maar mogelijk wel bruikbare - indicatoren voor geprioriteerde thema's.

Hoewel de resultaten suggereren dat de geprioriteerde indicator bruikbaar is voor SEGV, zijn de meeste ontwikkelsuggesties ook op SEGV gericht. De ontwikkelsuggesties zijn sterk gerelateerd aan de thema's 'Integrale gezondheidsbevorderende strategieën', 'Personeelsverloop' en 'Digitale zorg'. Daarnaast is van belang dat bij het differentiëren van groepen meer gekeken wordt naar een 'stapeling' van sociaaleconomische achterstanden en chronische ziekten.

Er werd voorgesteld om nieuwe indicatoren op te nemen over hergebruik van data. Dit in aanvulling op de al beschikbare indicatoren over digitale gegevensuitwisseling voor het zorgproces. Deze suggestie werd opgenomen in de ontwikkelagenda. Het thema-label '(Digitale) uitwisseling patiëntinformatie' is te nauw geformuleerd zodra een indicator over hergebruik van data is ontwikkeld.

In overeenstemming met opmerkingen over de onvoldoende domeinoverstijgende rationale van beschikbare indicatoren werd ook vaak gesuggereerd om indicatoren die al beschikbaar zijn voor bepaalde domeinen of sectoren (bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg) ook beschikbaar te maken voor andere domeinen of sectoren.

B1.7 Aanvullende reflecties op het onderzoeksproces

B1.7.1 *Quintuple aims*

De keuze voor het *quintuple aims* kader om thema's over JZOJP voor te selecteren en in te delen, richtte de aandacht van de onderzoekers en de experts naar uitkomsten (in overeenkomst met 'pijler 3' van de lerende evaluatie). Wanneer experts zelf konden invullen wat relevant is voor JZOJP, verschoof de aandacht meer naar structuren en processen.

In de duidingssessie gaven experts aan dat gerichtheid op uitkomsten een onderscheidend karakter geeft aan deze indicatorenset, bijvoorbeeld ten opzichte van bestaande regiobeelden waarin sterk de nadruk ligt op demografische ontwikkeling.

B1.7.2 Werving van experts

Het onderzoeksproces heeft veel tijd gekost, waaronder schaarse tijd van een beperkte groep domeinexperts. Dit maakte het onderzoek kwetsbaarder voor weigeren of stoppen van deelname. Hierdoor is mogelijk dat niet alle beoogde diverse achtergronden vertegenwoordigd zijn geweest. Gedurende het onderzoek nam ruim een derde van het aantal benaderde experts deel. Dit is niet bijzonder veel of weinig en sluit het risico niet uit dat selectieve deelname van experts op enige wijze invloed heeft gehad op de samenstelling van de indicatorenset. Reden om af te zien van deelname betrof, voor de duidingssessies, ook de aanwezigheid bij lopende IZA-onderhandelingen. Ondanks herhaalde pogingen lukte het niet om experts te laten deelnemen vanuit gemeenten en de geestelijke gezondheidszorg. Indicatoren die belangrijk kunnen zijn voor deze groepen en die 'net geen bovengemiddelde prioriteit scoorden' zijn alsnog opgenomen in de keuzeset (zie Bijlage 4). Dat in ronde 3 slechts twee indicatoren werden aangedragen die niet in de tussenronde werden geïdentificeerd, kan een teken zijn dat het aantal gemiste beschikbare indicatoren voor geprioriteerde thema's beperkt is.

B1.7.3 'Onafhankelijk' versus afhankelijke keuzes tussen optionele thema's en indicatoren

Er is een relevant verschil tussen de manier waarop thema's zijn gescoord en statistisch beoordeeld tijdens ronde 1 en hoe dat is gedaan in ronde 2 en ronde 3. In ronde 1 werd de relevantie per thema 'op zichzelf' gewaardeerd: hoeveel punten aan een thema werden toegekend was niet afhankelijk van hoeveel punten werden toegekend aan een ander thema. Elk thema dat 'geaccepteerd' is in ronde 1 voldoet daarom aan dezelfde norm van relevantie. In ronde 2 werden thema's gewaardeerd ten opzichte van elkaar. Het aantal punten dat toegekend kon worden aan een thema was dan wel afhankelijk van het aantal punten dat nog over was na waardering van andere thema's. Een belangrijke implicatie hiervan is dat thema's nog steeds aan de norm voor relevantie kunnen voldoen als ze niet in de indicatorenset zijn opgenomen. Bijlage 3 kan dus helpen om specifieke vragen te beantwoorden over of het thema waarover een indicator gaat relevant is voor JZOJP.

B1.7.4 Consensusmethoden garanderen geen theoretisch coherent of valide resultaat

De gebruikte onderzoeksmethoden zijn anders van aard dan andere soorten methoden die gericht zijn op ontwikkeling van volledige of valide begrippenkaders, zoals de International Classification of Functioning (ICF) en positieve gezondheid (Van Vliet et al., 2021). Door de terughoudendheid van de onderzoekers (bij het gebruik van consensusmethoden) om 'naar eigen inzicht' keuzes te maken, konden de opmerkingen van experts over deze kaders maar beperkt verwerkt worden in de indicatorenset. We adviseren om deze kaders te gebruiken bij vervolgkeuzes over indicatoren over volksgezondheid en JZOJP.

B1.7.5 Reflectie op geuite bedenkingen van experts over de bruikbaarheid van indicatoren

Bedenkingen van experts, geuit tijdens ronde 3, betroffen vaak beperkingen van ervaren mogelijkheden tot beïnvloeding van een indicator door (uitvoering van) beleid in de regio. Een deel van de bedenkingen, vooral van experts met een zorgachtergrond, ging erover dat men thema's (bijvoorbeeld 'capaciteit' van de arbeidsmarkt) niet direct zag als uitkomsten van JZOJP. Dat een deel van de experts dit opmerkte kan mede verklaard worden door verschillen in hoe breed men JZOJP en verantwoordelijkheden van partijen in de regio daarvoor opvat. Opmerkingen over 'oorzaken' en 'causaliteit' wijzen erop dat er voor gebruik verwachtingen kunnen zijn die verder gaan dan beschrijvende informatie op basis van een indicatorenset. Veel andere bedenkingen van experts hadden met elkaar gemeen dat bruikbare indicatoren meer betekenis moeten hebben vanuit een brede opvatting van JZOJP. Daarvoor werden suggesties gedaan, zoals het opnemen van vergelijkbare (en uitsplitsbare) indicatoren over ontwikkelingen in meer verschillende sectoren en domeinen. Deze suggesties zijn lastig op te volgen door praktische beperkingen in data-beschikbaarheid en een wenselijke limiet aan het aantal indicatoren in een indicatorenset. Bovendien kan de betekenis van overkoepelende indicatoren, over veel verschillende aspecten van zorg- en ondersteuning, ook op veel verschillende manieren worden uitgelegd.

Deze bedenkingen suggereren dat er hoge verwachtingen zijn over de interpretaties die mogelijk worden gemaakt met een indicatorenset van JZOJP. Het is daarom belangrijk dat gebruikers (regio's die naar zichzelf kijken) en andere belanghebbenden (partijen die van buitenaf naar regio's kijken) de bedoelde context van gebruik van de indicatorenset in acht nemen. De indicatorenset is een instrument ter ondersteuning van gesprekken onder vertegenwoordigers van regionale partijen. Hierbij is de veronderstelling dat gesprekspartners een brede en gedegen contextuele kennis meebrengen over het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio. Onder die voorwaarden kan de indicatorenset bijdragen aan gedeeld inzicht in wat veranderen moet, met wat voor beleidsaanpassingen dat wellicht kan en wat voor evaluaties van interventies en beleid er nog nodig zijn.

