RAPPORT

Data-gedreven Regiobeelden

Auteurs
Noortje de Haan, Elmine Wijnia, Mariëlle Gebben, Maarten den Braber, Jochen Mierau

Met medewerking van
Raun van Ooijen, Mark Callaars, Mirjam Hoeksema

In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Uitvoering door Population Health Data NL
20 mei 2022

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Population Health Data NL

Inhoudsopgave

Leeswijzer

1. Conclusies

2. Aanbevelingen

3. Achtergrond en aanleiding van dit onderzoek
De zorgtransitie, regiobeelden en het gebruik van data in de regio
3.1 Uitdagingen in het zorglandschap
3.2 (Noodzaak tot) de transitie van de zorg
3.3 Regiobeelden ondersteunen de zorgtransitie
3.4 Eerder onderzoek en aanleiding huidig onderzoek

4. Huidig onderzoek
Onderzoeksvraag, opzet en uitvoering
4.1 Onderzoeksvraag
- Welke mogelijke bouwblokken voor de ontwikkeling van regiobeelden zijn er op basis van de analyse van bestaande regiobeelden te definiëren en wat kunnen we leren van proactieve organisaties die vooruitstrevend zijn op het gebied van data-ondersteund werken?

4.2 Onderzoeksopzet en uitvoering

5. Deskresearch
Zoektocht naar de mogelijke bouwstenen van het regiobeeld
5.1 Doel deskresearch
5.2 Methode deskresearch
5.3 Resultaten deskresearch
5.3.1 In het kort: de belangrijkste bevindingen uit de deskresearch
5.3.2 De uitgebreide toelichting van de resultaten van de deskresearch
5.3.3 Verdieping regiobeelden: zorgkantoren
5.4 Conclusie deskresearch
5.4.1 Zijn er mogelijke bouwblokken te definiëren?

6. Veldonderzoek
In gesprek met en leren van proactieve organisaties en individuen die vooruitstrevend zijn op het gebied van I) regionale samenwerking ondersteunt met data of II) datakoppeling in de regio
6.1 Aanleiding en doel veldonderzoek
6.2 Methode veldonderzoek
6.3 In het kort: conclusies van het veldonderzoek
6.4 Uitgebreide resultaten veldonderzoek
6.4.1 Wat vraagt data-ondersteund werken van de professional?

6.4.2 Wat zijn de mogelijkheden en onmogelijkheden van het gebruik van data?
6.4.3 Welke ervaringen hebben mensen op het gebied van wetgeving en het koppelen van data?
6.4.4 Wat vraagt data-ondersteund werken van de samenwerkingsstructuren? Wat zijn de randvoorwaarden?

7. Referenties

8. Bijlagen

1. Deskresearch: methode, inclusie en thematiek
2. Overzicht van de geselecteerde regiobeelden
3. De methode veldonderzoek en format semi-gestructureerde interviews
4. Namen van mensen die geïnterviewd zijn
5. Succesvolle initiatieven waaraan de geïnterviewden bijdragen

9. Afkortingenlijst

10. Colofon

Leeswijzer

Het eerste gedeelte van het rapport zijn de conclusies (hoofdstuk 1) en aanbevelingen (hoofdstuk 2) die geformuleerd zijn op basis van het onderzoek. Het onderzoek bestaat uit twee fasen: de deskresearch en het veldonderzoek. De conclusies en aanbevelingen zijn op basis van beide fasen geformuleerd en elk in zes paragrafen ingedeeld. Deze hoofdstukken zijn opzichzelfstaand te lezen.

De rest van het rapport vormt de toelichting op de conclusies en aanbevelingen. Hoofdstuk 3 beschrijft de aanleiding, eerder onderzoek en de plaats van data en regiobeelden in de regio. In hoofdstuk 4 beschrijven we de onderzoeksvraag, opzet en uitvoering van huidig onderzoek. In hoofdstuk 5 gaan we in op de deskresearch, het doel hiervan, de methode en de resultaten worden beschreven. Hoofdstuk 6 bevat de informatie omtrent het veldonderzoek. In dit hoofdstuk staan de gestructureerde interviews die zijn afgenomen centraal.

1. Conclusies

De vraag die in dit onderzoek centraal staat is: "Welke mogelijke bouwblokken voor de ontwikkeling van regiobeelden zijn er op basis van de analyse van bestaande regiobeelden te definiëren en wat kunnen we leren van proactieve organisaties die vooruitstrevend zijn op het gebied van data-ondersteund werken?"

Data worden in het hele land gebruikt, gekoppeld en geanalyseerd binnen het medische en sociale domein. Niet alleen in de vorm van regiobeelden, maar ook dashboards, rapporten of binnen projecten: er gebeurt ontzettend veel. Er zijn grote verschillen tussen de verschillende regiobeelden, maar juist ook veel overeenkomsten. Dit zagen we ook terug in de gesprekken die we voerden met proactieve en innovatieve organisaties. De mensen in het veld delen het enthousiasme en passie om data te gebruiken om de zorg en samenwerking in de regio te verbeteren, maar delen - op sommige punten - ook frustratie.

Dit rapport is opgebouwd uit twee delen. Het eerste gedeelte bevat de deskresearch, waarin de indicatoren (en de achterliggende datasets) waaruit regiobeelden in Nederland bestaan worden onderzocht. Het tweede gedeelte, het veldonderzoek, bestaat uit interviews met 18 mensen werkzaam bij verschillende proactieve organisaties op het gebied van het gebruik van data in de regio. Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies van het gehele onderzoek, het tweede hoofdstuk beschrijft de aanbevelingen op basis van de conclusies.

1.1 "One size didn't fit all."

Op basis van uitgebreide analyse van bestaande regiobeelden is de conclusie dat het vanwege de grote variatie in context en indicatoren niet mogelijk is om eenduidige bouwstenen te definiëren. Wel kunnen er op basis van dit onderzoek aanbevelingen gedaan worden over de minimale eisen, bijvoorbeeld de definitie van de regio, het opnemen van kwalitatieve data in de regiobeelden en de inhoud.

Op basis van de deskresearch en de interviews blijkt een grote variatie wat betreft het proces om tot een regiobeeld te komen en de inhoud van het uiteindelijke regiobeeld. Vooral de individuele indicatoren springen hierbij in het oog. Behalve dat er een groot aantal verschillende indicatoren gebruikt wordt in de beelden, is het grootste gedeelte hiervan, namelijk 70% uniek. Deze indicatoren zagen we niet terug in andere beelden. Er is slechts een select groepje indicatoren dat vaker (regelmatig of vaak, in drie of meer van de tien beelden) in de regiobeelden terugkomt. Voorbeelden hiervan zijn: het inwonersaantal, de grijze druk, (goed) ervaren gezondheid en het aandeel van de mensen dat rookt.

Opvallend is dat de regiobeelden ontwikkeld door dezelfde zorgverzekeraar juist erg overeenkomen in lengte, keuze van indicatoren, lay-out en uitgelichte onderwerpen. Men maakt gebruik van een format. De formats van de verschillende verzekeraars variëren echter sterk op alle aspecten.

Binnen dit onderzoek worden alle indicatoren geclassificeerd op basis van thematiek. Hiervoor hebben we ons gebaseerd op het conceptueel raamwerk van de OECD (the Organisation for Economic Co-operation and Development, een internationale organisatie die zich richt op het bestuderen, bespreken en coördineren van sociaal en economisch beleid).[1] Deze, voor de regio relevante, thema's zijn: bevolkingsontwikkeling, gezondheid en welbevinden, sociale determinanten van de gezondheid, zorggebruik, zorgaanbod en zorgkosten. In sommige regiobeelden mist informatie over zorgkosten. In bijvoorbeeld 40% van de onderzochte beelden komt hier geen

informatie over terug. In de overige regiobeelden is de informatie hierover vaak beperkt tot één of twee indicatoren.

Tot slot is het belangrijk om te noemen dat vooral de regiobeelden die leiden tot samenwerking in de regio als waardevol worden gezien.

1.2 “We willen iets met data maar weten soms niet hoe.”

Onder professionals in het sociale en medische domein (zoals wijkverpleegkundigen, beleidsambtenaren en werknemers van zorgverzekeraars, hierna: professionals) bestaat wel degelijk de wens om data te gebruiken. Bestuurders willen hun beleid op basis van data sturen en men voelt ook vanuit de regering een impuls om “meer met data te gaan doen”. Dit loopt nog niet altijd even soepel en hier zijn een aantal oorzaken voor. De kennis van professionals over data is vaak basaal. Ook vinden mooie initiatieven regelmatig weinig navolging bij professionals in het veld. Professionals zijn veelal niet in staat data te selecteren en te duiden, hiervoor wordt externe expertise ingeschakeld. De deskundigheidsbevordering onder professionals is daarom een belangrijk aandachtspunt.

Er is een afstand tussen de professional en het gebruik van data. Dit zit met name in een gebrek aan kennis over de mogelijkheden van data, welke vragen data kunnen beantwoorden en hoe data te interpreteren. Professionals weten vaak de mogelijkheden, maar ook de onmogelijkheden niet en denken dat alles met data mogelijk is of onderschatten de mogelijkheden van het gebruik van data juist. Initiatieven zoals dashboards met inzichten of rapporten met datavisualisaties worden vaak niet uit eigen initiatief bekeken. Professionals hebben hier ondersteuning bij nodig. Dit is ook sterk het geval bij de selectie en duiding van data. Het is geen desinteresse: op het moment dat professionals visualisaties te zien krijgen welke voorzien zijn van context zijn ze veel meer geneigd om tijd en aandacht te spenderen.

1.3 “Het belang van data in de regio is evident. Data helpen bij de shift van ziekte en behandeling naar gezondheid en gedrag en ondersteunen de zorgtransitie, maar kennen echter ook beperkingen.”

Data zijn van belang om uitdagingen te duiden, om (preventief) beleid op te sturen en om domeinoverstijgende samenwerkingen te ondersteunen. Preventie is nodig voor de zorgtransitie en de shift van ziekte en behandeling naar gezondheid en gedrag. De visualisatie van data in een regiobeeld kan hier goed bij helpen, maar data kennen beperkingen.

Data zijn belangrijk maar geen doel op zich. Data helpen met het monitoren van interventies, het aantonen van urgentie en creëren draagvlak voor de zorgtransitie, bijvoorbeeld door visualisatie van de demografische ontwikkelingen. De juiste vorm van visualisatie maakt dat professionals de data begrijpen en de urgentie inzien. Maar data tonen de absolute werkelijkheid niet en het vraagt expertise om met data te werken of het op goede manier te visualiseren. Om de werkelijkheid beter te benaderen is het verrijken van kwantitatieve data met kwalitatieve data in de vorm van ervaringen, verhalen of duiding belangrijk. Kwalitatieve data verdienen een plek in ieder regiobeeld.

1.4 Er ontbreekt (regionale) data governance waardoor de beschikbaarheid, eigenschappen en toegang tot data niet optimaal zijn.

In de regiobeelden worden veelal open data gebruikt. De visualisaties zijn daardoor meestal op het niveau van gemeenten of zorgkantoorregio. In de gesprekken komt duidelijk naar voren dat er behoefte is aan meer specifieke data op lager schaalniveau en data over bepaalde groepen, omdat verschillen uitmiddelen op hoger aggregatieniveau.

De toegang tot de juiste data is in veel gevallen een probleem. Er wordt weinig gebruik gemaakt van specifieke data. Het is over het algemeen een hoog aggregatieniveau (zorgkantoorregio- of gemeenteniveau) en informatie over specifieke groepen (bijvoorbeeld risicogroepen of leeftijdsgroepen) is schaars. De specifieke data of microdata zijn veelal lastig te verkrijgen en te koppelen, of een juiste proxy is niet voorhanden. Ook de frequentie waarmee data wordt aangevuld is in veel gevallen laag: jaarlijks of in het geval van sommige vragenlijsten vierjaarlijks.

1.5 “Alleen passionate idiots krijgen het voor elkaar.”

In veel gevallen liggen innovatieve oplossingen en projecten bij één of enkele voorlopers, iemand noemde hen “passionate idiots”. Zij hebben over het algemeen een lange adem en geven zich niet makkelijk gewonnen. Ze gaan stug door, maar ervaren verschillende drempels die het bereiken van hun doel (innovatief project, nieuwe datakoppeling of idee op het gebied van data-gestuurd werken) bemoeilijkt. De passionate idiots delen hun expertise en kennis graag, maar voelen zich niet altijd gezien.

Behalve de kwaliteit van de data, de toegang tot de data en het aggregatieniveau van de data ervaren de passionate idiots ook andere belemmeringen. De meest gedeelde belemmering is op het gebied van de Algemene Verordening Gegevensbescherming-wetgeving (AVG-wetgeving) en wordt in het volgende punt toegelicht. Daarnaast kosten innovatieve projecten tijd en geld. De financieringsstromen zijn veelal niet structureel en kosten veel tijd en energie om toegekend te krijgen. Er is ook wisselende participatie van verschillende organisaties binnen het regionale gezondheids- en medische domein. Vaak maakt dit dat het proactieve individuen zijn die de initiatieven wel tot een succes weten te maken, soms náást hun reguliere werkzaamheden.

1.6 “De grote worsteling met de privacy-wetgeving.”

Het werken met gegevens binnen de AVG-wetgeving verloopt moeizaam. Het kost heel veel tijd, in sommige gevallen zelfs jaren, en het is voor de voorlopers lastig om uit te zoeken wat precies mag, omdat iedere situatie of vraag net anders is. Er is bij overige organisaties (en data-eigenaars zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen) twijfel om data te delen of aan koppeling mee te werken vanwege de wetgeving. Ook zien we grote verschillen in wat mensen voor elkaar hebben weten te krijgen. Wat iemand noemt als “onmogelijk binnen de kaders van de wetgeving” is in een ander geval wel gelukt.