B1.8 Referenties

13. Cieza, A., & Stucki, G. (2005). Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Quality of Life Research*, 14(5), 1225-1237.
14. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.
15. Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., & LaCalle, J. R. (2001). The RAND/UCLA appropriateness method user's manual.
16. Hendrikx, R. J., Drewes, H. W., Spreeuwenberg, M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2016). Which triple aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. *Health Policy*, 120(5), 471-485.

17. Üstün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and rehabilitation*, 25(11-12), 565-571.
18. Van Vliet, M., Doornenbal, B. M., Boerema, S., & Van den Akker-Van Marle, E. M. (2021). Development and psychometric evaluation of a Positive Health measurement scale: a factor analysis study based on a Dutch population. *BMJ open*, 11(2), e040816.

Bijlage 2 Overzicht van deelnemers in onderzoeksrondes

Nr.	Achtergrond	Ronde 1	Ronde 2	Tussenronde	Ronde 3	Bespreking
<i>Panel</i>						
1	Wetenschap	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
2	Wetenschap	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
3	Wetenschap	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
4	Wetenschap	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
5	Wetenschap	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
6	Wetenschap	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
7	Wetenschap	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8	Wetenschap	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
9	HLA-partner	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
10	HLA-partner	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
11	HLA-partner	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
12	HLA-partner	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
13	HLA-partner	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
14	HLA-partner	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
15	HLA-partner	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee
16	Kennisinstellingen	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
17	Kennisinstellingen	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
18	Kennisinstellingen	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
19	Kennisinstellingen	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
20	Kennisinstellingen	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
21	Kennisinstellingen	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
22	Kennisinstellingen	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
23	Kennisinstellingen	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
24	Kennisinstellingen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
25	Kennisinstellingen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
26	Kennisinstellingen	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
27	Kennisinstellingen	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee
28	Regionale projecten	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
29	Regionale projecten	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
30	Regionale projecten	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
31	Regionale projecten	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
32	Regionale projecten	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
33	Regionale projecten	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
34	Regionale projecten	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
35	Regionale projecten	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee

Nr.	Achtergrond	Ronde 1	Ronde 2	Tussenronde	Ronde 3	Bespreking
36	Regionale projecten	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
37	Verzekeraar	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
38	Verzekeraar	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
39	Verzekeraar	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
40	Verzekeraar	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee

Nr.	Achtergrond	Ronde 1	Ronde 2	Tussenronde	Ronde 3	Bespreking
Externen die indicatoren aandroegen (tussenronde)						
41	Wetenschap	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
42	Wetenschap	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
43	Wetenschap	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
44	Wetenschap	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
45	Wetenschap	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
46	HLA-partner	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
47	HLA-partner	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
48	HLA-partner	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
49	Kennisinstellingen	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
50	Regionale projecten	N.v.t.	N.v.t.	Ja	N.v.t.	N.v.t.
Totaal		24	17	14	25	9
<i>Benaderd</i>		<i>77</i>	<i>24</i>	<i>28</i>	<i>65</i>	<i>15</i>
<i>Responspercentage</i>		<i>32</i>	<i>71</i>	<i>50</i>	<i>38</i>	<i>60</i>

Bijlage 3 Voorselectie, relevantie en prioritering van thema's

Kosten

Thema's	Na ronde 1
Eerste- versus tweedelijns zorguitgaven	Accepteren
Declaraties aan zorgverzekeraar	Accepteren
Totaal gedeclareerde zorguitgaven*	Accepteren
Zorgkosten per persoon*	Accepteren
Medische kosten per persoon in de populatie	Accepteren
Acute ziekenhuisheropnamen	Accepteren
Herhaaldelijke opnamen i.v.m. geestelijke gezondheid	Accepteren
Vermijdbare ziekenhuisopnamen kinderen (tussen nul en vier)	Accepteren
Vermijdbare ziekenhuisopnamen*	Accepteren
Vermijdbare poliklinische opnamen bij ziekten die in de eerstelijnszorg behandeld kunnen worden	Accepteren
Onnodige SEH bezoek*	Accepteren
Onnodige ziekenhuisopnamen voor zorg die in de eerste lijn behandeld kan worden*	Accepteren
Opname voor acute complicaties bij mensen met diabetes	Accepteren
Ziekenhuisopnamen voor astma en COPD (veertig jaar en ouder)	Accepteren
SEH bezoeken	Accepteren

Thema's	Na ronde 1
Verlengd ziekenhuisverblijf door niet tijdige vervolgzorg (verkeerd bed patiënt)	Accepteren
Ziekenhuisverblijf aan einde van het leven	Accepteren
Wijkgerichte valpreventie	Accepteren
Kosten/baten van zorgnetwerken	Toevoegen
Wmo uitgaven (per honderdduizend inwoners)	Toevoegen
Wlz uitgaven (per honderdduizend inwoners)	Toevoegen
Zorgkosten per ziekenhuisopname	Onzeker
Zorgkosten per ligdag	Onzeker
Kosten van een nieuwe behandeling versus een bestaande behandeling	Onzeker
Financiële prestaties	Onzeker
Gezonde financiële bedrijfsvoering	Onzeker
Medicatiegebruik op basis van declaratiegegevens zorgverzekeraar	Onzeker
Gebruik dure medisch beeldvormende apparatuur	Onzeker
Beeldvormende diagnostiek bij lage rugpijn	Onzeker
Heropnamen (alle redenen)	Onzeker
Ziekenhuisheropnamen na hart aanval behandeling	Onzeker
Ziekenhuisheropnamen na een behandeling voor longontsteking	Onzeker
Heropnamen binnen dertig dagen bij obstetrie patiënten	Onzeker
Heropnamen binnen dertig dagen bij pediatrie patiënten	Onzeker
Heropnamen binnen dertig dagen bij alle patiënten	Onzeker

Thema's	Na ronde 1
Heropnamen binnen dertig dagen chirurgische patiënten	Onzeker
Heropnamen binnen dertig dagen na opnamen i.v.m. geestelijke gezondheid	Onzeker
Ongeplande ziekenhuisopnamen kinderen met astma, diabetes of epilepsie	Onzeker
Ziekenhuisopnames	Onzeker
Langdurig ziekenhuisverblijf	Onzeker
Algemeen ziekenhuis ligdagen bij patiënten met psychiatrische klachten	Onzeker
Tijdsduur SEH-verblijf	Onzeker
Heupprothese operaties	Onzeker
Percutane Coronaire Interventie (PCI)/angioplastiek	Onzeker
Huisartsverwijzingen radiologie	Onzeker
Uitgevoerde laboratorium testen	Onzeker
Medicatiegebruik bij mensen met een depressie	Onzeker
Medicatiegebruik bij osteoporose patiënten	Onzeker
Gepast antibioticagebruik bij longontsteking	Onzeker
Chlamydia screening (zestien-twintig jaar)	Onzeker
Geestelijke gezondheid/depressie screening (twaalf-zeventien jaar)	Onzeker
Screening problematisch middelengebruik	Onzeker
Klinische depressie screening en vervolg behandelplan	Onzeker
Algemene ontwikkelingsscreening	Onzeker
Kinderen (nul-negentien) dat kortdurende therapie (JGZ) ontvangt	Onzeker
Volwassenen (twintig plus) dat kortdurende therapie (GGZ) ontvangt	Onzeker

Kwaliteit

Thema's	Na ronde 1
Heropnamen binnen dertig dagen (alle redenen)	Accepteren
SEH bezoek	Accepteren
Potentieel verloren levensjaren (gerelateerd aan zorgverlening)	Accepteren
Gezondheidsbevorderingsondersteuning op scholen	Accepteren
Ondersteuning bij stoppen met roken	Accepteren
Langetermijn ziektemanagement	Accepteren
Wachttijden behandeling van nieuwe poliklinische patiënten	Accepteren
Ervaren tijdigheid van ontvangen van zorg, afspraken en informatie (patiëntervaring)	Accepteren
Verlengd ziekenhuisverblijf door niet tijdige thuiszorg (verkeerd bed patiënt)	Accepteren
Tijdigheid uitsluitel Wmo verzoek	Accepteren
Vermijdbare intramurale zorg	Accepteren
Vermijdbare ziekenhuisopnamen	Accepteren
SEH bezoeken van mensen met verslavings- en/of ggz-problematiek	Accepteren
Astma onder controle	Accepteren
Samenwerkingsverbanden met regionale stakeholders	Accepteren
Regionale gezondheid bevorderende strategieën*	Accepteren
Gezamenlijke visie en missie op (integrale) chronische zorg	Accepteren
Toepassing van populatiegerichte zorg	Accepteren
Gebruik van alternatieve bekostigingsmodellen	Accepteren

Thema's	Na ronde 1
Coördinatie/integratie van sociaal en medisch domein	Accepteren
Steun voor innovatie	Accepteren
Integratie en continuïteit van zorg	Accepteren
Betrokkenheid zorgaanbieders in het sociale domein	Accepteren
Ervaren mogelijkheid tot het maken van een afspraak voor ziekte en/of verwondingen (patiëntervaring)	Accepteren
Ervaren toegang tot zorg (patiëntervaring)	Accepteren
Ervaren coördinatie medisch en sociale domein (patiëntervaring)	Accepteren
Ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning (patiëntervaring)	Accepteren
Patiënttevredenheid over ontvangen zorg (patiëntervaring)	Accepteren
Patiëntervaring over ontvangen zorg (patiënt ervaring)*	Accepteren
Patiënttevredenheid eerstelijnszorg (patiëntervaring)	Accepteren
Patiëntervaringen van eerstelijnszorg (patiëntervaring)	Accepteren
Patiëntervaringen ziekenhuiszorg (patiëntervaring)	Accepteren
Patient reported outcomes measures (PROMs) voor geplande ziekenhuiszorg*	Accepteren
<i>E-health/digitale zorg*</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Samenhang/integraliteit preventie en welzijn aanbod*</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Verhouding tweede- en eerstelijnsbehandelingen bij chronische ziekten*</i>	<i>Toevoegen</i>

Thema's	Na ronde 1
<i>Advanced care planning</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Effectieve domein overstijgende samenwerking bij doelgroepen met een combinatie van psychische en lichamelijke (psychosomatische) klachten</i>	<i>Toevoegen</i>
Depressie remissie na twaalf maanden	Onzeker
Mortaliteit bij mensen met borstkanker	Onzeker
Dertig-dagen mortaliteit na ziekenhuisopname voor hartfalen	Onzeker
Ziekenhuis mortaliteit	Onzeker
Vermijdbare complicaties tijdens ziekenhuisopname	Onzeker
Doorligwonden	Onzeker
Potentieel vermijdbare schade door zorg	Onzeker
Wondinfecties	Onzeker
Nabijheid tot locaties t.b.v. lichaamsbeweging	Onzeker
Ondersteuning en advies bij borstvoeding	Onzeker
Lichamelijke activiteit na het volgen van een beweegprogramma	Onzeker
Deelname aan zorgprogramma diabetes (incidentie)	Onzeker
Valscreening bij ouderen	Onzeker
Medicatiebeoordeling bij gebruik meerdere medicamenten	Onzeker
Vaccinatiegraad kinderen	Onzeker
Tijd tussen verschijning patiënt met beroerte symptomen en uitvoering beeldvormend onderzoek	Onzeker
Wachttijden behandeling (niet-ziekte specifiek)	Onzeker
Risico op antibioticaresistentie	Onzeker

Thema's	Na ronde 1
Zorg bij alzheimer	Onzeker
Gebruik GGZ en verslavingszorg	Onzeker
GGZ-nazorg na een klinische opname	Onzeker
Gebruik van psychotica bij mensen met dementie	Onzeker
Gebruik vrijheidsbeperkende maatregelen in langdurige zorg	Onzeker
Depressieve gevoelens in de langdurige zorg	Onzeker
Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) in langdurige zorg	Onzeker
Structurele pijnmeting in langdurige zorg	Onzeker
Gebruik van <i>stroke unit</i> bij mensen met een beroerte	Onzeker
Bloeddruk meten bij mensen met hart- en vaatziekten	Onzeker
LDL-C controles bij mensen met hart- en vaatziekten	Onzeker
LDL-controles bij mensen met diabetes	Onzeker
HbAc controle bij mensen met diabetes	Onzeker
Gerapporteerde klachten	Onzeker
Reactietijd bij niet-complexe klachtenmeldingen	Onzeker
Ervaren pijncontrole (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaren tijd met arts (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaren mogelijkheid tot het maken van een afspraak voor routinematige zorg (patiëntervaring)	Onzeker
Ziekenhuisbeoordeling door patiënten (patiëntervaring)	Onzeker
Bereidheid tot aanbevelen ziekenhuis (patiëntervaring)	Onzeker

Thema's	Na ronde 1
Arts-beoordeling door patiënten (patiëntervaring)	Onzeker
Wervelkolomoperaties	Verwerpen
Handhygiëne zorgpersoneel	Verwerpen

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Thema's	Na ronde 1
Ondersteuningsaanbod voor ziektemanagementvaardigheden, bijvoorbeeld een Individueel Zorgplan (IZP)	Accepteren
Patiënttevredenheid over communicatie en coördinatie (patiënttevredenheid)	Accepteren
Ervaring dat verschillende behandel mogelijkheden besproken worden (patiëntervaring)*	Accepteren
<i>Toegang tot zorg en preventie*</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Mate van mogelijkheid voortzetten leven bij een aandoening of beperking</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Zelfredzaamheid van de populatie (gecorrigeerd voor demografie)*</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Schuldenproblematiek*</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Afzien van zorg i.v.m. kosten*</i>	<i>Toevoegen</i>
Beschikbare hulpmiddelen voor zelfmanagement, bijvoorbeeld Samenwerken aan Gezondheid (PiH-NL)	Onzeker
Zelfmanagement beoordeling, bijvoorbeeld een Self Management Screening Instrument (SeMaS)	Onzeker
Gestructureerd voorlichting programma's	Onzeker

Voedings- en/of beweegadvies en ondersteuning bij kinderen met obesitas	Onzeker
Gezondheidsvoorlichting en scholing	Onzeker
Voedings- en kooklessen	Onzeker
Lichamelijke activiteitenprogramma's	Onzeker
Thuiszorg ontvangen	Onzeker
Palliatieve zorg ontvangen	Onzeker
PGB ontvangen	Onzeker
Ontslaggesprek na ontslag uit ziekenhuis bij hartfalen	Onzeker
Dezelfde huisarts tijdens bezoeken (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring van een arts naar keuze kunnen zien (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring dat specialist luistert naar wensen patiënt (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring dat de huisarts luistert naar wensen patiënt (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring van communicatie van arts (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring van uitleg over medicatie (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring van uitleg testen en behandelingen (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring hulp te ontvangen bij begrijpen van je aandoening (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring van het ontvangen van uitleg en wat te doen tijdens de revalidatie (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring van ontvangen van uitleg voordat medicatie is ontvangen (patiëntervaring)	Onzeker
Ervaring van uitleg bijwerkingen medicatie (patiëntervaring)	Onzeker