De wetgeving wordt als complex ervaren en de angst om het fout te doen lijkt een reden te zijn voor organisaties om “dan maar niet mee te doen”. Met name binnen regionale projecten is dit een probleem. Er is veel regionale versnippering van organisaties die relatief klein zijn, waardoor er niet of nauwelijks capaciteit of tijd is om in de juridische vraagstukken te duiken. Dit is zonde, want binnen de wet zijn veel dingen mogelijk mits goed onderbouwd. Het kost ontzettend veel tijd om alles goed uit te zoeken en de verschillende organisaties mee te krijgen, waardoor veel (in de basis goede) initiatieven stranden.

2. Aanbevelingen

Dit hoofdstuk zet de aanbevelingen uiteen, gebaseerd op de conclusies. De aanbevelingen dienen als oplossingsrichting en zijn geformuleerd op basis van de interviews, maar ook de deskresearch, literatuur en expert opinion.

2.1 In het kort: een aantal concrete aanbevelingen

Aanbevelingen omtrent regiobeelden

- Formuleer richtlijnen voor de ontwikkeling van regiobeelden op hoekstenen en minimale eisen, dit zorgt voor duidelijkheid en voor behoud van ruimte voor creativiteit.
- Laat in de regiobeelden indicatoren over alle thema's (bevolkingsontwikkeling, gezondheid en welbevinden, sociale determinanten van de gezondheid, zorggebruik, zorgaanbod en zorgkosten) terugkomen. Informatie over de fysieke leefomgeving en zorgkosten worden nu vaak niet opgenomen. Gegevens over gezondheidsverschillen zijn belangrijk, verdienen een plek in de regiobeelden en laten zich verschillende thema's onderverdelen.
- Doe per thema een voorzet aan welke indicatoren gedacht zouden kunnen worden. Dit draagt bij aan eenduidigheid en maakt ook dat regiobeelden beter te vergelijken zijn.
- Leer het veld om kwalitatieve data op te halen en maak dit een vast onderdeel van de regiobeelden.
- Specificeer de participatie en verantwoordelijkheden van verschillende organisaties bij initiële regiobeelden, om zo voor verbinding en samenwerking te zorgen.
- Draag bij aan de definitie van een theoretisch kader, inclusief een eenduidige regiodefinitie.
- Onderzoek op welke punten in de ontwikkeling van regiobeelden Nederland van het buitenland kan leren.
- Breng in beeld welke partijen kunnen worden ingeschakeld voor procesbegeleiding bij het realiseren van regiobeelden.

Aanbevelingen omtrent data

- Draag bij aan een geïntegreerde (regionale) data-infrastructuur en ontwikkel hier ook governance op.
- De data-infrastructuur moet aansluiten bij de behoefte: frequent worden geüpdatet en de mogelijkheid hebben gedetailleerde inzichten te tonen, zonder direct de onderliggende microdata te tonen.
- Vergroot de kennis over data van professionals (bijvoorbeeld door een learning community, e-learnings, bijscholing of al tijdens opleidingen). Sluit hierbij aan bij het handelingsperspectief van verschillende professionals.
- Ondersteun het veld met het werken binnen de AVG-wetgeving.
- Richt wetgeving in zodat (zorg)data beter kan worden (her)gebruikt.

Aanbevelingen omtrent community en organisaties

- Formaliseer en specificeer verantwoordelijkheden omtrent het gebruik van data in de regio.
- Maak data prioriteit in de samenwerkingsstructuren, bijvoorbeeld door een data-verantwoordelijke aan te wijzen.
- Ga in gesprek met passionate idiots.

- Ga in gesprek met de “passionate idiots”. Breng de verschillende proactieve organisaties, voorlopers, met elkaar in contact. Creëer een plek waar kennis over data kan vloeien.
- Ga versnippering tegen door duidelijke sturing en verbinding van initiatieven.

2.2 De uitgebreide toelichting van de aanbevelingen

2.2.1 Formuleer richtlijnen ter verbetering van regiobeelden zodat er voldoende sturing is op hoekstenen of minimale eisen van een regiobeeld.

Formuleer heldere richtlijnen met minimale eisen of hoekstenen, maar laat ook ruimte over voor eigen invulling. Dit zorgt voor duidelijkheid maar biedt ook de mogelijkheid voor creativiteit of innovativiteit. Het bieden van voldoende duidelijkheid, maar het niet nodeloos opleggen is een evenwicht dat aandacht verdient.

Richtlijnen moeten zich vooral richten op de definitie van de regio, de partijen en verantwoordelijkheden en de minimale inhoud. De doorontwikkeling van regiobeelden heeft veel aandacht op nationaal niveau. Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) zal in samenwerking met onder andere de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de doorontwikkeling en minimale eisen van regiobeelden onderzoeken.[2] Wat betreft de inhoud kan er conform het raamwerk van de OECD worden voorgesteld dat er in ieder geval van de zes gedefinieerde thema’s (bevolkingsontwikkeling, gezondheid en welbevinden, sociale determinanten van gezondheid, zorggebruik, -aanbod en -kosten) informatie in de regiobeelden terugkomt. Gezondheidsverschillen zijn erg belangrijk, zowel voor het aanwijzen van problemen, als voor het voeren van preventief beleid. Gezondheidsverschillen kunnen zowel geduid worden onder het thema “gezondheid en welbevinden” als “sociale determinanten van gezondheid”.

Voorbeelden van (veelal open) beschikbare indicatoren worden in de deskresearch toegelicht. Dit biedt handvatten voor de sturing van beleid op middellange termijn. Er moet in ieder regiobeeld ook kwalitatieve data opgenomen worden, zoals verkregen door burgerparticipatie of het bevragen van professionals of inwoners. Het veld heeft handvatten nodig om kwalitatieve data op te halen en te verwerken.

Daarnaast is het van belang om duidelijk te definiëren welke partijen in ieder geval betrokken zijn bij de ontwikkeling van regiobeelden, bijvoorbeeld het universitair centrum, een ziekenhuis in de regio, de zorgverzekeraar, vertegenwoordiging van de eerste lijn, de inwoners van de regio en de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Het wordt uit huidige regiobeelden vaak niet (volledig) duidelijk wat de precieze inbreng of bijdrage van de verschillende organisaties is. Duidelijker afspraken zou ook hier wenselijk zijn. In de kamerbrief van maart 2022 staat hierover geschreven: “Het gaat echter niet alleen om de regiobeelden zelf, maar ook om de governance van de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) in de regio. Samenwerken in de regio moet minder vrijblijvend worden. Ook ga ik samen met de NZa, Zorginstituut Nederland (ZIN) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de regio’s beter ondersteunen in de domein overstijgende samenwerkingsverbanden. Met kennis, aanpassen van kaders waar nodig en opschalen van goede initiatieven, onder andere ook op het gebied van data.” [2]

Een belangrijke constatering is dat er een conceptueel raamwerk voor de doorontwikkeling van regiobeelden en de definitie van “de regio” mist. We komen hierop in paragraaf 2.3 “Conceptueel framework & regiodefinitie” op terug.

2.2.2 Zet in op het vergroten van de kennis over data in de regio onder professionals en definieer verschillende functies en verantwoordelijkheden die data-ondersteund werken mogelijk maken.

Er blijkt een kennislacune onder professionals. Om de kennis van data, maar ook de bereidheid om met data te werken in de regio te vergroten, is zowel opleiding als het vergroten van het belang van data in de regio nodig. Het creëren van een plek waar kennis kan vloeien versnelt het data-ondersteund werken.

Een learning community draagt bij aan het verhogen van het gemiddelde kennisniveau van professionals. Zij weten daardoor beter welke mogelijkheden data bieden, waar de data te vinden is en welke vragen te formuleren. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van e-learning of (geaccrediteerde) bijscholingen, op regionaal of nationaal niveau, of per onderwerp. Aansluiten bij bestaande initiatieven, zoals de Learning Community van PHDNL is aan te raden. De opleidingen moet aansluiten bij het handelingsperspectief en de mogelijkheden van de professional. Een bestuurder moet op ander niveau kennis vergaren dan een wijkverpleegkundige, waarbij de bestuurder beter in staat moet zijn data te interpreteren en concreet om te zetten naar beleid. Sommige professionals moeten ook opgeleid worden om data te kunnen verwerken en dieper te analyseren.

Naast de opleiding voor individuen is het ook van belang om het hele regionale systeem meer in te richten op data. Dit kan bijvoorbeeld bestuurlijke “kartrekkers” te benoemen binnen domeinoverstijgende samenwerkingen, met in het bijzonder data als aandachtsgebied. Op deze manier wordt de bestuurlijke aandacht voor het gebruik van data vergroot. Er liggen nu veel taken bij een select aantal mensen, waardoor verschillende taken vaak blijven liggen. Specificeer verantwoordelijkheden en functies en richt de structuur hier opnieuw op in. Dit leidt tot een positieve verandering in het algemene gevoel dat er heerst omtrent data. Daarnaast zal meer van de duiding, welke nu door regionale ondersteuningsstructuren (ROS-sen) en adviesbureaus wordt opgepakt, door en met het veld gedaan kunnen worden.

2.2.3 Draag bij aan een geïntegreerde regionale data-infrastructuur en ontwikkel hier ook governance op.

Uit de gesprekken blijkt het belang van een geïntegreerde data-infrastructuur. Het is belangrijk dat deze data-infrastructuur toegankelijk is en aansluit bij de behoefte: onder andere de mogelijkheid om inzichten te genereren op een lager aggregatieniveau en voor specifieke subgroepen (e.g., ouderen, jongeren). Een infrastructuur vergroot de mogelijkheden om data toegankelijk te vinden, te gebruiken en stelt mensen in staat data te koppelen binnen de wetgeving.

Een data-infrastructuur geeft mensen de ruimte om data op een passende en vraaggestuurde manier te gebruiken. Dit scheelt tijd, geld en gestrande initiatieven. Er is met name behoefte aan data op een lager aggregatieniveau (op wijk- en buurtniveau) om gezondheidsverschillen in kaart te brengen en daar beleid op te voeren. Met het koppelen van bepaalde gegevens kun je veel gerichter preventief beleid voeren. Voor het beantwoorden van de meeste vragen is geen microdata nodig. Een tussenvorm tussen de open CBS Statline data en microdata is voor de meeste vraagstukken voldoende en geeft minder problemen met de wetgeving. Een data-infrastructuur zorgt ook voor beter bewerkbare data. Zo kan er op verschillende niveaus en met verschillende vraagstellingen gewerkt worden op basis van dezelfde bouwblokken. Verder is er dan de mogelijkheid om de data beter geschikt voor hergebruik te maken. Het is belangrijk dat de infrastructuur de recente technische ontwikkelingen combineert en aansluit bij bestaande initiatieven.

Daarnaast is er behoefte aan actuele data. Op dit moment is de frequentie van updates is laag en komen de data te laat. Mensen willen beleid voeren op actuele cijfers en hebben voor de monitoring van interventies meer frequente cijfers nodig dan bijvoorbeeld jaarlijks.

2.2.4 Ga in gesprek met en faciliteer de “passionate idiots”, kartrekkers en innovators bij hun projecten.

Passionate idiots voelen zich niet altijd gezien. Door de passionate idiots, kartrekkers en innovators te spreken voelen ze zich gezien, gehoord en ontstaat samenwerking. Door hen daarnaast ook te ondersteunen met structurele financiering verlopen projecten succesvoller. Als we de verbinding zoeken en de verschillende innovators bij elkaar brengen, leren we van elkaar en voorkomen we versnippering.

Uit dit onderzoek blijkt duidelijk dat we in Nederland een veelheid aan initiatieven en kartrekkers hebben die op originele en creatieve wijze data koppelen en gebruiken om de regionale samenwerkingen te verstevigen of de kennis te vergroten. Deze mensen spreken over het algemeen graag over wat zij doen. Er is een grote bron aan kennis bij deze kartrekkers. Door deze mensen individueel en gezamenlijk te spreken leren we van elkaar en worden hun inspanningen gezien. Het is hierbij belangrijk om niet “meer van verschillende dingen te stimuleren”, maar juist om de verbinding hierin te zoeken, zodat initiatieven elkaar versterken. Concreet gezien is het uitnodigen van “passionate idiots” om het gesprek aan te gaan een goede eerste stap.

Er moet meer (structurele) financiering beschikbaar komen voor mensen die op innovatieve wijze de kansen van data proberen te benutten. Door positief te stimuleren, samenwerking te ondersteunen, het aanstellen van dataspecialisten in de regionale samenwerkingsstructuren en het beschikbaar stellen van structurele financiering zal het data-ondersteund werken een impuls krijgen.

2.2.5 Aandacht voor de specifieke regionale vraagstukken binnen de AVG-wetgeving.

Het bewegen binnen de AVG-wetgeving wordt door veel voorlopers als moeizaam ervaren. Hier is landelijk gezien aandacht voor, waaronder binnen het “Data reuse obstacles removal traject” van Health-RI.[3] Binnen dit traject is specifiek aandacht voor regionale vraagstukken ten aanzien van het delen, ontsluiten en gebruiken ten behoeve van gezondheidsbevordering belangrijk.

Binnen dit traject wordt er aandacht besteed aan het wegnemen van belemmeringen en het creeëren van randvoorwaarde om zorgdata beter te (her)gebruiken. Binnen dit traject moet er ruimte zijn voor zowel de regionale als de nationale datakoppelingen en andere belemmeringen die de regio’s ervaren. PHDNL is reeds bij dit traject betrokken en het is belangrijk dat het VWS hierbij deelneemt aan dit proces en het faciliteert.

2.2.6 Regiobeelden hebben een plaats in verschillende mondiale gezondheidssystemen. De internationale aansluiting kan bijdragen aan de kwaliteit van de beelden in Nederland.

In andere gezondheidssystemen wordt er op verschillende manieren omgegaan met regiobeelden. In Nederland kunnen we hier wat betreft de juridische en technische uitvoering, maar ook inhoudelijk

gezien van leren. Aandacht voor een internationale benchmark kan bijdragen aan de Nederlandse kwaliteit.