Ervaring van ondersteuning voor het omgaan met ziekte (patiëntervaring)	Onzeker
Uitvraag patiëntervaring bij ontslag uit het ziekenhuis (patiëntervaring)	Onzeker

Volksgezondheid

Thema's	Na ronde 1
Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven voor personen met een chronische aandoening (persoon gerapporteerd)	Accepteren
Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven voor mantelzorgers (achttien plus) (persoon gerapporteerd)	Accepteren
Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven voor personen met langdurige psychische problematiek (persoon gerapporteerd)	Accepteren
Kwaliteit van leven (persoon gerapporteerd)*	Accepteren
Gezondheidsstatus patiënt (persoon gerapporteerd)	Accepteren
Verandering in gezondheid (patiëntervaring)	Accepteren
Zelfervaren gezondheid (persoon gerapporteerd)*	Accepteren
Gezondheidsrisico beoordeling (persoon gerapporteerd)	Accepteren
Levensverwachting bij vijftenzestig jaar	Accepteren
Potentieel verloren levensjaren	Accepteren
Potentieel vermijdbare sterfte*	Accepteren
Vermijdbare sterftegevallen	Accepteren
Mortaliteit bij vermijdbare oorzaken	Accepteren

Thema's	Na ronde 1
Roken*	Accepteren
Inactieve volwassenen*	Accepteren
Overmatig alcoholgebruik	Accepteren
Gezond gewicht bij volwassenen	Accepteren
Overgewicht bij volwassenen	Accepteren
Overgewicht bij kinderen	Accepteren
Obesitas	Accepteren
Diabetes	Accepteren
Hartfalen	Accepteren
Charlson-comorbiditeits-Index	Accepteren
Verslavingen	Accepteren
Letsel bij valincidenten	Accepteren
Zelfstandig wonen	Accepteren
<i>Duur tot herstel tot normale activiteiten/deelname arbeidsproces na behandeling of ziekte</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Vakgebied specifieke uitkomstmaten</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Terugval na opvang in maatschappelijke of vrouwenopvang</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Ervaren gezondheid (Positieve gezondheid)</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Terugval na stoppen met roken</i>	<i>Toevoegen</i>
Levensverwachting bij geboorte	Onzeker
Mortaliteit onder de vijftenzestig (alle oorzaken)	Onzeker
Mortaliteit zuigelingen	Onzeker
Verkeersdoden door alcohol	Onzeker
Groente/fruit consumptie bij volwassenen	Onzeker
Groente/fruit consumptie bij kinderen	Onzeker
Chlamydia	Onzeker
Vertraagde algemene ontwikkeling van kinderen	Onzeker

Thema's	Na ronde 1
Cariëserving bij kinderen	Onzeker
Tienergeboorten	Onzeker

Welzijn professional (en organisatie van zorg)

Thema's	Na ronde 1
Uitwisseling van patiëntinformatie*	Accepteren
Informatie-uitwisseling tussen huisarts en ziekenhuis	Accepteren
Informatie-uitwisseling tussen thuiszorg en huisarts	Accepteren
Patiëntinformatie is voor overdracht of binnen zestig minuten na overdracht naar een andere zorginstelling verstuurd; (huis)arts gegenereerde data	Accepteren
Patiëntinformatie is voor overdracht of binnen zestig minuten na overdracht naar een andere zorginstelling verstuurd; verpleegkundig gegenereerde data	Accepteren
Patiëntinformatie is voor overdracht of binnen zestig minuten na overdracht naar een andere zorginstelling verstuurd; data testen en uitslagen	Accepteren
Informatie-uitwisseling tussen professionals binnen zorgorganisatie	Accepteren
Patiëntinformatie toegankelijk voor patiënt en professionals van verschillende organisaties	Accepteren
Actuele diagnose- en behandelingsinformatie	Accepteren
Gebruik elektronische patiëntendossier	Accepteren
Actueel medicatieoverzicht (AMO)	Accepteren

Gedeelde protocollen en richtlijnen	Accepteren
Multidisciplinair teamwerk	Accepteren
Vertrouwen tussen professionals*	Accepteren
Personeelsverloop*	Accepteren
Ziekteverzuim werknemers*	Accepteren
<i>Ondersteuning bij ontwikkelen/innoveren</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Eenvoudig kunnen overnemen van best practices</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Beschikbaarheid stageplaatsen bij zorginstellingen (bv. ten opzichte van totaal aantal fte van de zorginstelling)</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Deeltijdfactor van medewerkers in een zorginstelling</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Ervaren werkdruk*</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Plaats onafhankelijk werken</i>	<i>Toevoegen</i>
<i>Arbeidssatisfactie (werkplezier)*</i>	<i>Toevoegen</i>
Na- en bijscholing chronische zorg	Onzeker
Aantal artsen per specialiteit	Onzeker
Aantal artsen in landelijk gebied	Onzeker

*Top-vijf thema's na prioritering met vragenlijst in ronde 2. Thema-labels en indelingen zijn vervolgens aangepast op basis van kwalitatieve input van experts

Bijlage 4 Keuzeset indicatoren Juiste Zorg op de Juiste Plek

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
Ervaren gezondheid	% personen dat zijn/haar algemene gezondheid als (zeer) goed ervaart	Gezondheidsmonitor, gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor (o.a. CBS)	2014-2021, jaarlijks	Gemeente	Divers, incl. regie op eigen leven
	% volwassenen dat tevreden is met zijn/haar psychische gezondheid	Mijnkwaliteitvanleven.nl	2015-2021, halfjaarlijks	Gemeente	Divers
(Her)opnamen en (her)behandelingen; potentieel (deels) vermijdbaar	% ongeplande ziekenhuisopnamen na zorg in de wijkverpleging	Vektis	Geen periodieke publicatie	Instelling	Type aanbieder, leeftijdsgroepen
	% ziekenhuisopnamen onder personen van 15 jaar en ouder in zorgregistraties met een primaire diagnose van astma, COPD, diabetes, of hartfalen	Vektis, Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)	2017-2021, jaarlijks	Instelling	Type chronische aandoening
	Intramurale opnames in de specialistische ggz (incl.	Vektis	2013 - 2021, jaarlijks	Zorgkantoor regio	Type intramurale zorg

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
	verslavingszorg) per 10.000/100.000 inwoners (zie 2)				
Samenwerking over de domeinen heen	% ziekenhuizen dat samen met de regiopartners de maatschappelijke opgave vertaalt naar een gezamenlijke visie	NVZ, zorg voor JUMP	2019, niet periodiek	Instelling	N.v.t.
SEGV	Gemiddelde (gezonde) levensverwachting bij geboorte	CBS	2007-2021, jaarlijks	Landelijk	Opleiding, inkomen
	% volwassenen dat in de voorgaande 12 maanden wel eens afzag van zorg vanwege de kosten	Nivel	2016-2021, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.
	% huishoudens dat leeft onder de laagste inkomensgrens (armoede)	CBS	2010-2021, jaarlijks	Gemeente	Migratieachtergrond, hoofdkostwinnenschap
	% burgers, consumenten, patiënten, cliënten, bewoners en professionals dat digitaal vaardig is	RIVM e-health monitor	2021 - 2023, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
	% kinderen waarvan de zelf-gerapporteerd/ouderbenoemde gezondheid van de tanden en het tandvlees als "slecht" of "zeer slecht" benoemd wordt	Gezondheidsenquête, Leefstijlmonitor (o.a. CBS)	2014-2021, jaarlijks	Landelijk	Opleidingsniveau, migratieachtergrond
	Aantal geboorten van levende kinderen waarbij de moeder jonger is dan 20 jaar oud (per 100.000 inwoners) (zie 3)	CBS	1988-2021, jaarlijks	Gemeente	N.v.t.
In- door- en uitstroom in de keten	Gemiddelde wachttijd voor ziekenhuiszorg	NZA	08/2021, 08/2022, maandelijks	Instelling	Specialisme, voor afspraak/onderzoek/behandeling
	% goedlopende regionale coördinatiefuncties met vier werkende functionaliteiten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf	RIVM-monitor langer thuis	2019-2021, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
	Gemiddelde wachttijd voor geestelijke gezondheidszorg (zie 2)	Vektis	2018-2021, maandelijks	Instelling	Diagnose, aanmelding vs. behandeling
	Gemiddeld aantal dagen medisch noodzakelijk verblijf (verblijf met rechtvaardigheidsgrond) van klinisch opgenomen GGZ patiënten ²	Vektis	2018-2021	Instelling	N.v.t.
(Digitale) uitwisseling patiëntinformatie	% organisaties dat de architectuur zo heeft ingericht (of hiertoe in ontwikkeling is) dat informatie eenduidig kan worden vastgelegd en gedeeld, teneinde interoperabel te kunnen werken	RIVM e-health monitor	2021 - 2023, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.
	% organisaties, professionals en patiënten, cliënten en bewoners dat digitaal medische gegevens uitwisselt	RIVM e-health monitor	2021 - 2023, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
Kwaliteit van leven	% personen dat (ernstig) beperkt is in het dagelijks leven vanwege problemen met de gezondheid	Gezondheidsmonitor, gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor (o.a. CBS)	2014-2021, jaarlijks	Gemeente	Divers, incl. regie op eigen leven
Spoedeisende hulp	% zelfverwijzers op de SEH	LIS (Letsel Informatie Systeem), LTR (Landelijke Trauma Registratie)	1997-2021, niet periodiek openbaar	Landelijk	N.v.t.
	Gemiddeld aantal ouderen op de SEH (per 100.000 inwoners)	LTR	2013-2020, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.
	Gemiddelde verblijfsduur op de SEH	LTR	2013-2020, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.
	Aantal multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) opgevangen op de SEH van de ziekenhuislocatie in het verslagjaar (per 100.000 inwoners)	Zorginzicht	2019-2021, jaarlijks	Instelling	N.v.t.
	Aantal contacten met huisartsenpost (HAP)	InEen	2010-2020, jaarlijks	Landelijk	Consult, visite, of telefonisch

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
	zorg naar urgentie (per 100.000 inwoners)				
Schuldenproblematiek	% volwassenen dat in de voorgaande 12 maanden wel eens afzag van zorg vanwege de kosten	Nivel	2016-2021, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.
	% personen in een traject van schuldhulpverlening	CBS/NVVK	1999-2021, jaarlijks	Gemeente	N.v.t.
Ziekteverzuim werknemers	% verzuimklachten als gevolg van werk door werknemers in de zorg en welzijn (per sector)	Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) door CBS & TNO	2010-2021, per kwartaal	Provincie of arbeidsmarkt regio	Type organisatie binnen AZW-branchen
Zorgkosten	Zorgkosten (per persoon) voor de eerste, tweede en derde lijn	Vektis	2015-2021, jaarlijks	Gemeente	N.v.t.
	Zorgkosten (per persoon) naar zorgsoort	Vektis	2015-2021, jaarlijks	Gemeente	N.v.t.
	Zorgkosten (per persoon) naar ziekte/aandoening (zie 4)	RIVM	2003-2017 en 2019, jaarlijks	Landelijk	Aandoening, leeftijd, geslacht, sector

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
Digitale zorg/eHealth	% professionals dat aangeeft dat eHealth bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit van zorg en het % patiënten, cliënten, bewoners dat aangeeft dat eHealth bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg/ kwaliteit van leven	RIVM e-health monitor	2021 - 2023, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.
	% patiënten, cliënten, bewoners en professionals dat aangeeft door digitale toepassingen minder gebruik te maken van (reguliere) zorg	RIVM e-health monitor	2021 - 2023, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.
	% gebruikers dat aangeeft dat eHealth (toepassingen) vindbaar, beschikbaar, en voor hen toepasbaar zijn	RIVM e-health monitor	2021 - 2023, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.
	% zorgverleners dat aangeeft dat reguliere zorgprocessen (deels)	RIVM e-health monitor	2021 - 2023, jaarlijks	Landelijk	N.v.t.

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
	worden vervangen door digitale processen				
Gezond gewicht	% inwoners dat voldoet aan beweegrichtlijnen	Gezondheidsenquête, Leefstijlmonitor (o.a. CBS)	2012 - 2020, elke 4 jaar	Gemeente	Opleidingsniveau, migratieachtergrond
Ervaren werkdruk	% werknemers in de zorg en welzijn met verzuimklachten dat aangeeft dat werkdruk of werkstress de reden voor verzuim is (per sector)	Onderzoeksprogramma AZW door CBS & TNO	2014-2021, jaarlijks	Provincie of arbeidsmarkt regio	Type organisatie binnen AZW-branchen
	% werknemers in de zorg en welzijn dat aangeeft burn-outklachten te ervaren (per sector)	Onderzoeksprogramma AZW door CBS & TNO	2014-2021, jaarlijks	Provincie of arbeidsmarkt regio	Type organisatie binnen AZW-branchen
	% werknemers in de zorg en welzijn dat aangeeft voldoende autonomie te hebben	Onderzoeksprogramma AZW door CBS & TNO	2014-2021, jaarlijks	Provincie of arbeidsmarkt regio	Type organisatie binnen AZW-branchen
Potentieel vermijdbare sterfte	Aantal personen dat overleed aan vermijdbare doodsoorzaken (per 100.000 inwoners)	CBS	1996-2021, jaarlijks	Landelijk	Doodsoorzaken

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
	% in een ziekenhuis overleden patiënten bij wie potentieel vermijdbare schade tijdens het verblijf bijdroeg aan het overlijden	Nivel/EMGO+	2004, 2008, 2011/2012, 2015/2016, 2019, 2022	Landelijk	Doodsoorzaken (incl. organisatorisch)
	% personen onder behandeling in de geestelijke gezondheidszorg dat suicide pleegt (zie 2)	IGJ/CBS/RIVM	2007-2020	Landelijk	Binnen of buiten de GGZ-instelling
	Aantal zelfdodingen (per 100.000 inwoners) vanwege een psychische stoornis ²	CBS	1950-2021	Landelijk	Leeftijd
Verhouding eerste- en tweedelijnsbehandelingen	% chronisch zieken (patiënten met diabetes, astma, COPD, hart- en vaatziekten, of verhoogd vasculair risico) in een zorgprogramma	InEen	2010-2021, jaarlijks	Zorggroepen	N.v.t.
	% chronisch zieken (patiënten met diabetes, astma, COPD, hart- en	InEen	2010-2021, jaarlijks	Zorggroepen	N.v.t.