Het verdient de aanbeveling om te onderzoeken op welke punten Nederland van andere landen kan leren. Met name hoe er in het buitenland wordt omgegaan met data in de regio en de ontwikkeling van regiobeelden is een interessant punt. Een voorbeeld is het Verenigd Koninkrijk waar voor regionale besluitvorming de Joint Strategic Needs Assessment (JSNA) wordt gebruikt.[4] Een van de geïnterviewden in ons onderzoek noemt dit ook: "Zonder een needs assessment gebeurt er in de UK niets." In het proces van een JSNA kijken lokale autoriteiten en Clinical Commissioning Groups samen naar de huidige en toekomstige gezondheid, zorg en welzijn van de lokale bevolking. Deze JSNA dienen hetzelfde doel als regiobeelden, maar zijn uitgebreid en worden geprotocolleerd ontwikkeld. Het Verenigd Koninkrijk kan als voorloper worden gezien met de ontwikkeling van regiobeelden. Een ander voorbeeld is Finland. Finland heeft de wetgeving omtrent het hergebruik van (gezondheids)data.[5]

2.3 Conceptueel framework & Regio definitie

In aanvulling op de aanbevelingen zoals hierboven omschreven hebben we gedurende ons onderzoek geconstateerd dat het ontbreekt aan een conceptueel raamwerk waarbinnen de regiobeelden worden ontwikkeld en dat er geen vaste regiodefinitie is. In het vervolg zou het goed zijn om beide aspecten door te ontwikkelen.

Op dit moment worden regiobeelden op een betrekkelijke ad-hoc basis ontwikkeld. Elke ontwikkelaar hanteert daarbij eigen principes. Om op een gestructureerde wijze regiobeelden door te ontwikkelen is het daarom van belang uit te gaan van een conceptueel kader waarbinnen die ontwikkelingen plaats kunnen vinden. Zo'n kader bestaat echter nog niet.
Op basis van literatuur, gesprekken met experts en bevindingen uit ons desk- en veldonderzoek schetsen wij een conceptueel framework. Zie deze schets als denkrichting en inspiratie die in de toekomst verder uitgewerkt kan worden.

Doel

Regiobeelden dragen bij aan een indicatieve planning op middellange termijn, met een horizon van ongeveer vier of vijf jaar. Het gaat niet om urgentiebepaling of crisismanagement, maar om op subnationaal, ofwel regionaal, niveau helder te krijgen welke stappen gezet moeten worden om gezondheidsverbeterend te handelen. Bijvoorbeeld de vraag; "Waar gaat het in onze regio heen en ten opzichte van welke komende veranderingen zullen we ons moeten gaan verhouden?"

Health System Performance Assessment & Health Needs Assessment

In de kern kan een regiobeeld gezien worden als zowel een regionale Health System Performance Assessment (HSPA[6]) als een regionale Health Needs Assessment (HNA[7]). Een HSPA heeft als doelstelling om het functioneren van een gezondheidslandschap in kaart te brengen. In de breedte omvat dat het hele spectrum van een regionale visie op de inrichting van het gezondheidslandschap tot aan de instellingen die aanwezig zijn om invulling te geven aan de visie. Een HNA heeft als doelstelling om inzichtelijk te maken wat de regionale zorgvraag is op de middellange termijn. Het dient niet voor het oplossen van de problemen van morgen, maar het gaat juist over de strategische personeels- en middelen planning op langere termijn. In de kern zorgt een regionale HNA ervoor dat er op het niveau van het regionale gezondheidslandschap een beeld van de toekomstige zorgvraag geformuleerd wordt. Enerzijds wordt deze ontwikkeling gedreven door

demografische veranderingen (bijvoorbeeld vergrijzing) en anderzijds door veranderende ziektebeelden (meer nadruk op chronische, aan leefstijl gerelateerde aandoeningen), nieuwe technologisch ontwikkelingen (bijvoorbeeld e-health en telemonitoring) en maatschappelijke veranderingen (bijvoorbeeld stijgende zorgkosten en veranderende visies op verschillende levensfases).

Hoewel de aanwezigheid van een visie op het gezondheidslandschap onderdeel uitmaakt van de regionale HSPA, kan de vorming van de visie zelf juist het sluitstuk vormen tussen de HSPA en de HNA. In dat geval geeft het HNA de zorgvraag, het HSPA het zorgaanbod en geeft de regionale gezondheidsvisie weer hoe de vraag en aanbod duurzaam samenkomen.

Regiodefinitie

Een cruciaal punt bij het ontwikkelen van regiobeelden, en de daarmee samenhangende regiovisie, is dat bepaald moet worden wat dé regio eigenlijk is. Nederland laat zich op vele verschillende manieren in regio's onderverdelen waardoor er ook veel regionale samenwerkingsverbanden zijn. Naast de indeling in provincies en gemeenten, kent Nederland ook veiligheidsregio's (die hetzelfde zijn als de GGD regio's), zorgkantoorregio's, arbeidsmarktregio's en nog tal van andere indelingen. Dit maakt dat de definitie van een regio ten behoeve van de regiobeelden niet eenduidig is. Daarom zou het een goede stap zijn om een vaste regiodefinitie te hanteren voor de regiobeelden.

Een uitgangspunt kunnen zogenaamde *hospital referral regions* zijn. Dit zijn regio's waarbinnen burgers grotendeels de zorg kunnen genieten die ze zoal nodig hebben. Uit analyse van Donker e.a. (2015) blijkt dat de deze voor Nederland dikwijls overlappen met de zogenaamde ROAZ-regios (Regionaal Overleg Acute Zorgketen).[8] Hoewel deze regio's in de eerste plaats over de acute zorg gaan, heeft Covid aangetoond dat ze zich ook kunnen manifesteren in andere delen van de zorgketen. De ROAZ-regio's bieden daarmee een basis waarop de regionale inrichting van gezondheid en zorg verder ingericht kan worden.[9]

De ROAZ-regio's als regionale Gezondheidslandschappen zijn zowel geografisch als qua inwonersaantallen groter dan bestaande regio's die in de bestaande regiobeelden zijn aangehouden. Een optie is dan ook om een getrapt model te hebben waarbij op het niveau van Gezondheidslandschappen (cq. ROAZ-regio's) regiobeelden gemaakt worden voor de grote lijnen. En dat er dan in kleinere deelregio's (bijv. de GGD- of Zorgkantoorregio's) wordt verbijzonderd. Dit geeft ruimte om verbijzondering en kwalitatieve aanvullingen te doen op een kleinere schaal terwijl tegelijkertijd de bovenregionale samenwerking uit kan gaan van een gezamenlijk overkoepelend regiobeeld. In, bijvoorbeeld, Noord-Nederland zou dit concreet kunnen betekenen dat er een regiobeeld is voor het Acute Zorgnetwerk Noord Nederland (AZNN) (de Noord Nederlandse ROAZ) met daarbinnen verbijzondering naar drie deelregio's (de GGD-regio's Groningen, Drenthe en Friesland).

Gezamenlijk vormen het conceptueel kader en de regiodefintie twee belangrijke pijlers voor de doorontwikkeling en professionalisering van de regiobeelden en het regionaliseringsbeleid in het algemeen. Voor het huidige onderzoek beperken wij ons tot het signaleren van deze uitdagingen.

3. Achtergrond en aanleiding van dit onderzoek

De zorgtransitie, regiobeelden en het gebruik van data in de regio

3.1 Uitdagingen in het zorglandschap

De medische zorg en het sociale vangnet in Nederland zijn van hoge kwaliteit. Het behoud van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg en de financiering van het sociale vangnet staan echter onder druk. Een belangrijke oorzaak hiervoor is een veranderende demografie, waarbij onder andere de vergrijzing in het oog springt. In 1990 was bijna 13 procent van de inwoners in Nederland ouder dan 65 jaar, in 2020 was dit bijna 20 procent en dit stijgt naar 25 procent omstreeks 1940.[10] Met het vergrijzen van de bevolking stijgt de zorgvraag en daalt het relatieve arbeidspotentieel. Allereerst door krapte op de arbeidsmarkt in de sector zorg en welzijn, waardoor de stijgende zorgvraag lastig op te vangen is. Daarnaast vergrijst een groot gedeelte van de mensen die mantelzorg kan leveren.[11] Behalve de veranderende demografie en de stijgende zorgvraag nemen ook de zorgkosten flink toe. Volgens het trendscenario van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) stijgen de reële zorguitgaven tot 174 miljard euro in 2040, wat een verdubbeling is ten opzichte van 2015.[12]

3.2 (Noodzaak tot) de transitie van de zorg

Om de zorg in de toekomst betaalbaar, maar ook toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden stimuleert de overheid verandering, verplaatsing en innovatie in de zorg. Overkoepelend wordt er vanuit het VWS aangestuurd op “de Juiste Zorg op de Juiste Plek” om zo tot kwaliteitsbehoud en een toekomstbestendige gezondheidszorg te komen. De drie pijlers van de JZOJP zijn i) het voorkomen van (duurdere) zorg; ii) zorg verplaatsen en rondom de mensen organiseren; en iii) zorg vervangen door “slimme zorg”, door digitale oplossingen en e-health in te zetten.[13] In deze zorgtransitie wordt ingezet op het verstevigen van regionale samenwerkingen om zo samen tot een gedeelde visie en een agendering van knelpunten en urgente uitdagingen te komen.

3.3 Regiobeelden ondersteunen de zorgtransitie

Volgens de JZOJP zijn “de juiste data onmisbaar om de juiste zorg naar de juiste plek te brengen en te zorgen voor een toekomstbestendige visie voor de zorg in de regio.”[14] Een regiobeeld ondersteunt daarmee de transitie naar de JZOJP. Een regiobeeld geeft op lokaal en regionaal niveau inzicht in verschillende thema’s: demografie, zorgkosten, zorgaanbod, zorgvraag, de leefomgeving en de sociale situatie van bevolkingsgroepen. Dit gebeurt middels visualisatie van de data. Een regiobeeld kan tevens prognostische gegevens of trends laten zien, en zo helpen om de toekomstige uitdagingen te concretiseren. De vorm van een regiobeeld is vaak een rapport. Daarnaast zijn er sprekende voorbeelden waarbij gevisualiseerde data over de regio wordt aangeboden in de vorm van een tool, filmpje, dashboard of infographic.

In de Hoofdlijnenakkoorden is afgesproken dat verschillende partijen in de regio gezamenlijk tot een regiobeeld komen. Hoewel in eerste instantie de precieze inhoud van een dergelijk beeld niet geheel was geconcretiseerd, wordt uit een recent verschenen hoofdlijnenbrief (4 maart 2022) van de minister van VWS, Ernst Kuipers, duidelijk dat er minimumeisen aan de inhoud en opzet van een regiobeeld worden gesteld. “Om te zorgen dat de regiobeelden en plannen daadwerkelijk tot stand

komen, integraal en van voldoende kwaliteit zijn, zorg ik met de NZa voor aanvullende minimumeisen over de inhoud en opzet van de regiobeelden." VWS zal, onder andere in samenwerking met de NZa, de minimale eisen van regiobeelden onderzoeken en formuleren. Er wordt gespecificeerd welke partijen ten minste deelnemen aan de ontwikkeling van regiobeelden en welke informatie erin moet staan.[2]

3.4 Eerder onderzoek en aanleiding huidig onderzoek

In eerder onderzoek van Berenschot, het rapport "Stand van het Land Regiobeelden" is er inhoudelijk gekeken naar de verschillende regiobeelden in Nederland.[15] Dit is een uitgebreid rapport waarin verschillende beelden gedetailleerd zijn bekeken, evenals de landelijke dekking van regiobeelden, het proces om tot een beeld te komen, de inhoud ervan en de belemmeringen die bij de ontwikkeling worden ondervonden. Er wordt geconcludeerd dat er veel variatie, maar ook veel overlap is tussen de verschillende beelden. Regiobeelden zijn nu veelal statisch. Een dynamisch karakter van een regiobeeld mist, al wordt dit wel als waardevol ingeschat door de ondervraagden. Ook zorgen afzonderlijke interpretaties van de gewenste inhoud van een regiobeeld ervoor dat het veel tijd kost om tot gedeelde definities en uiteindelijk tot een regiobeeld te komen.[15]

Berenschot concludeert dat de beelden gevarieerd zijn, bijvoorbeeld in de focus van het beeld, maar ook in het proces en de uitwerking van de beelden. Desalniettemin bestaan er bij de ontwikkeling van de beelden ook overeenkomstige onderdelen en processtappen. Voorbeelden hiervan zijn de keuze voor specifieke indicatoren binnen de verschillende thema's (demografie, zorgkosten etc.), het gebruik van datasets en de keuze van visualisatie van de data. De beelden worden door iedere regio veelal steeds opnieuw uitgewerkt, wat veel tijd en middelen in beslag neemt. Tot slot wordt door de ontwikkelaars van regiobeelden gemeld dat de aansluiting van de regiobeelden op de ICT-systemen en informatievoorziening onvoldoende is. Hierdoor neemt het updaten van een regiobeeld veel tijd in beslag.

Naar aanleiding van dit rapport is Population Health Data Nederland (PHDNL) in opdracht van VWS gevraagd om te onderzoeken of er bouwblokken gedefinieerd kunnen worden om tot een meer eenduidige manier van de ontwikkeling van regiobeelden te komen. Het onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel van het onderzoek betreft een deskresearch waarbij verschillende regiobeelden op het niveau van indicatoren en gebruikte (bron)datasets zijn geanalyseerd en met elkaar vergeleken. Het tweede deel betreft het veldonderzoek waarbij mensen geïnterviewd worden die werkzaam zijn bij vooruitstrevende organisaties. Deze organisaties zijn proactief op het gebied van datakoppeling en data-ondersteund werken. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden bij de verdere formulering en aanscherping van het beleid omtrent de vorm en inhoud van regiobeelden.