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
	vaatziekten, of verhoogd vasculair risico) onder controle bij een specialist				
Middelengebruik (roken en alcohol)	% rokers dat een serieuze stoppoging doet en daarbij gebruik maakt van doelmatige zorg	Gezondheidsenquête, Leefstijlmonitor (o.a. door CBS)	2014-2021, jaarlijks	Landelijk	Opleidingsniveau / migratieachtergrond
	% overmatige en zware drinkers	Gezondheidsmonitor (GGD'en, CBS en RIVM)	2012 - 2020, elke 4 jaar	Gemeente	Divers, incl. regie op eigen leven
Gezondheidsdeterminanten kinderen	% kinderen waarbij het gezin waarin zij leven moeite heeft met rondkomen	Gezondheidsmonitor jeugd	2019, 2021, niet periodiek	Gemeente	Opleidingsniveau / migratieachtergrond
	% kinderen (4 -18 jaar) dat wekelijks sport beoefent	Gezondheidsenquête, Leefstijlmonitor (o.a. door CBS)	2014-2021, jaarlijks	Landelijk	Opleidingsniveau / migratieachtergrond
	% gezinnen met kinderen waar huiselijk geweld meldingen zijn gedaan	CBS	2019-2021, halfjaarlijks	Gemeente	Aard en duur van het geweld
	% scholen met vignet Gezonde School (zie 2)	VWS (Programma Gezonde School)	Geactualiseerd tot en met 2021	Gemeente	Postcodegebied

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
	% kinderen dat met roken begint (zie 3)				
Participatie	% inwoners dat zich beperkt voelt in activiteiten in het dagelijks leven	Gezondheidsmonitor (GGD'en, CBS en RIVM)	2012 - 2020, elke 4 jaar	Gemeente	Divers, incl. regie op eigen leven
	% inwoners dat werkeloos is	CBS	2013-2021, jaarlijks	Gemeente	N.v.t.
	% inwoners die aangeven maatschappelijk actief te zijn door participatie in sociale activiteiten (zoals contacten met familie, vrienden en burens en informele hulp) organisaties (zoals lidmaatschappen van verenigingen, verenigingsdeelname en vrijwilligerswerk) (zie 2)	CBS	2012-2021	Landelijk	Vorm en frequentie van activiteiten, demografie
Capaciteit	Aantal werknemers met een baan in de zorg en welzijn (per 100.000 inwoners)	Onderzoeksprogramma AZW door CBS & TNO	2010-2021, per kwartaal	Provincie of arbeidsmarkt regio	Type organisatie binnen AZW-branche

Thema (zie 1)	Indicator (zie 2)	Databron	Eerste en laatste dataverzameling, frequentie	Regionale beschikbaarheid ('laagste' niveau)	Beschikbare kenmerken voor uitsplitsing
	Verhouding tussen het aantal instromers en uittrekkers op de arbeidsmarkt	Onderzoeksprogramma AZW door CBS & TNO	2010-2021, per kwartaal	Provincie of arbeidsmarkt regio	Type organisatie binnen AZW-branchen
	Werkgelegenheid in de zorg en welzijn, arbeidsvolume (per 100.000 inwoners)	Onderzoeksprogramma AZW door CBS & TNO	2010-2021, per kwartaal	Provincie of arbeidsmarkt regio	Type organisatie binnen AZW-branchen
	Aantal huisartsconsulten (per 100.000 inwoners)	Vektis	2011-2021, jaarlijks	Instelling	N.v.t.
	Aantal verwijzingen naar medisch specialistische zorg (per 100.000 inwoners)	NZA (uit Zorgdomein)	2018-2022, wekelijks	ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen) regio's	Specialisme
	Aantal SEH bezoeken (per 100.000 inwoners)	Letsel informatie Systeem (LIS)	1997-2021	Landelijk	N.v.t.

1. Voor vier thema's (integrale gezondheidsbevorderende strategieën, patiëntenervaringen ontvangen zorg, personeelsverloop, en werkplezier) zijn er geen indicatoren opgenomen in de keuzeset, omdat alle beschikbare indicatoren die niet al in de basisset zijn opgenomen 'geen' prioriteit hadden. Dit komt vooral voor bij thema's waarbij er weinig beschikbare indicatoren geïdentificeerd waren, veel punten werden toegekend aan de optie 'anders' of aan de 'hoogst' geprioriteerde, of een combinatie van het voorgaande. Voor het thema 'vertrouwen tussen zorgprofessionals' zijn geen beschikbare indicatoren geïdentificeerd.
2. Deze markering betreft indicatoren die net niet voldeden aan de norm voor 'bovengemiddelde prioriteit' en daarom een uitzondering zijn op de regel om beschikbare indicatoren in de keuzeset op te nemen. Deze indicatoren gaan over de geestelijke gezondheidszorg of het sociale domein. Dit zijn achtergronden waarvan vertegenwoordigers ondervertegenwoordigd waren in fase 2 van het onderzoek. De indicatoren zijn meegenomen in de keuzeset om te voorkomen dat bruikbare indicatoren over deze onderdelen van zorg of ondersteuning door ondervertegenwoordiging ontbreken uit beeld zouden raken.
3. Deze beschikbare indicatoren werden niet geïdentificeerd in de tussenronde, maar werden aangedragen tijdens ronde 3. Ze zijn daarom niet (in dezelfde ronde) ook door de overige experts gescoord. Of deze indicatoren 'bovengemiddeld' zouden hebben gescoord is dus onbekend.

4. Deze indicator werd geïdentificeerd als beschikbaar, maar werd beschouwd als niet-relevant voor JZOJP vanwege het ziekte-specifieke karakter en daarom niet voorgelegd in ronde 3. De indicator is alsnog opgenomen naar aanleiding van de input van een deel van de experts in fase 2. De indicator is dus niet gescoord door alle experts. Of deze indicator een 'bovengemiddeld' zou hebben gescoord is dus ook onbekend.

Bijlage 5 Ontwikkelagenda met suggesties voor de indicatorenset JZOJP

Thema	Richtinggevende suggesties voor nieuwe indicatoren	Bron
Ervaren gezondheid*	Geen suggesties	Niet van toepassing
(Her)opnamen en (her)behandelingen	Aantal (gedwongen) heropnames ggz	HLA-partner
	Aantal herhaaldelijke opnames en beëindigingen daarvan in beschermd wonen (in de Wmo en Wlz)	HLA-partner
	Aantal ongeplande ziekenhuisopnamen	HLA-partner
In- door- en uitstroom in de keten	Percentage patiënten dat veelgebruiker is in huisartsenzorg (vanwege problemen in afstemming en verwijzingen 1e lijn – sociaal domein)	Regiovertegenwoordiger
	Percentage patiënten waarbij een transferverpleegkunde wordt ingezet bij ontslag	HLA-partner
	Aantal mensen op wachtlijst beschermd wonen binnen wet maatschappelijke ondersteuning, wet langdurige zorg, of wet forensische zorg	HLA-partner
	Aantal mensen in daklozenopvang op wachtlijst beschermd wonen of ggz/verslavingszorg behandeling	HLA-partner
	Wachttijd op vervolgplek in Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)	HLA-partner
	Percentage patiënten waarvoor thuiszorg/wijkverpleging niet te regelen is of te lang duurt	Panel in ronde 3
	Vordering van inhaalzorg	Duidingssessie
	Treeknormoverschrijdingen (in plaats van absolute wachttijden)	Panel in ronde 3
	Aantal herhaaldelijke opnames en beëindigingen daarvan in beschermd wonen vanuit Wlz en Wmo	Panel in ronde 3
	Continuering van zorg thuis of in het sociale domein	Panel in ronde 3
	Aantal transfers van dakloze of ggz patiënten na somatische ziekenhuis opname naar specifieke verpleegafdelingen van maatschappelijke opvang of beschermd wonen organisaties	HLA-partner

Thema	Richtinggevende suggesties voor nieuwe indicatoren	Bron
Samenwerking over de domeinen heen	Percentage personen dat problemen heeft ervaren met afstemming tussen de eerste en tweede lijn	Regiovertegenwoordiger
	Aantal partnerschaps- en samenwerkingsovereenkomsten tussen zorginstanties en het sociaal domein	(Grijze) literatuur
	Mate van structurele samenwerking in de keten tussen actoren uit diverse domeinen en sectoren (aan preventie, capaciteitsplanning, acute zorg)	Panel in ronde 3, focusgroep
	Aanwezigheid van afspraken in de regio tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het gebied van ggz en maatschappelijke zorg	HLA-partner
	Percentage personen dat problemen heeft ervaren met afstemming tussen eerste lijn en sociaal domein	Regiovertegenwoordiger
	Percentage zorggroepen dat met regiopartners maatschappelijke opgave vertalen naar gezamenlijke visie	Regiovertegenwoordiger
	Percentage zorggroepen die samenwerking rond JZOJP regionaal structureel hebben georganiseerd	Regiovertegenwoordiger
	Percentage gemeenten betrokken (via mandaat) bij regionale visie	Regiovertegenwoordiger
	Aanwezigheid van regionale afspraken tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars, paramedici, diverse VVT-organisaties en huisartsen in de regio	HLA-partner
	Bekostiging van tijd voor samenwerking (bijv. in de huisartsenzorg)	Panel in ronde 3
	Mate waarin transitiegelden zijn besteed (o.a. t.b.v. organiseren van verplaatsing van zorg vanuit het ziekenhuis)	Panel in ronde 3
	SEGV*	Mogelijkheid voor fysiek contact naast digitale contacten (voor bepaalde subpopulaties).
Vindt er scholing en training plaats van zorg- en hulpverleners in het herkennen van laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden?		HLA-partner
Begrijpelijkheid en toegankelijkheid van uitgewisselde gezondheidsgegevens		Panel in ronde 3
Gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid van digitale zorg		Panel in ronde 3
Getroffen maatregelen t.b.v. de begrijpelijkheid en toegankelijkheid van uitgewisselde informatie voor burgers/patiënten		Panel in ronde 3

Thema	Richtinggevende suggesties voor nieuwe indicatoren	Bron
	Gebruikte instrumenten voor meten van patiëntervaringen zijn aantoonbaar begrijpelijk voor alle groepen	Panel in ronde 3
	Aantal diabetes patiënten met een laag sociaaleconomische positie die door hun ziekte te maken hebben met amputaties, blindheid, nierfalen of hartproblematiek	HLA-partner
	Aantal mensen zonder vaste woon- en verblijfplaats die door politie /ambulance bij de SEH worden afgeleverd vanwege ongevallen en trauma	HLA-partner
	Percentage werknemers werkzaam in achterstandswijken, die gedacht hebben over ander werk (ten opzichte van de werknemers in de gemiddelde wijken)	HLA-partner
	Vindt er scholing en training plaats van zorg- en hulpverleners in het herkennen van laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden?	HLA-partner
	Verschillen en gebruik van zorgprogramma's (o.a. voor diabetes) tussen sociaaleconomische groepen	HLA-partner, panel in ronde 3
	Mate waarin aanbod van (digitale) zorg en ondersteuning rekening houdt met verschillen in gezondheidsvaardigheden	Panel ronde 2, duidingssessie
	Groepen differentiëren op basis van stapeling van sociaaleconomische en gezondheidsverschillen	Panel opmerking in ronde 2
Werkplezier*	Percentage huisartsenpraktijken dat aangeeft een hoge werkdruk te ervaren	HLA-partner
	Mate waarin de zorgprofessional zichzelf in staat gesteld voelt om haar/zijn beroep goed uit te oefenen en goede zorg te verlenen (in tijd, faciliteiten en menskracht), bijv. tevredenheid huisartsen over zorg die zij kunnen leveren bij complexe problematiek	HLA-partner
	Mate waarin de zorgprofessional in staat gesteld wordt tot tijdige signalering en beantwoording van zorgvragen, dus zonder 'achterlating' van mensen in persoonlijk fysiek/mentaal gevaar of nood	HLA-partner
	Mate waarin de zorgprofessional een helder en aantrekkelijk opleidings- en loopbaanperspectief heeft en ervaart.	HLA-partner

Thema	Richtinggevende suggesties voor nieuwe indicatoren	Bron
	Signaleer ook de relaties met ziekteverzuim, personeelsverloop, werkdruk en antecedenten zoals autonomie, ontwikkelmogelijkheden, zingeving, coping en participatie. Bijv.: 1) de mate waarin de zorgprofessional (i.c. verpleegkundige) van mening is zijn/haar professie naar eigen professionele kwaliteitsstandaard uit te kunnen voeren en cliënten van goede zorg kan voorzien (of adequaat ander vervolg kan geven) 2) de mate waarin de zorgprofessional (i.c. verpleegkundige) van mening is op grond van zijn/haar professie invloed te hebben op de kwaliteit van zijn/haar werk, werkomgeving, loopbaan, ontwikkeling en toekomstige professionele inzet.	Panel in ronde 3
(Digitale) uitwisseling patiëntinformatie	De mate waarin gegevens digitaal kunnen worden hergebruikt om JZOJP met minimale administratieve lasten in kaart te kunnen brengen	HLA-partner, panel in ronde 3
	Objectieve mate van uitwisseling van digitale gegevens voor het primaire zorgproces en de mate waarin gecoördineerde secundaire data (her)gebruik plaatsvindt tussen organisaties in regionale netwerken	Panel in ronde 3
Integrale gezondheidsbevorderende strategieën	Percentage verzekerden (in gemeentepolis of niet) dat gebruik maakt van het aangeboden preventie aanbod van de verzekeraar	HLA-partner
	Percentage obesitaspatiënten in een zorgprogramma	HLA-partner
	Aantal (percentage) verwijzingen van huisarts naar het sociaal domein	HLA-partner
	Aantal initiatieven waarin begeleiding voor stoppen met roken wordt aangeboden	Regiovertegenwoordiger
	Aantal verzekeraars dat meerdere stoppogingen vergoed (gemiddeld zijn 6 pogingen nodig)	Regiovertegenwoordiger
	Aantal deelnemende inwoners/organisaties aan diverse aangewezen programma's m.b.t. ontwikkeling gezondheidsvaardigheid, chronische zorg, kansrijke start, valpreventie, armoede, werk, eenzaamheid, werkgeversinitiatieven,	Panel in ronde 3

Thema	Richtinggevende suggesties voor nieuwe indicatoren	Bron
	gezonde school, JOGG, etc. Uitsplitsing naar doelgroep i.v.m. SEGV hierbij zeer belangrijk.	
Kwaliteit van leven*	Percentage personen die aangeven dat hun kwaliteit van leven goed/uitstekend is	Panel in tussenronde
	PROM-respons in de wijkverpleging	HLA-partner
	Gemiddelde score ervaren kwaliteit eerstelijnszorg of chronische zorg (populatie-niveau)	Panel in tussenronde
Patiëntervaringen ontvangen zorg	Percentage personen die aangeven dat veiligheid in het geding was bij een bezoek aan de huisarts	Panel in tussenronde
	Ervaringen patiënt omtrent aansluiting aanbod bij initiële vraag, beschikbare ondersteuning voor zelfmanagement, samen beslissen, <i>advanced care planning</i> , duidelijkheid over welke zorgverlener de regiefunctie heeft en samenwerking tussen zorgprofessionals. Uitsplitsing naar groepen belangrijk voor SEGV.	Panel in ronde 3, duidingssessie
	Patiënt ervaringen van ontvangen zorg- en ondersteuning op basis van open tekst/narratieve informatie	Panel in ronde 3
	Verhouding tussen het aantal gezondheidscentra en huisartsenpraktijken	HLA-partner
Ervaren werkdruk*	Ervaren autonomie, bijv. percentage zorgprofessionals dat vindt dat zij onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de keuzes van hun werkgever die van invloed zijn op hun werkomstandigheden/werkbelasting	HLA-partner
Spoedeisende hulp	Aantal SEH bezoeken vanwege middelengebruik, overdosis, GHB-detoxicatie	HLA-partner
	Aantal mensen zonder vaste woon- en verblijfplaats die door politie /ambulance bij de SEH worden afgeleverd vanwege ongevallen en trauma	HLA-partner
	Ongeplande SEH opnames	HLA-partner
	Mate waarin er afspraken gemaakt zijn tussen alle verschillende acute zorg partners, inclusief sociaal domein	Panel in ronde 3, duidingssessie
	Percentage zelfverwijzers dat met niet-urgente klachten bij SEH komt	Panel in ronde 3