Het verschil met het onderzoek van Berenschot is met name de focus op de individuele indicatoren, achterliggende datasets en in het veldonderzoek de gesprekken met proactieve organisaties op het gebied van datagebruik en koppeling in de regio.

4. Huidig onderzoek

Onderzoeksvraag, opzet en uitvoering

4.1 Onderzoeksvraag

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag: Welke mogelijke bouwblokken voor de ontwikkeling van regiobeelden zijn er op basis van de analyse van bestaande regiobeelden te definiëren en wat kunnen we leren van proactieve organisaties die vooruitstrevend zijn op het gebied van data-ondersteund werken?

De hypothese is dat met bouwblokken of een "framework" reeds aanwezige kennis beter gebruikt kan worden. Bouwblokken kunnen bijdragen aan de doorontwikkeling van regiobeelden, doordat de ontwikkeling eenduidiger, dynamischer en met betere inzet van middelen te realiseren is. Er is specifiek aandacht voor de individuele factoren en het gebruik van data: welke data worden gebruikt en welke eigenschappen hebben deze data? Daarnaast wordt er in dit onderzoek aandacht besteed aan proactieve, innovatieve organisaties. De organisaties onderscheiden zich door hun proactieve en vooruitstrevende karakter op het gebied van i) datakoppeling in het zorg- en/of sociale domein; ii) datagedreven handelen; iii) initiatieven op basis van datagebruik in het zorg- en/of sociale domein. De scope van dit gedeelte van het onderzoek is breder dan het klassieke regiobeeld, maar ook bij de ontwikkeling van klassieke regiobeelden kunnen we leren van deze gesprekken en de belemmeringen die er worden ervaren. Er wordt specifiek gekeken naar ervaren belemmeringen, meerwaarde van het gebruik van data in de regio, randvoorwaarden en de verschillende innovatieve initiatieven.

4.2 Onderzoeksopzet en uitvoering

Het onderzoek bestaat uit twee fasen: de deskresearch en het kwalitatieve gedeelte, het veldonderzoek. De centrale vraag in de deskresearch luidt: Welke mogelijke bouwblokken voor de ontwikkeling van regiobeelden zijn er op basis van de analyse van bestaande regiobeelden te definiëren? Kunnen we gelijkenissen vinden in de indicatoren, de achterliggende data(sets), inhoud of focus? De overeenkomstige onderdelen worden geconcretiseerd en geduid, om zo een voorzet te doen voor een meer eenduidige manier van de ontwikkeling van een regiobeeld. Na de deskresearch volgt het veldonderzoek waarbij 18 mensen worden geïnterviewd die werkzaam zijn bij innovatieve of proactieve organisaties.

Dit onderzoek is in opdracht van het VWS uitgevoerd door PHDNL. De missie van PHDNL is meer gezonde jaren voor alle inwoners van Nederland door kosteneffectief, duurzaam en impactvol gebruik van data. Daarom stimuleert PHDNL de ontwikkeling van een publieke infrastructuur, die zorg-, gezondheids- en omgevingsdata op uniforme manier ontsluit en toegankelijk maakt voor iedereen.

5. Deskresearch

Zoektocht naar de mogelijke bouwstenen van het regiobeeld

5.1 Doel deskresearch

Het doel van de deskresearch is om een helder beeld te krijgen van de inhoud van verschillende beelden in Nederland, op het niveau van datasets en specifieke indicatoren die gebruikt worden in de beelden. De indicatoren en de eigenschappen van de verschillende beelden worden geanalyseerd om deze te vergelijken en tot een standaard raamwerk te komen.

5.2 Methode deskresearch

Voor de analyse van de regiobeelden selecteerden we tien regiobeelden als representant voor de verschillende categorieën. Deze categorieën zijn i) zorgkantoorregio's; ii) veiligheidsregio's of GGD-regio en; iii) vraaggestuurde of thematische regiobeelden. Alle regiobeelden zijn open beschikbaar, behalve Eemland en Zeist. Deze zijn door Raedelijn voor dit onderzoek beschikbaar gesteld. Daarnaast bekeken we ook verschillende toepassingen zoals dashboards en online toolings omdat deze informatie over de regio's visualiseren en gebruikt worden om tot regiobeelden te komen. Dit heeft geleid tot een representatieve selectie aan regiobeelden. De hypothese is dat, ondanks de verwachte verschillen bij een diverse selectie, de beelden goed met elkaar vergeleken kunnen worden, met name op indicatorniveau. De categorie van de zorgkantoorregio's wordt in meer detail beschreven omdat dit op nationaal niveau met de inrichting en inregeling van zorg een belangrijke regiodefinitie is.

De volgende regiobeelden zijn geanalyseerd: categorie 1, zorgkantoorregio's: VGZ Midden-Holland, Menzis Noord, Zilveren Kruis Drenthe en Zilveren Kruis 't Gooi & Vechtstreek; categorie 2, veiligheidsregio's/GGD-regio: Rotterdam-Rijnmond, Zuid-Limburg, categorie 3, kleinere of vraaggestuurde regiobeelden: Eemland en Zeist en de toolings: waarstaatjegemeente.nl en Regiobeeld.nl. [16] [17]

Per regiobeeld noteerden we de aanleiding, context, deelnemende partijen, initiatiefnemers, lengte en andere opvallendheden. Van de verschillende individuele indicatoren binnen de beelden verzamelden we allerlei gegevens, zoals de gedetailleerde definitie van de indicator, het thema, het aggregatieniveau waarop de data gevisualiseerd zijn, de achterliggende datasets, de aggregatieniveau's van de achterliggende datasets, of het microdata betreft, hoe vaak de data worden geüpdate etc. Deze gegevens zijn geëxtraheerd, geanalyseerd, met elkaar vergeleken en geduid. Zie voor een uitgebreide toelichting van de methode, de selectie van de regiobeelden en de toelichting op de thematiek Bijlage 1 "Deskresearch: methode, inclusie en thematiek".

5.3 Resultaten deskresearch

In totaal analyseerden we tien verschillende regiobeelden in detail (op het indicator niveau). De spreadsheet met het overzicht en de samenvatting van de volledige data-extracties wordt met dit rapport gedeeld.

5.3.1 In het kort: de belangrijkste bevindingen uit de deskresearch

Uit de deskresearch trekken we de volgende conclusies:

- De regiobeelden verschillen sterk op het gebied van focus, lengte en indicatoren, dit geldt ook voor regiobeelden op zorgkantoorniveau van verschillende zorgverzekeraars. De regiobeelden die ontwikkeld worden door dezelfde zorgverzekeraar komen erg overeen op het gebied van lay-out, focus, lengte en gebruikte indicatoren.
- De betrokken partijen en initiatiefnemers van de ontwikkeling van regiobeelden zijn zeer divers. Het wordt niet altijd duidelijk uit de regiobeelden welke organisaties (bijv. de gemeente, de VVT-instellingen) daadwerkelijk een bijdrage hebben geleverd en waar de bijdrage uit bestaat. Dit geldt ook voor verschillende beelden op zorgkantoorregioniveau.
- Er wordt een groot aantal verschillende indicatoren gebruikt (240 verschillende indicatoren in deze 10 representatieve beelden, in totaal analyseerden we 600 indicatoren, waarvan sommige overlappen). Gemiddeld bevatten de beelden 59 indicatoren.
- Het grootste gedeelte, namelijk 70% van de indicatoren die in de beelden gebruikt worden, is uniek en komt niet in andere beelden voor.
- Informatie over zorgkosten komt in 40% van de regiobeelden niet voor. In de 60% van de beelden waarin wel informatie over zorgkosten is opgenomen bestaat deze informatie vaak slechts uit één of twee indicatoren.
- Er worden veelal openbare data gebruikt in de regiobeelden. Deze bronnen komen veelal overeen: CBS Statline, Vektis, informatie uit de gezondheidsmonitor zijn veelvoorkomende voorbeelden. De bron is echter moeilijk te herleiden.
- De data worden veelal weergegeven op een algemeen aggregatieniveau: bijvoorbeeld op gemeente- of regioniveau. Inzichten op lager niveau (zoals wijk- of buurtniveau) komen niet veel voor.
- Er komt weinig kwalitatieve data terug om de regiobeelden te duiden. Tijdens de interviews in het veldonderzoek komt duidelijk terug dat de geïnterviewden veel belang hechten aan kwalitatieve informatie.

In de volgende paragrafen lichten we deze conclusies verder toe.

5.3.2 De uitgebreide toelichting van de resultaten van de deskresearch

De regiobeelden zijn zeer divers

De regiobeelden verschillen zeer van elkaar, op allerlei vlakken. Gedeeltelijk kan dit verklaard worden door de gediversifieerde selectie. De beelden verschillen qua initiatiefnemers, betrokken partijen, focus, lengte, context, gebruik van data en indicatoren. Dit is in lijn met wat eerder onderzoek van Berenschot ook concludeert.[15]

Initiatiefnemers

Van de verschillende typen regiobeelden verschillen ook de initiatiefnemers. Bij de vraaggestuurde beelden is het veelal een combinatie van zorgprofessionals uit het veld (bijvoorbeeld de huisartsen

in combinatie met een ROS-organisatie). De beelden vanuit de zorgverzekeraar worden ook vanuit de verzekeraar geïnitieerd. Voor de tools zijn het RIVM (regiobeeld.nl) en de vereniging van Nederlandse gemeenten (waarstaatjegemeente.nl) de initiatiefnemers. Zie Bijlage 2 voor een overzicht van de verschillende regiobeelden, initiatiefnemers en betrokken partijen.

Betrokken partijen en focus van de regiobeelden

In het medisch zorglandschap, het sociale en preventieve domein werken een groot aantal typen organisaties (samen). Deze organisaties kunnen in meerdere of mindere mate een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van regiobeelden. De organisaties die een rol speelden in de ontwikkeling van de door ons bestudeerde beelden zijn: verschillende zorgverzekeraars, gemeenten, RIVM/VWS, GGD-en, verschillende onderwijsinstellingen, huisartsenorganisaties, VVT-instellingen, adviesbureaus (al dan niet aangesloten bij het regionaal ondersteuningsstructuur-netwerk, ROS-netwerk) en verschillende medische instellingen inclusief ziekenhuizen. Zie de tabel in Bijlage 2 voor een overzicht van de betrokken partijen per regiobeeld.

Óf en in welke mate deze organisaties betrokken zijn, verschilt per regiobeeld sterk. Daarnaast is het in een aantal regiobeelden niet direct duidelijk in hoeverre organisaties een bijdrage hebben geleverd, bijvoorbeeld in de regiobeelden ontwikkeld door Zilveren Kruis. Een voorbeeld waarin de betrokkenheid van verschillende organisaties wel duidelijk wordt is het vraaggestuurde regiobeeld Eemland. Dit regiobeeld is een samenwerking tussen het Meander Medisch Centrum en Huisartsen Eemland om de integrale zorg te verbeteren voor kwetsbare ouderen in de regio, ondersteund door adviesbureau Raedelijn (onderdeel van het ROS-netwerk). Dit beeld heeft een sterke focus, toegespitst op de al bestaande netwerkstructuren en is gericht op het geven van gezamenlijke duiding op basis van data. Andere partijen, zoals bijvoorbeeld de gemeente, zijn niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van dit regiobeeld. Deze grote variatie aan initiatiefnemers en betrokken organisaties zien we ook terug in het veldonderzoek, waarover later in dit rapport meer.

Lengte van beelden

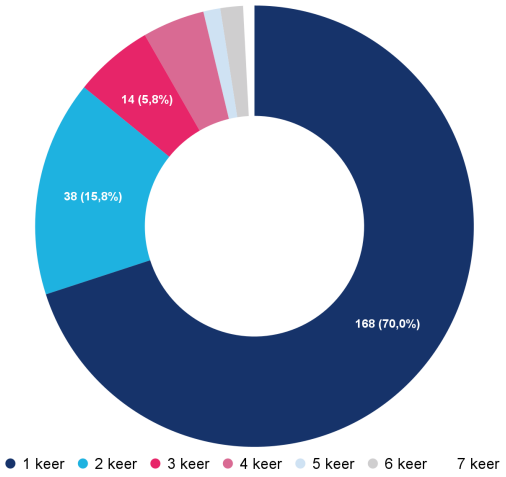
Van de regiobeelden die wij bestudeerd hebben varieert de lengte sterk. We hebben dit bepaald aan de hand van indicatoren en zagen een gemiddelde van 59 indicatoren per regiobeeld. De variatie liep uiteen van 27 tot 148 indicatoren per beeld.

Tools

De tools laten een uitgebreide hoeveelheid indicatoren zien op allerlei verschillende topics, bijvoorbeeld energietransitie (percentage woningen met zonnepanelen) of indicatoren over de fysiek omgeving (zoals geluidsbelasting).[16 17] Regiobeeld.nl geeft specifiek inzicht in de stand van zaken en de toekomstige ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, zorg en welzijn in de regio. Waarstaatjegemeente.nl bevat een groter pallet aan data die mogelijk van belang zijn voor gemeenten. Het regiobeeld Zuid-Limburg heeft ook een toolfunctie waarbij allerlei specifieke data beschikbaar is op gemeente, maar vaak ook op wijkniveau (combinatie van cijfers van de gezondheidsmonitor en demografische cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)).[18]

Er wordt een groot aantal indicatoren gebruikt, waarvan vele uniek

De tien verschillende beelden bestaan uit een groot aantal verschillende indicatoren. Bij de analyse van de regiobeelden hebben we de indicatoren geturfd om te zien hoe vaak de indicatoren gebruikt worden in de beelden. Daaruit bleek dat er niet alleen een groot aantal unieke indicatoren gebruikt werd, namelijk 240, maar ook dat verreweg de meeste van de indicatoren uniek waren (70%) en niet in andere beelden voorkwamen, zoals weergegeven in onderstaande figuur.



Aantal keer dat de indicatoren terugkomen in de onderzochte beelden

Voorbeelden van indicatoren per categorie zijn:

7 van de 10 regiobeelden:	Overgewicht, (goed) ervaren gezondheid
6 van de 10 regiobeelden:	Leeftijdsverdeling, inwonersaantal, grijze druk
5 van de 10 regiobeelden:	Kwetsbare ouderen, sociaal economische status
4 van de 10 regiobeelden:	Roken, reistijd naar ziekenhuis, verwachte bevolkingsgroei
3 van de 10 regiobeelden:	Groene druk, prognose chronische ziekten
2 van de 10 regiobeelden:	Laaggeletterdheid, moeite met rondkomen, ernstig overgewicht
1 van de 10 regiobeelden:	Jaarlijks contact met specialist, kosten GGZ, percentage van kinderen met een handicap, doodsoorzaken

Regelmatig of vaak gevonden indicatoren (in 30% van de beelden of vaker)

De indicatoren die vaker terugkomen in de regiobeelden zijn in onderstaande tabel weergegeven. 9 van de 240 indicatoren komt in de helft van de beelden of vaker voor: de leeftijdsverdeling, het inwonersaantal, grijze druk, overgewicht, (goed) ervaren gezondheid, kwetsbare ouderen, sporten, eenzaamheid en sociaal economische status. Dan zijn er nog 25 indicatoren die regelmatig (3 of 4 keer in de 10 beelden) terugkwamen (zie tabel).

Thematiek	Vaak (5 of meer)	Regelmatig (3 of 4x)
Bevolkingsontwikkeling	**Leeftijdsverdeling** **Inwonersaantal** **Grijze druk**	Verwachte bevolkingsgroei Groene druk Prognose groei 75+ Bevolkingsverdeling Etniciteit Huishoudenssamenstelling
Gezondheid en welbevinden	**Overgewicht** **(Goed) ervaren gezondheid** **Kwetsbare ouderen**	COPD / astma / bronchitis Dementie Diabetes Prevalentie langdurige aandoeningen Stemmingsstoornis / depressie / angststoornis Perifere artrose Verwachte groei van ouderen met dementie Percentage van mensen met chronische ziekten
Sociale determinanten van gezondheid	**Sporten** **Eenzaamheid** **Sociaal economische status**	Alcoholgebruik Roken Regie over eigen leven Verwachte aantal inwoners dat rookt Opleidingsniveau Zeer ernstige eenzaamheid
Zorggebruik	-	Aantal en aandeel WLZ indicaties Eerstelijns contacten Mensen die mantelzorg krijgen
Zorgaanbod	-	Reistijd naar ziekenhuis Verwachte verandering van het aantal zorgmedewerkers
Zorgkosten	-	-

In veel gevallen worden er ook trends, prognoses of toekomstvoorspellingen gedaan. Bijvoorbeeld in het geval van de leeftijdsverdeling in het rapport Rotterdam-Rijnmond en voor veel indicatoren op Regiobeeld.nl. Trends worden met name in het rapport gepresenteerd als het gaat om bevolkingsontwikkeling, maar ook in de ontwikkeling van bijvoorbeeld chronische ziekten.

Qua thematiek komen indicatoren over de bevolkingsontwikkeling, gezondheid en welbevinden, sociale determinanten van gezondheid en zorggebruik terug in alle beelden. In de tabel is te zien dat er geen indicatoren “regelmatig” of “vaak” voorkomen die iets zeggen over zorggebruik, -aanbod en -kosten. Indicatoren over het zorgaanbod zijn in 90% van de beelden vertegenwoordigd. Opvallend is dat de zorgkosten maar in 60% van de onderzochte beelden terugkomt, vaak maar met 1 of 2 indicatoren.

Het is bijvoorbeeld opvallend dat er verschillende keuzes worden gemaakt voor indicatoren die wat zeggen over zorggebruik, -kosten en -aanbod. Dit kan te wijten zijn aan een gebrek aan consensus over welke indicatoren het beste passen bij de verschillende thema’s, maar het kan ook een andere oorzaak hebben, bijvoorbeeld de toegang tot verschillende data. In de tabel komen geen indicatoren voor over zorgaanbieders. Deze informatie komt wel degelijk terug in verschillende regiobeelden, maar daar worden steeds verschillende indicatoren voor gebruikt. Bijvoorbeeld het aantal huisartsen in de regio of aantal consulten per verzekerde op de huisartsenpost of de spoedeisende hulp. Gegevens over de fysieke omgeving komen bijna niet terug, behalve in de toolings (waarstaatjegemeente.nl).

Veelal openbare databronnen worden gebruikt

Er is voor de beelden veelal open data gebruikt. Het valt op dat de achterliggende dataset niet voor alle indicatoren terug te vinden is, ook niet als de bron wel is gegeven. De meest gebruikte open databronnen zijn CBS Statline, Vektis (bijvoorbeeld het gebruik van huisartsenzorg of PraktijkOndersteuner Huisarts GGZ) en PRIMOS (Prognose, Informatie en Monitoring Systeem: door ABF research op basis van CBS data). PRIMOS geeft bijvoorbeeld de prognose van de bevolking en huishoudens per gemeente, wijk of buurt naar geslacht en leeftijd weer in een toekomstig jaar. In de regiobeelden die in dit onderzoek bekeken zijn komen met name prognoses binnen demografische indicatoren terug. Ook meer specifieke databronnen zijn gebruikt, bijvoorbeeld de prevalentie van

laaggeletterdheid, aangeleverd door Stichting Lezen en Schrijven. Ook private data is gebruikt, bijvoorbeeld van de zorgverzekeraars zoals het gebruik van het volledig pakket thuis, ziekenhuisdata (omzet ziekenhuis uit zorgprestaties, aantal specialisten etc.) en specifieke toekomstverkenningen.

5.3.3 Verdieping regiobeelden: zorgkantoren

In Nederland regelt het Zorgkantoor alle Wet langdurige zorg (Wlz) in de regio. Daarbij sluit het zorgkantoor onder andere ook contracten met aanbieders die deze zorg uitvoeren. Het zorgkantoor is nauw verbonden aan de grootste zorgverzekeraar in die regio en belangrijk voor de organisatie van regionale zorg. Hieronder wordt er detail ingegaan op de zorgkantoren.

Regiobeelden op het niveau van zorgkantoren of regiobeelden op initiatief van zorgverzekeraars

Van de tien geanalyseerde regiobeelden zijn er vier beelden op het niveau van het zorgkantoor en/of geïnitieerd door de zorgverzekeraar. Het gaat om de volgende beelden: 't Gooi & Vechtstreek (Zilveren Kruis), Drenthe (Zilveren Kruis), Noord (Menzis) en Midden-Holland (VGZ). In eerste instantie valt op dat de beide beelden van het Zilveren Kruis qua lay-out en opbouw grotendeels overeenkomen. Daarnaast komen de indicatoren die gebruikt worden overeen, bijvoorbeeld gegevens over vergrijzing, de zorgvraag, levensverwachting, aantal chronisch zieken en informatie over het zorgveld. Vervolgens worden de knelpunten en kansen op een rijtje gezet: de knelpunten zijn vergelijkbaar voor deze regio's (en voor vele andere regio's in Nederland). Ze zijn weinig specifiek, namelijk: vergrijzing, personeelstekort en de druk op de huisartsenzorg. Deze knelpunten worden in de pagina's erna met indicatoren onderbouwd. Uit het regiobeeld wordt niet duidelijk hoe deze knelpunten precies aangepakt zullen gaan worden. Deze regiobeelden zijn wat kleiner en bevatten (inclusief titel- en slotpagina) respectievelijk negen en tien pagina's met informatie.

Het regiobeeld Noord (ontwikkeld door Menzis) is veel uitgebreider, namelijk 77 pagina's. Dit regiobeeld is een integratie van twee regiobeelden (Kwetsbare groepen in het Groninger gezondheidslandschap - ontwikkeld door de Aletta Jacobs School of Public Health (AJSPH) in opdracht van de provincie Groningen) en het regiobeeld Noord van Menzis uit 2019. Dit beeld bevat de verandering in zorgvraag over een periode van 10 jaar, waarbij de impact van relevante trends zo veel mogelijk gekwantificeerd wordt. Het gaat inhoudelijk in op een samenvatting van de belangrijkste bevindingen, de uitdagingen, conclusies en er wordt een voorzet gedaan voor de belangrijkste oplossingen die uit de gesprekken tussen stakeholders in de regio naar voren zijn gekomen. Er worden prognoses in uitgewerkt. Uit dit regiobeeld blijkt duidelijk dat verschillende organisaties betrokken zijn geweest en bijdragen hebben geleverd. Daarnaast is dit regiobeeld ook verrijkt met kwalitatief verdieping (interviews met 8 inwoners). We hebben andere beelden van Menzis globaal bekeken, hierbij vielen een aantal dingen op. Deze andere regiobeelden ontwikkeld door Menzis (bijvoorbeeld Rivierenland, Gelderse Vallei en de Achterhoek) blijken qua lay-out en uitgebreidheid vergelijkbaar. Veel indicatoren komen terug in de verschillende beelden, maar dan met voor de regio specifieke data.

Ook in het geval van het regiobeeld van VGZ (Midden-Holland) zijn de bevindingen vergelijkbaar. De lay-out, lengte en opbouw is vergelijkbaar tussen dit rapport en andere rapporten ontwikkeld door VGZ. Onderwerpen die steeds terugkomen zijn: ouderenzorg, GGZ, acute zorg en preventie.

De indicatoren die in de vier geanalyseerde regiobeelden op zorgkantoorniveau voorkomen verschillen sterk van elkaar. Demografische indicatoren zoals grijze druk of informatie over de leeftijdsverdeling komen in elk regiobeeld terug. Ook informatie over de arbeidsmarkt in de sector Zorg- en Welzijn komt in de regiobeelden terug. Echter, informatie over zorgkosten, fysieke

leefomgeving, subjectief ervaren gezondheid etc. komt niet in alle regiobeelden terug. In de regiobeelden ontwikkeld door Zilveren Kruis komt bijvoorbeeld geen informatie over zorgkosten terug.

5.4 Conclusie deskresearch

5.4.1 Zijn er mogelijke bouwblokken te definiëren?

De centrale onderzoeksvraag luidt: Welke bouwblokken voor de ontwikkeling van regiobeelden zijn er op basis van de analyse van bestaande regiobeelden te definiëren? Zijn deze bouwblokken te combineren tot een framework?

Het is op basis van de deskresearch niet eenduidig mogelijk om bouwblokken aan te wijzen en te combineren tot een framework vanwege de grote variatie tussen de regiobeelden. De variatie bestaat zowel tussen de algemene onderdelen binnen het rapport (focus, lay-out, lengte, betrokken partijen, thematiek) als op de verschillende individuele factoren. De gebruikte datasets, zoals open CBS data, Vektis en data van de Gezondheidsmonitor, komen wel veelal overeen.

Om de eenduidige ontwikkeling mogelijk te maken is consensus over de relevante thematiek (bevolkingsontwikkeling, gezondheid en welbevinden, sociale determinanten van gezondheid, zorggebruik, -aanbod én -kosten) van belang. Deze thema's dragen allemaal bij aan het vormen van een regionale visie op middellange termijn en het definiëren van de knelpunten en uitdagingen. Het zou behulpzaam kunnen zijn om per thema een aantal indicatoren aan te wijzen die relevant zijn voor het betreffende thema. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de indicatoren verwachte bevolkingsgroei, grijze druk, leeftijdsverdeling en inwonersaantal voor het thema bevolkingsontwikkeling. Voor elk thema kan dit uitgewerkt worden en dienen als een handvatten bij de ontwikkeling van regiobeelden. Zo wordt ook voorkomen dat er over sommige thema's geen of nauwelijks informatie wordt weergegeven, of dat er talloze indicatoren gebruikt worden die op elkaar lijken maar niet hetzelfde zijn.

Ook kwalitatieve data kan als bouwblok worden gezien, waarbij handvatten geformuleerd kunnen worden om deze data te verkrijgen, visualiseren en gebruiken binnen de context van regiobeelden. Behalve aan de indicatoren en kwalitatieve data kan bij de ontwikkeling van een framework (of het beschrijven van minimale eisen) ook aandacht besteed worden aan de verschillende toegankelijke datasets. Een data-infrastructuur waarbij specifieke data toegankelijk wordt gemaakt is cruciaal om gezondheidsverschillen beter in kaart te brengen, bijvoorbeeld op gedetailleerder aggregatieniveau of om bepaalde groepen inzichtelijk te maken.

Vervolgvragen na aanleiding van de deskresearch zijn;

- Waarom is de variatie tussen de regiobeelden zo groot? Is deze te wijten aan een gebrek aan sturing?
- Waarom leiden sommige regiobeelden tot de versteviging van samenwerking in de regio en andere beelden veel minder?
- Welke onderdelen verdienen in ieder geval een plaats in een regiobeeld?
- Zijn relevante datasets op dit moment toegankelijk en bereikbaar voor de ontwikkelaars van regiobeelden en aan data-gerelateerde projecten?
- Wat kunnen we leren van innovatieve projecten gerelateerd aan data in de regio en data-koppeling?

Deze vragen worden aan de hand van gesprekken met innovatieve organisaties beantwoord in het veldonderzoek.

We formuleren tevens een conceptueel framework op basis van deskresearch, veldonderzoek en expert opinion, zie daarvoor het hoofdstuk “2.3 Conceptueel framework en Regio definitie.”

6. Veldonderzoek

In gesprek met en leren van proactieve organisaties en individuen die vooruitstrevend zijn op het gebied van I) regionale samenwerking ondersteunt met data of II) datakoppeling in de regio.

6.1 Aanleiding en doel veldonderzoek

Overal in Nederland wordt er gewerkt aan data-ondersteunde, regionale samenwerking.[15] De deskresearch onderstreept de bevinding van eerder onderzoek dat regiobeelden in Nederland op dit moment zeer divers zijn.[15] Ze komen op verschillende manieren tot stand en de betrokken organisaties én focus van de beelden verschillen van elkaar. Naar aanleiding van de deskresearch rijzen er verschillende vragen. Waarom verschillen de regiobeelden zo sterk van elkaar? Hoe wordt de sturing op regiobeelden ervaren? Op welke manier worden data gekoppeld in de regio om tot inzichten of samenwerking te komen? Zijn er proactieve organisaties die op een vooruitstrevende en originele manier data inzetten in de regio? Wat kunnen we van deze organisaties leren? Welke belemmeringen spelen er?