Thema	Richtinggevende suggesties voor nieuwe indicatoren	Bron
	Percentage SEHs met een 24/7 huisartsenpost in het voorportaal	Panel in ronde 3
Schuldenproblematiek*	Percentage inwoners met een BKR-registratie	HLA-partner
	Percentage inwoners zonder zorgverzekering	HLA-partner
	Aantal huisuitzettingen	HLA-partner
	Percentage personen die aangeven dat zij geen zorg opzochten, of geen voorgeschreven medicatie ophaalden in verband met de kosten	Panel in tussenronde
	Percentage personen die aangeven dat zij afgelopen 12 maanden een probleem hebben gehad met het voldoen van een rekening voor medische zorg	Panel in tussenronde
	Percentage inwoners met diverse signalen van betalingsachterstanden dat gebruik maakt van voorzieningen, waaronder schuldenregelingen, kind-pakketten, budgetbeheer en voedselbank)	Panel in ronde 3
Ziekteverzuim werknemers*	Geen suggesties	Niet van toepassing
Zorgkosten*	Aandeel kosten voor de Zvw, Wlz, Wmo en Jw in de totale kosten voor deze wetten bij elkaar opgeteld	Panel opmerking in ronde 2
	Inzet van kostenbesparende maatregelen (iets niet doen in de tweede lijn dat niet passend is voor de initiële vraag), zoals samen beslissen, en stepped-care	Duidingssessie
	Mogelijkheid voor fysiek contact naast digitale contacten (voor bepaalde subpopulaties).	HLA-partner
	Gemiddelde zorgkosten per persoon in de Wet forensische zorg	HLA-partner
Digitale zorg/eHealth*	De mate waarin digitale toepassingen bijdragen aan tijdsbesparing en een reductie van administratieve lasten	HLA-partner
	Gebruiksvriendelijkheid, toegankelijkheid en begrijpelijkheid van digitale zorg	Panel in ronde 3
Gezond gewicht*	Gezond gewicht in relatie tot leefstijl en problemen in gezondheid/functioneren	Panel in ronde 3
	Mate (over tijd) waarin (over)gewicht als problematisch wordt ervaren	Panel in ronde 3

Thema	Richtinggevende suggesties voor nieuwe indicatoren	Bron
Vertrouwen tussen professionals	Mate waarin professionals vertrouwen hebben in andere professionals (van andere organisaties) binnen een netwerk of keten	Domeinexpert
	Mate waarin de zorgprofessional autonomie ervaart in de uitvoering van zijn/haar beroep, en dat de samenwerking met andere professionals geschiedt op basis van (over en weer) volledige erkenning van deze eigen beroepsautonomie	HLA-partner
	Tevredenheid in samenwerking met collega's van andere organisaties	Panel in ronde 3
	Verwijsgedrag, structureel overleg en intercollegiale consultaties tussen aanbieders van diverse sectoren domeinen (bijv. huisarts/wijkverpleegkundigen naar sociaal domein)	Panel in ronde 3
	Betrokkenheid van zorgaanbieders bij keuzes over de inrichting van voorzieningen in het sociaal domein	Panel in ronde 3
Potentieel vermijdbare sterfte	Percentage van overleden patiënten als gevolg van verkeerde diagnose/inschatting in huisartsenzorg	Regiovertegenwoordiger
Verhouding eerste- en tweedelijnsbehandelingen	Niet alleen verplaatsing ziekenhuis naar huisarts, maar ook inzet eHealth vanuit ziekenhuis. Niet alleen inzet van specialist ouderengeneeskunde maar ook van verpleegkundig specialist in eerste lijn. Inzet POH GGZ. Ook anderhalve lijn.	HLA-partner en panel in ronde 3
	Gebruik van anderhalvelijnszorg: (deels) niet in het ziekenhuis, op afstand begeleid door HA met consultatie van medisch specialist	Panel in ronde 3
	Indicator t.b.v. bevordering taakherschikking (ZOJP), bijv.: aantal uur dat verpleegkundig specialisten met ouderenzorg expertise zijn ingezet voor verpleegkundige zorg en/of behandeling in de eerste lijn en acute zorg	Panel in ronde 3
Personeelsverloop*	Percentage werknemers die van plan zijn tot hun pensioen in de zorg te werken	Themadeskundige
	Percentage werknemers dat de zorg- en welzijnssectoren verlaat (uitgesplitst naar reden)	Panel in ronde 3
	Percentage werknemers dat gebruik maakt van loopbaanontwikkelingsmogelijkheden (door de werkgever)	Panel in ronde 3

Thema	Richtinggevende suggesties voor nieuwe indicatoren	Bron
Middelengebruik (roken en alcohol)*	Aantal verzekeraars dat meerdere stoppogingen vergoed (gemiddeld zijn 6 pogingen nodig)	Regiovertegenwoordiger
	Aantal initiatieven waarin begeleiding voor stoppen met roken wordt aangeboden	Regiovertegenwoordiger
	Percentage personen die aangeven ooit dagelijks of bijna dagelijks te hebben gerookt voor minimaal een jaar (zie 1)	Panel in tussenronde
	Percentage personen die aangeven het afgelopen jaar met een zorgverlener gesproken te hebben over de risico's van roken en manieren om te stoppen	Panel in tussenronde
	Aanvullende indicatoren over alcoholgebruik	Duidingssessie
Gezondheidsdeterminanten kinderen*	Percentage kinderen waar dakloosheid in het gezin (huisuitzetting) of buiten het gezin zich voordoet (alleenstaande minderjarigen)	Panel in ronde 3
Participatie*	Geen suggesties	Niet van toepassing
Capaciteit	Inzicht in taakherschikking (bijv. percentages consulten door POH GGZ, wijkverpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen, of verpleegkundig specialisten)	Panel in ronde 3
	Percentage inwoners zonder huisarts	Duidingssessie
	Aantal ziekenhuisbedden per inwoneraantal opgesplitst naar IC, CCU, verloskamer en kinderbedden	Panel in ronde 3

*Bij deze thema's zijn bedenkingen over bruikbaarheid, opgemerkt door experts, niet van toepassing op de geprioriteerde indicatoren in de indicatorenset (zie Bijlage 1, ronde 3)

1. De suggesties op deze ontwikkelagenda zijn door één of enkele experts gedaan en nog niet door de andere experts – of gebruikmakend van een andere methode – kritisch beoordeeld. Het is daarbij mogelijk dat de lijst suggesties bevat waarbij RIVM-onderzoekers de relevantie of bruikbaarheid (in het verlengde van het soort bedenkingen van de experts) betwijfelen. Deze indicator is hiervan een voorbeeld, omdat gedrag (leefstijlfactoren) in het verleden niet beïnvloed kan worden door JZOJP-beleid.

M.A.P. Vugts | P.P.F. Klein | E. de Weger |
B.M. Keij | J.N. Struijs

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

www.rivm.nl

maart 2023

De zorg voor morgen
begint vandaag