Voor het vervolg van dit onderzoek focussen we ons op bestaande initiatieven en organisaties die op vooruitstrevende manier bezig zijn met het gebruik van data in de regio, of organisaties die data op een proactieve manier gebruiken in regionale samenwerking. In deze fase van het onderzoek hebben we mensen werkzaam bij dergelijke organisaties middels semi-gestructureerde interviews bevraagd om te leren van hun werkwijze en de randvoorwaarden die zij zien voor het gebruik van data in de regio(nale samenwerking). Daarnaast hebben wij ook specifiek gevraagd naar de concrete impact of meerwaarde die zij bereiken met het data-ondersteund werken in de regio. De projecten die dergelijke organisaties doen reiken verder dan simpel of minimaal gebruik van data, zijn vooruitstrevend en kunnen als voorbeeld dienen voor andere organisaties. De scope van dit gedeelte van het onderzoek is breder dan het klassieke regiobeeld, maar ook bij de ontwikkeling van klassieke regiobeelden kunnen we leren van deze gesprekken en de belemmeringen die er worden ervaren.

De informatie uit de interviews wordt samengevat in het beantwoorden van de volgende vragen:

- Wat vraagt data-ondersteund werken van de professional?
- Wat zijn de mogelijkheden en onmogelijkheden van het gebruik van data?
- Welke ervaringen hebben mensen op het gebied van wetgeving en het koppelen van data?
- Wat vraagt data-ondersteund werken van de samenwerkingsstructuren?

6.2 Methode veldonderzoek

De interviews vonden plaats op semi-gestructureerde wijze. Daarnaast is ook kennis vergaard middels literatuur en door het spreken van experts, de zogenoemde sneeuwbalmethode. In dit rapport zijn alleen opmerkingen opgenomen als het door drie of meer mensen genoemd werd. In een enkel geval wordt een individueel citaat genoemd, dan wordt er ook benoemd dat het gaat om “een enkel iemand”. Zie voor een uitgebreidere toelichting op de methode en het format van de semi-gestructureerde interviews Bijlage 3.

Deelnemende organisaties

Er is contact opgenomen met organisaties die vooruitstrevend zijn op het gebied van i) datakoppeling in het zorg- en/of sociale domein; ii) datagedreven handelen; of iii) initiatieven op basis van datagebruik in het zorg- en/of sociale domein. De namen van de organisaties komen uit het netwerk van het VWS of PHDNL. In de interviews is er tevens aan mensen gevraagd of zij organisaties kennen die aan bovenstaande criteria voldoen om deze mensen eveneens aan te schrijven. Het was binnen de scope van dit project mogelijk om 18 mensen werkzaam bij de volgende organisaties te spreken:

Er zijn in Nederland uiteraard nog andere initiatieven en organisaties die op vooruitstrevende manier regionale samenwerkingen tot stand doen laten komen of data-ondersteund werken. Desalniettemin is er de overtuiging dat er met voldoende organisaties is gesproken om tot bruikbare resultaten en aanbevelingen te komen.

Een lijst van alle mensen die zijn geïnterviewd en een lijst van een aantal van de initiatieven die in de interviews zijn besproken zijn toegevoegd aan Bijlagen 4 en 5.

Professionals en voorlopers

Met professionals worden de mensen werkzaam in het sociale en medische domein bedoeld, zoals ambtenaren, medisch professionals, paramedici, werknemers van zorgverzekeraars etc. Voorlopers zijn de mensen die zijn geïnterviewd en werkzaam zijn bij de innovatieve en proactieve organisaties.

6.3 In het kort: conclusies van het veldonderzoek

De volgende resultaten bleken uit het veldonderzoek. In de volgende paragraaf worden deze nader toegelicht:

Wat vraagt data-ondersteund werken van de professional?

- De kennis van professionals over data en het gebruik van data is vaak basaal.
- De duiding van data ligt niet bij professionals.
- Professionals gebruiken regiobeelden, inzichten of dashboards vaak niet uit eigen beweging.
- Professionals worden soms overvraagd en ervaren tijdgebrek.

Wat zijn volgens de voorlopers de mogelijkheden en onmogelijkheden van het gebruik van data?

Mogelijkheden:

- Data zijn essentieel voor het vormen van gezondheidsbeleid en het komen tot domeinoverstijgende samenwerking.
- Data kunnen helpen om besef van de noodzaak tot zorgtransitie te creëren.
- Data kunnen behulpzaam zijn bij het monitoren van interventies en projecten.
- Kwalitatieve data worden als zeer belangrijk gezien in regiobeelden, maar missen veelal in bestaande beelden.

Onmogelijkheden:

- Data geven de absolute werkelijkheid niet.
- Sommige zaken zijn niet in data te vangen.
- Data zijn vaak beschikbaar op een te hoog aggregatieniveau.
- De kosten van en toegang tot specifieke data worden als belemmering ervaren.
- Er is kennis nodig om data op een goede manier te gebruiken.
- Er is een veelheid aan data. Hierdoor ontstaat soms een gebrek aan focus, het is inefficiënt en resultaten zijn niet goed te vergelijken.

Welke ervaringen hebben voorlopers op het gebied van wetgeving en het koppelen van data?

- De AVG-wetgeving vormt voor veel voorlopers een worsteling. Mensen ervaren moeilijkheden om binnen de juridische kaders data te koppelen of te gebruiken.
- Uit de gesprekken blijkt dat juristen in sommige gevallen een andere interpretatie geven van dezelfde wetten.

Wat vraagt data-ondersteund werken van de samenwerkingsstructuren? Wat zijn de randvoorwaarden?

- Data-ondersteund werken vraagt om veranderingen in samenwerkingsstructuren en governance.
- Het opzetten van innovatieve projecten die raken aan data-ondersteund werken en het gebruik van data in de regio kost tijd en geld.
- Niet alle organisaties zien het op dit moment zitten om mee te doen aan data-koppeling of samenwerken omtrent data, de redenen hiervoor wisselen, onder andere gebrek aan tijd of het niet inzien van het nut.
- Structurele financiering is een vereiste.

- Gebrek aan governance maakt het voor professionals en voorlopers lastig. Er ontbreekt verbinding tussen initiatieven.

6.4 Uitgebreide resultaten veldonderzoek

Hieronder is per vraag samengevat wat voorlopers (geïnterviewden) in hoofdlijnen vertellen.

6.4.1 Wat vraagt data-ondersteund werken van de mensen werkzaam in het sociale- en gezondheidsdomein, bijvoorbeeld huisartsen, sociaal pedagogisch hulpverleners, bestuurders en ambtenaren (professionals)?

In de gesprekken komt een aantal keer naar voren dat er een zekere afstand bestaat tussen de professional (in het medisch, sociaal of gemeentelijk domein) en de interpretatie van data of gebruik van data in de dagelijkse praktijk. De impuls om meer “met data te doen”, bijvoorbeeld voor monitoring, beleid of inzicht in kosten, bestaat sterk en lijkt ook steeds meer te leven, maar er spelen een aantal moeilijkheden. De afstand tussen de professionals en het gebruik van data is volgens de voorlopers te wijten aan:

De kennis van professionals ten aanzien van het nut, de (on)mogelijkheden van data en de interpretatie ervan is vaak basaal. Professionals zijn op dit moment vaak niet in staat de data te duiden en professionals moeten aan het gebruik van data wennen.

De kennis van bestuurders en professionals over data en de interpretatie van data varieert sterk. Deze kennislacune benoemen meerdere mensen in de interviews. Professionals houden er in sommige gevallen foutieve opvattingen op na en denken dat “alles met data mogelijk is.” Drie geïnterviewden noemen dat specifiek als een belemmering. Professionals vinden het lastig als dit niet het geval is, of als hun “gut feeling” niet door de data bevestigd wordt. De verwachting is dat met het vergroten van kennis over data onder professionals, zij beter kunnen begrijpen wat er wel en wat er niet mogelijk is.

Er kunnen verschillende problemen ontstaan door het gebrek aan kennis. Een voorbeeld hiervan is: “Professionals vragen vaak om een data-analist die een wijkscan of regiobeeld kan ontwikkelen, zonder dat ze verder specifieke vragen hebben of inzichten zoeken uit de data. De ontwikkeling van een regiobeeld lijkt een doel op zich, zonder dat er verder gezocht wordt naar wat de data nog meer kan brengen.” Dit is zonde, want data kunnen veel van de vragen die er heersen beantwoorden. Professionals hebben begeleiding nodig in wat data-ondersteund werken voor hen kan betekenen, dat er meer nodig is dan alleen een data-analist, zoals iemand die helpt bij het stellen van de juiste vraag en het geven van duiding van de inzichten. Een voorbeeld hiervan is dat professionals liever over individuen dan over de populatie praten, omdat zij dit vanuit hun vak meer gewend zijn. Als oplossing worden er dan vaak persona’s gebruikt om een “gezicht te geven” aan de grootste problemen in de wijk. Dit is voor veel professionals beter te bevatten en daarom behulpzaam.

Behalve het feit dat de kennis van een gedeelte van de professionals en bestuurders omtrent data basaal is, horen we in de interviews dat met name ook de selectie, interpretatie en duiding van de data op dit moment niet bij de professionals ligt. Professionals hebben hulp nodig om de data te vertalen naar een concreet verhaal. Aanvankelijk zien de professionals het nut van

data-ondersteund werken vaak niet. “Op het moment dat je ze wat dingen kunt laten zien en vertellen, er een verhaal bij hebt, krijg je ze vaak wel mee.” Een opmerking die we hierbij terughoren is dat het dashboard en het losse regiobeeld wel een startpunt is, maar dat je er eigenlijk niet aan ontkomt dat, indien je wilt komen tot actie en verbinding in de regio, er ook begeleiding nodig is met de duiding en het proces erna. Of die actie er na het regiobeeld ook daadwerkelijk komt is wisselend. Verschillende adviesbureau’s (waaronder de ROS-en) zijn en blijven vaak betrokken voor de duiding en het vervolg, maar soms komt er ook helemaal geen initiatief of actie na het regiobeeld.

De professionals gebruiken beelden, inzichten of dashboards vaak niet vanuit eigen beweging

In verschillende interviews komt naar voren dat professionals veelal niet uit eigen beweging de (data-ondersteund) inzichten of regiobeelden bekijken. Er lijkt in een aantal gevallen een kloof te zijn tussen het beoogd en daadwerkelijk gebruik. Zo vertelt een van de geïnterviewden ons dat “bestuurders eigenlijk niet of nauwelijks uit zichzelf naar het dashboard toe gaan.” Wellicht komt dit ook door de vorm. Dashboards zijn vaak kostbaar om te onderhouden en te ontwikkelen. Op het moment dat de bestuurders voorzien worden met een selectie van de inzichten in bijvoorbeeld een presentatie of powerpoint, is er wel degelijk interesse. “Wanneer een data-analist een mooi dashboard maakt wordt er vaak drie keer naar gekeken en gebeurt er vervolgens weinig meer met het dashboard”.

Dit wordt ook teruggezien in de cijfers van gebruik van verschillende dashboards. Een voorbeeld is Regiobeeld.nl. Regiobeeld.nl geeft inzicht in de huidige en toekomstige stand van zaken van verschillende indicatoren op het gebied zorgvraag, zorgaanbod, bevolkingsontwikkeling en sociale omgeving. Navraag bij de ontwikkelaars van Regiobeeld.nl leert ons dat Regiobeeld.nl gebruikt wordt door onderzoekers en data-analisten. Het dashboard wordt nauwelijks gebruikt door bestuurders of beleidsmedewerkers. Mogelijk zijn het data-analisten die in opdracht van de regio de regiobeelden ontwikkelen en daar Regiobeeld.nl voor gebruiken, maar bij voorkeur zou de verbinding in de regio al versterkt worden tijdens de ontwikkeling van de regiobeelden. Verschillende professionals die met elkaar over de data praten en de knelpunten formuleren en proberen op te lossen. Op deze manier is de afstand tussen het regiobeeld en het veld kleiner en is het veld beter op de hoogte van de problemen die spelen. Regiobeeld.nl zou een basis kunnen vormen bij de ontwikkeling van bouwblokken, bijvoorbeeld door prioriterting van bepaalde “sets” aan variabelen per thema.
Een ander voorbeeld is het dashboard “waarstaatjegemeente.nl”. Dit dashboard is vanaf 17 februari 2022 gestopt met de gepersonaliseerde service vanwege het beperkte gebruik door gemeenten en de hoge kosten van onderhoud.[19]

De professionals (in het sociaal en medisch domein zoals ambtenaren, medisch professionals, werknemers van zorgverzekeraars) hebben vaak een gebrek aan tijd en worden via veel verschillende wegen gevraagd om mee te denken

De geïnterviewden bevestigen dat er een grote impuls is om meer data-ondersteund te werken, maar geven aan dat professionals hierin soms worden overvraagd. Aangezien er op dit moment niet een eenduidig proces is ontstaat er versplintering van de aanpak. Deze versplintering kan de professional overvragen, omdat ze op verschillende plekken en via verschillende wegen worden meegevraagd om na te denken over data-ondersteund werken of het duiden van gezondheidsdata. Mensen hebben hier veelal geen tijd voor, inspanningen zijn dan extra.

6.4.2 Wat zijn de mogelijkheden en onmogelijkheden van het gebruik van data?

Wat zijn, volgens de geïnterviewden, de kansen van het gebruik van data in de regio? Welk nut kunnen data wel of niet dienen? Welke belemmeringen en moeilijkheden ervaren mensen met het gebruik van data in de regio en datakoppeling? De informatie uit de interviews wordt in de volgende paragrafen toegelicht.

De mogelijkheden en de meerwaarde van data

Data zijn essentieel en vormen de basis (maar zijn geen doel op zich)

Het belang van data blijkt duidelijk uit de interviews. De algemene opvatting is dat data essentieel zijn voor de zorgtransitie en de publieke gezondheidszorg. Een van de geïnterviewden beschrijft dit als volgt: "Je zou het kunnen zien als het lichamelijk onderzoek en de diagnosestelling, maar dan niet in de spreekkamer maar in de maatschappij voor een grotere groep mensen." Data moeten als basis dienen van het gesprek en om voorstellen vanuit bestuurders mee te onderbouwen. Data laten zien waar je op stuurt, waar de uitdagingen liggen. Behalve voor beleid vormen data ook voor onderzoek en onderwijs de basis. Een aantal mensen maakt dit concreet in onze interviews: data zijn de basis en zouden gebruikt moeten worden bij ieder gesprek dat wordt gevoerd op bestuurlijk niveau.

Er wordt specifiek genoemd dat data niet een doel op zich zijn. "Data worden nogal eens als doel gebruikt, daar gaat het soms mis. Niet alleen de cijfers, maar juist ook de rapporten die eerder verschenen zijn, de samenwerkingen die daaruit ontstonden en de gesprekken die met professionals of inwoners worden gevoerd zijn van belang." Uiteindelijk zijn de data een middel om tot een antwoord, een samenwerking of inzicht te komen. Iemand zegt hierover: "Data en de inzichten uit data worden nu vaak als doel gezien. Data zijn geen doel. Het doel is om waarde te creëren door bijvoorbeeld de behandelrelatie te verbeteren, data en inzichten kunnen hier ondersteunend aan zijn. Het is met name van belang om vast te stellen hoe je hierop kunt acteren. Het zichtbaar maken van de uitkomsten, bijvoorbeeld op de economische, klinische of patiëntgerelateerde as, helpt je bij het invullen van je doelstellingen."

Data kunnen helpen om besef van noodzaak tot verandering of draagvlak voor de zorgtransitie te creëren

Twee van de ondervraagden noemen heel specifiek dat data een belangrijke rol hebben in het creëren van het besef van de uitdagingen die spelen en de noodzaak tot verandering. Zelfs met open data, bijvoorbeeld van Statline (CBS) of Vektis, kom je al heel ver. Met name data over de groei van de populatie (of bepaalde delen van de populatie) werken verhelderend en zorgen voor een urgentiebesef. Hierbij is de visualisatie van data een belangrijk onderdeel, om de boodschap zo helder mogelijk over te brengen. "Specifieke data, zoals microdata, is voor het aanwakkeren van urgentiebesef niet van belang. Microdata kun je wel gebruiken bij vervolgonderzoek."

De visualisatie en selectie van data

De keuze van de visualisatie van data is belangrijk. De ervaring van de geïnterviewden leert ons dat specifiek visualisatie in de vorm van kaarten voor de regio's goed werken. Bij de keuze van de vormgeving of visualisatie speelt de doelgroep een rol. Het moet passend zijn en aansluiten op de behoefte van doelgroep. Als een leek data zelfstandig moet begrijpen is bijvoorbeeld een infographic of een filmpje een goede keuze, hierbij wordt al duiding gegeven. Voor analisten of beleidsmakers is het van belang dat ook de ruwe data worden gepresenteerd. Zij kunnen de data

dan analyseren, bewerken en visualiseren, maar ook hergebruiken. Ook bij de selectie van data dient er rekening gehouden te worden met de doelgroep, zoals de uitlichting van bepaalde inzichten vanuit een dashboard in een presentatie.

Data als middel om te monitoren

Behalve de inzichten die data kunnen genereren, kunnen data ook een hulpmiddel zijn om te monitoren. Verschillende mensen noemen dit in de interviews als een waardevolle manier om data te gebruiken in de dagelijkse praktijk en bij de monitoring van interventies. Zo worden bij het starten van projecten verschillende indicatoren gekozen om het effect van de interventie te meten. Het meest praktisch zijn indicatoren die toch al verzameld worden. Een voorbeeld dat terugkwam in een van de gesprekken ging over de monitoring van een project waarbij teleconsulten van specialisten door huisartsen kunnen worden ingezet. Dit project gaat over het verplaatsen van specialistische zorg naar de eerste lijn, met consultatie van specialisten. Om dit project te monitoren werd er vooraf een inventarisatie gemaakt van indicatoren die gebruikt kunnen worden voor de monitoring. Ook hier werd gekeken naar welke indicatoren al beschikbaar waren, bijvoorbeeld de invloed op het aantal consulten van de specialist én de huisarts en de dekking (welk percentage van de huisartsen gebruikt de teleconsultatie?). In aanvulling op de reeds beschikbare indicatoren werd ook tevredenheidsdata verzameld onder patiënten middels vragenlijsten. Met deze combinatie van indicatoren wordt de interventie gemonitord. In een ander interview wordt genoemd dat je met data ook retrospectief op zoek kunt gaan naar causale effecten van bepaalde interventies of veranderingen. Helemaal sterk wordt het als je dan nog een aantal jaar deze datapunten vervolgt, dan kun je misschien ook onverwachte causale effecten aantonen.

De data worden dus gebruikt ter monitoring van projecten, maar ook voor het algemene beeld. Als je een aantal jaar met dezelfde rapportage en data werkt krijg je een goed overzicht van de trends in bijvoorbeeld bevolkingsontwikkeling. Vroeger was dit met name in retrospect, nu gebruik je data ook om te anticiperen op ontwikkelingen richting de toekomst. In de interviews komt duidelijk naar voren dat veel openbaar beschikbare data niet frequent genoeg geüpdatet worden voor monitoring. Mensen hebben behoefte aan meer real-time of frequenter geüpdatete data.

Kwantitatieve en kwalitatieve beelden

In eerste instantie denkt men bij data met name aan kwantitatieve data: numerieke gegevens. In de gesprekken komt echter duidelijk naar voren dat kwalitatieve data, de verhalen, meningen, beschrijvingen en standpunten, een belangrijke plek zouden moeten hebben in een regiobeeld. Kwalitatieve data hebben volgens de ondervraagden een belangrijke functie in de duiding van de data, maar ook in het aanwijzen waar het probleem of het gezondheidsverschil precies zit of zou kunnen zitten. Veel regiobeelden ontstaan door een context of een vraag, waarbij kwantitatieve data worden gezocht. In sommige gevallen wordt daarna kwalitatieve data verzameld, bij professionals maar ook bij burgers, waardoor er op deze manier een verrijkt regiobeeld ontstaat.

Kwalitatieve input kun je ook gebruiken om je regiobeeld te spiegelen en te verdiepen. Met deze combinatie van kwantitatief en kwalitatief kun je mensen met - soms - vastgeroeste ideeën overtuigen van nieuwe inzichten. Het overtuigen van mensen is hierin geen doel, maar wel het sturen van beleid en het vormen van ideeën op basis van data. De algemene opvatting is dat er nog weinig kwalitatieve data terugkomen in regiobeelden, dus dat er daar zeker winst te behalen valt.

De moeilijkheden, onmogelijkheden en ervaren belemmeringen

Behalve kansen, mogelijkheden en nuttige aspecten van het gebruik van data in het gezondheids- en sociale domein, zien de geïnterviewden ook verschillende belemmeringen of moeilijkheden met het gebruik van data.

Data geven de absolute werkelijkheid niet weer

Numerieke data zijn duidelijk. Dat maakt dat professionals en bestuurders hier graag op varen en de data soms als absolute waarheid zien. Het is een mythe dat data de werkelijkheid perfect representeren. Er is altijd sprake van correlaties, gebrekkige data, interpretatie van data vanuit eigen context en ervaring en ook heel belangrijk: een groot gedeelte van de werkelijkheid is niet in data te vangen. Dit maakt ook waarom verhalen, ervaringen en dialogen (kwalitatieve data) van belang zijn, zoals eerder beschreven. Iemand die we hebben bevraagd zegt hierover: "Data geven de absolute werkelijkheid niet. Bij analyse van grote hoeveelheden data geeft het aan- of uitzetten van elke filter of elke variabele een ander gegenereerd inzicht. Data moeten een hulpmiddel zijn."

Sommige zaken zijn niet in data te vangen

In het verlengde hiervan verdient het omgekeerde ook aandacht: want hoe meet je eigenlijk gezondheid als er zoveel factoren een rol spelen? Het kost soms veel tijd, overleg en afstemming om tot een passende indicator te komen bij sommige zaken die raken aan gezondheid. Uiteindelijk moet je voor de best passende afgeleide kiezen. Een specifiek voorbeeld vanuit één van de interviews is bijvoorbeeld psychiatrische ontregeling. Uiteindelijk is - na veel gesprekken met professionals - besloten om de proxy "overlast door een persoon met verward gedrag gemeld door politie" uit de beschikbare data te kiezen. Het is misschien geen perfecte proxy, maar uiteindelijk kun je over een lange tijd wel een trend zichtbaar maken.

Data zijn vaak beschikbaar op een te hoog aggregatieniveau

Een belangrijke en vaak terugkerende beperking van data die we tijdens de interviews hoorden is het aggregatieniveau van de data. De data zijn vaak beschikbaar op een, voor het doel, te hoog aggregatieniveau. Het doel kan bijvoorbeeld zijn om de 'hoogover' inzichten die een algemeen regiobeeld geeft verder uit te zoeken. Om gezondheidsverschillen inzichtelijk te maken en uit te diepen, of om verschillende data te koppelen en zo gerichter preventief beleid te voeren. De opvatting dat de data vaak niet specifiek genoeg zijn wordt door vrijwel iedereen die geïnterviewd is gedeeld. Iemand verwoordt dit treffend: "Data zijn vaak beschikbaar op gemeenteniveau, gemiddeld gezien is er dan niets aan de hand, terwijl dit op buurtniveau heel anders kan zijn." Iemand anders zegt hierover: "Een regiobeeld op gemeente- of zorgkantoorniveau is voor een eerste schets misschien leuk, maar voor gesprekken in de wijk of voor het verkleinen van gezondheidsverschillen heeft het niet veel waarde." In sommige gevallen gaan partijen op zoek naar manieren om inzichten op een gedetailleerder aggregatieniveau te krijgen, maar dit lukt niet altijd. Deze data zijn veel lastiger om toegang tot te krijgen dan openbaar beschikbare data.

De kosten en toegang tot data en het eigenaarschap

Een viertal geïnterviewden noemt dat er collectief te weinig gebruik wordt gemaakt van de data die er in Nederland beschikbaar zijn. Met name de data van het CBS. Het is voor kleinere partijen lastig om toegang te krijgen tot CBS microdata, het kost tijd, er moet aan allerlei eisen voldaan worden en het kost geld.[20] Iemand anders bevestigt dit en geeft aan dat vanwege de kosten, de eisen die aan het gebruik van microdata verbonden zijn en de doorlooptijd eigenlijk geen plaats is voor microdata bij hun projecten. Dat terwijl de meerwaarde wel degelijk gezien wordt. In veel gevallen is er ook geen microdata nodig, maar wel een verdiepingsslag op de open data om vragen te

beantwoorden. Iemand noemt dat we té voorzichtig en behoudend met CBS data omgaan en maakt de vergelijking met commerciële partijen: “Commerciële partijen hebben en gebruiken zoveel van de data over mensen, terwijl wij enorm voorzichtig zijn met de data van CBS.” Hij probeert hiermee vooral te zeggen dat het verschil in attitude jegens commerciële data en CBS data opvalt: het schijnbare gemak waarmee we collectief gezien over de aan privacy gerelateerde bezwaren rond commerciële data lijken heen te stappen, ten opzichte van de enorme voorzichtigheid rondom CBS data. Wellicht is er een manier om collectief meer gebruik te maken van de CBS data.

6.4.3 Welke ervaringen hebben mensen op het gebied van wetgeving en het koppelen van data?

Vrijwel alle ondervraagden worstelen bij het maken van regiobeelden, of andere data-inzichten, met de juridische kaders. Wat mag je op welke manier koppelen? Wanneer moet je toestemming vragen? Mag ik deze data wel delen voor dit doel? De één lukt het wel om gegevens bij elkaar te brengen, ervan overtuigd dat het juridisch mogelijk is. Een andere organisatie haakt af, omdat die ervan overtuigd is dat de opgevraagde data niet gedeeld mag worden.

Veel mensen die we spraken verdiepen zich noodgedwongen in de regelgeving. Dat kost veel tijd en overredingskracht bij samenwerkingspartners. Het komt namelijk vaak voor dat juristen een andere interpretatie geven van dezelfde wetten, zo bleek uit de gesprekken. Ook hieruit blijkt dat het efficiënter kan: veel mensen verdiepen zich opnieuw, met weinig gezamenlijkheid of kaders.

Het gebrek aan juridische kennis ervaren de geïnterviewden als een probleem. Aan de ene kant hebben professionals het idee dat er weinig tot niets gedaan mag worden met de data en als er (groepen) professionals wel data bij elkaar willen brengen om problemen in de regio in kaart te brengen, verliezen ze veel tijd met uitzoeken hoe data samengevoegd kan en mag worden. Kortom, de privacywetgeving wordt als een enorme drempel ervaren om aan de slag te gaan.

Een veelgehoorde wens is om gegevens te mogen koppelen op burgerservicenummer (BSN). Voornamelijk wanneer het gaat om het combineren van datasets uit de zorg, waar BSN vastgelegd mag worden, kan het veel tijd schelen om datasets te matchen en specifieke trends zichtbaar te maken. Nu wordt data vooral gepseudonimiseerd door tot wel 16 kenmerken te gebruiken. Dat betekent ook dataverlies omdat er bij elk van die kenmerken een foutmarge ontstaat. Er is landelijk gezien aandacht voor dit thema, waaronder binnen het “Data Reuse Obstacles Removal Traject” van Health-RI.[3] Hierbij wordt aandacht besteed aan het wegnemen van belemmeringen en het creëren van randvoorwaarden om zorgdata beter te (her)gebruiken. Het zou nuttig zijn als er binnen dit traject ook ruimte is voor de specifieke problemen en belemmeringen die ervaren worden door de regio’s.

6.4.4 Wat vraagt data-ondersteund werken van de samenwerkingsstructuren? Wat zijn de randvoorwaarden?

Tijdens alle interviews viel op: deze mensen zijn gedreven en vaak niet bang om aan te pakken of van geijkte paden te wijken. Iemand noemt zichzelf een “passionate idiot” en dat dekt in veel gevallen de lading. Misschien zou elk project of elke data-ondersteund innovatie wel zo’n passionate idiot kunnen gebruiken. Wat zijn verder de randvoorwaarden die uit de gesprekken bleken? En wat is van belang voor de regionale samenwerkingsstructuren?

Of het nou gaat om een data-ondersteund oplossing, nieuwe datakoppelingen of een innovatie in het gebruik van data in de regio, we horen tijdens de interviews steeds terug dat het tijd, geld en inzet van mensen kost. Daarnaast is het ook erg belangrijk dat de verschillende partners de wil en tijd nemen om bij te dragen.

Het opzetten van innovatieve projecten die raken aan data-ondersteund werken en het gebruik van data in de regio kost tijd.

De mensen die we hebben geïnterviewd noemen dit bijna allemaal: het is een moeizaam, tijdrovend proces. Niet van maanden, maar vaak van jaren. Door het feit dat er weinig samenwerking en basisvoorzieningen zijn, vinden veel mensen het wiel opnieuw uit. Soms kost het zelfs jaren om de precieze eigenaar van een bepaalde dataset te achterhalen. Het is goed voor te stellen dat veel projecten hierdoor stranden en dat de succesvolle initiatieven waarover we de mensen gesproken eerder uitzondering zijn.

Niet alle organisaties of professionals zien het zitten om mee te doen aan data-koppeling of het delen of samenwerken omtrent data.

Sommige organisaties zien het belang van het gebruik van data niet. Of ze hebben de tijd niet om bij te dragen. De VVT wordt in sommige gesprekken als conservatief aangemerkt en zien het belang nog niet zo van data-analyse, al zal dat uiteraard niet voor alle VVT-organisaties gelden. Een geïnterviewde merkt dit juist als een belangrijke plek aan: “Als je de *patient journey* van een oudere die in het verpleeghuis belandt kunt volgen, uit kunt zoeken waar de voorspellende waarde zit, kun je dan niet veel beter preventief handelen en ellende voorkomen of uitstellen?” Ook andere organisaties worden als terughoudend beschreven als het gaat om deelname of het sturen van afvaardiging. Niet elke organisatie zit dus aan tafel. Eenduidig beleid en daarmee verantwoordelijkheid wordt door verschillende mensen als wenselijk gezien.

Structurele financiering is een vereiste.

Structurele financiering van trajecten die innovatief zijn of data ontsluiten en koppelen is ontzettend belangrijk voor het laten slagen van de projecten en in het vervolg ook om tot duurzame samenwerking te komen. Het gebrek aan structurele financiering wordt vaak als een belemmering ervaren. Iemand zegt “Financiering is het enige wat ik niet op orde heb.” Op het moment dat dit wel goed geregeld is, bijvoorbeeld via een duurzame bijdrage van meerdere partners of langdurige financiering van de zorgverzekeraar, zie je dat projecten tot een veel hoger niveau komen en ook beter geborgd zijn. In de Bijlage 5 zijn een aantal succesvolle projecten toegelicht.

Er is een gebrek aan samenwerking en verbinding tussen de initiatieven.

Er bestaat nu veelal geen verbinding tussen de verschillende innovatieve projecten. Organisaties lopen veelal tegen dezelfde dingen aan, zonder dat hier in gezamenlijkheid over oplossingen wordt nagedacht. Door het opzoeken van de verbinding leren initiatieven van elkaar, wat bijdraagt aan efficiëntie en kwaliteit.

Daarnaast ontbreekt ook een gezamenlijke data governance.

In verschillende gesprekken komt een gebrek aan inbreng van “bovenaf” aan bod. De *governance* ontbreekt. Het veld zou geholpen zijn met concrete afspraken en randvoorwaarden, bijvoorbeeld minimale eisen aan samenwerkingsstructuren. Er wordt een gebrek aan sturing ervaren, waardoor er soms wildgroei en versnippering ontstaat. Allerlei verschillende initiatieven, vaak geïnitieerd door “passionate idiots” werken met goede bedoelingen aan vaak vergelijkbare doelen. Het gevolg hiervan is dat de impact en mogelijkheden klein zijn. Gebrek aan sturing wordt bijvoorbeeld ervaren

in wat een precieze regiodefinitie is, welke partijen minimaal moeten samenwerken, structurele financiering. Het is nu vaak “werk erbij.”

7. Referenties

1. OECD. Health at a Glance 2017: OECD indicators. Paris: OECD Publishing, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
2. Hoofdlijnenbrief VWS 4 maart 2022
3.https://www.health-ri.nl/sites/healthri/files/2021-11/Afsprakenstelsel%20Health-RI%20Groeifonds%20project%20-%20Ambitie%2C%20Obstakels%2C%20Oplossingsrichtingen%2C%20Governance.pdf
4.https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215261/dh_131733.pdf
5. https://tehdas.eu/results/tehdas-scrutinises-data-access-processes-in-four-countries/
6. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf
7. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/102249/E73494.pdf
8. https://www.ntvg.nl/artikelen/analyse-van-patientstromen
9.https://www.rtvnoord.nl/nieuws/905071/op-bezoek-bij-alex-friedrich-in-munster-nederland-kan-inhaalzorg-niet-snel-zelf-oplossen
10. https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen
11.https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/pbl-2019-toekomstverkenning-mantelzorg-aan-ouderen-in-2040-3925.pdf
12. https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven
13. https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/over-ons/
14. https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regiobeelden/meer-informatie/
15. Rapport "Stand van het land Regiobeelden - Berenschot"
16. waarstaatjegemeente.nl
17. regiobeeld.nl
18. https://www.gezondheidsatlaszl.nl/profieldashboard.html
19. Bron: mail WSJG 1-2-22
20.https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/diensten-en-kosten

8. Bijlagen

Bijlage 1
Deskresearch: methode, inclusie en thematiek

Het doel van de deskresearch is inzichtelijk maken hoe bestaande regiobeelden zijn opgebouwd om tot een standaard raamwerk voor een regiobeeld te komen. Hiertoe hebben we een de inhoud van verschillende actuele regiobeelden op een systematische wijze geanalyseerd om tot een lijst van vaak gebruikte indicatoren en onderliggende thema's te komen. Het onderzoek bestaat uit drie stappen: 1) inventarisatie van beschikbare regiobeelden (rapporten en dashboard/tools) in Nederland en inclusie van 10 regiobeelden representatief voor de diversiteit aan bestaande regiobeelden; 2) data-extractie (metadata) van de geïncludeerde regiobeelden; 3) analyse van de metadata en rapportage.

Stap 1: Inventarisatie en inclusie

Middels een internet search en gesprekken met betrokken stakeholders worden beelden verzameld en gecategoriseerd. In overleg door de onderzoekers wordt een verscheidenheid aan regiobeelden geselecteerd op basis van de volgende criteria:

1. Verschillende regiodefinities; bijv. Zorgkantoorregio, Veiligheidsregio, Provincie
2. Verschillende focus binnen de beelden; bijv. Lokale initiatieven: GGZ: Ouderenzorg
3. Verschillende type rapportage; bijv. rapportage, toolings, dashboards.

Stap 2: Data-extractie

Per indicator worden de onderstaande variabelen verzameld. Ter illustratie zijn de waarden ingevuld voor een indicator uit een van de regiobeelden.

Variabele	**Voorbeeld extractie: Regiobeeld VGZ Midden-Holland 2020**
Pagina rapport	15
Indicator / definitie	Gebruik wijkverpleging / Percentage van mensen dat wijkverpleging krijgt
Thema indicator	Zorggebruik
Zorgdomeinen	Langdurige zorg en ondersteuning: Verpleging en verzorging
Niveau (beschikbaar niveau)	Zorgkantoor (gemeente, landelijk, andere regio's)
Jaar (frequentie)	2015/2016 (jaarlijks)
Primaire bron	Vektis / CBS Statline

Website	https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wijkverpleging#Kaart_Wijkverpleging https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40052NED/table
Microdata bron (indien gebruikt)	https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/bronnen-en-methoden/onderzoeksbeschrijving-thema-gebruik/gebruik-zvw-wijkverpleging-en-zorg-zintuiglijk-gehandicapten
Visualisatie	Lijngrafiek
Codebook microdata	CBS Personen met gebruik van Zvw-Wijkverpleging (ZVWWVPTAB)

Stap 3: Analyse

Alle indicatoren worden geclassificeerd op basis van thematiek. Voor de thema's baseren we ons op het conceptueel raamwerk van de OECD voor het meten van prestaties van een gezondheidssysteem (OECD, 2017).[1] Dit komt grotendeels overeen met de thema's van Regiobeeld.nl. Regiobeeld.nl wijkt hier enigszins vanaf door sociale determinanten (i.e. risico factoren) van gezondheid op te delen in leefstijl, sociale omgeving, en fysieke omgeving. Waarbij leefstijl is ondergebracht bij gezondheid. Wij houden de OECD-indeling aan zodat ook andere type determinanten van gezondheid uit de regiobeelden in een categorie kunnen worden geplaatst. Indicatoren die vallen binnen de thema's zorggebruik, zorgaanbod en zorgkosten worden verder geclassificeerd in de verschillende zorgtypen/domeinen conform de indeling op vzinfo.nl.

Vervolgens rapporteren we o.a. het aantal unieke indicatoren, de verdeling van de indicatoren over de thema's/ zorgdomeinen, de gebruikte databronnen, de volledigheid en de kwaliteit van de metadata, en wat verder opvalt aan de regiobeelden.

Thematiek	**Zorgdomeinen/type zorg**
1. Bevolking(sontwikkeling)	Langdurige zorg en ondersteuning
2. Gezondheid en welbevinden	Geestelijke gezondheidszorg
3. Sociale determinanten van gezondheid en leefstijl	Publieke Jeugdzorg
4. Zorggebruik	Bedrijfsgeneeskundige zorg
5. Zorgaanbod	Zorg rond de geboorte
6. Zorgkosten	Acute zorg
	Eerstelijnszorg
	Ziekenhuiszorg
	Publieke gezondheidszorg en veiligheid

	Genees- en hulpmiddelen
	Zorg rond het levenseinde
	Langdurige zorg en ondersteuning
	Geestelijke gezondheidszorg
	Publieke Jeugdzorg
	Genees- en hulpmiddelen
	Zorg rond het levenseinde

Bijlage 2
Overzicht van de geselecteerde regiobeelden

	Regio	Niveau	Publicatie	Ontwikkelaar	Betrokken partijen
Midden-Holland	Midden-Holland	Zorgkantoorregio	Maart 2020	VGZ	VGZ, Gemeente Bodegraven, Reeuwijk, Krimpenerwaard, Zuidplas, Waddinxveen, Gouda
Regiobeeld.nl	Nederland	Arbeidsmarkt regio, COROP, GGD, Provincie, Zorgkantoorregio, Krimp/anticipeerregio, Gemeente	Wisselt	RIVM iov VWS	Ontwikkeld door RIVM iov VWS. Veel verschillende organisaties die data leveren.
Regiobeeld-Noord	Regio Noord	Provincie Groningen en kop van Drenthe	September 2020	Menzis	Onduidelijk welke partijen bij de ontwikkeling van het beeld betrokken zijn geweest, maar zeer groot aantal partners (zie pagina 4). Oa: GGD Groningen, buurtzorg, UMCG, Inter-psy, accare etc
Eemland	Eemland	Streek (Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Eemnes, Leusden, Soest en Woudenberg)	Februari 2020	Raedelijn (ROS)	Meander Medisch Centrum, Huisartsen Eemland
Gezondheidsatlas	Zuid-Limburg	GGD Zuid-Limburg	Wisselt	GGD Zuid-Limburg	Staat niet duidelijk met welke partners wordt samengewerkt. GGD Limburg obv Gezondheidsmonitor.
Drenthe	Drenthe	Zorgkantoorregio	April 2020	Zilveren Kruis	Onduidelijk met welke partners wordt samengewerkt. Het zorgveld in deze regio: VVT (Tangenborgh, Interzorg, Noorderborg, iCare), huisartsen HZD, behandelcentra Treant, WZA, Isala.
Rotterdam-Rijnmond	Rotterdam-Rijnmond	Veligheidsregio	Mei 2020	Zilveren Kruis	
Zeist	Zeist	Gemeente	November 2020	Raedelijn	Raedelijn (O&I Zeist), de gemeenten
't Gooi & Vechtstreek	't Gooi & Vechtstreek	Zorgkantoorregio	Augustus 2019	Zilveren Kruis	Onduidelijk welke partijen precies welke bijdragen leveren
Waarstaatjegemeente.nl	Nederland	Gemeente (mogelijkheid gepersonaliseerde regio's te maken)	Nu versie december 2021	VNG	VNG, gemeenten en ministerie.

Bijlage 3
Methode veldonderzoek en format semi-gestructureerde interviews

De interviews

Iedereen die bereid was deel te nemen aan de interviews hebben we persoonlijk gesproken. De interviews duurden een uur en vonden plaats middels beeldbellen. We hebben de interviews met wederzijds consent opgenomen om later terug te kunnen luisteren en uit te kunnen werken. Voorafgaand aan de interviews hebben we een gesprekswijzer ontwikkeld, welke heeft gediend als leidraad bij de gesprekken. Zodoende gaat het in dit onderzoek om een "semi-structured interview", wat een methode is om kwalitatieve data op te halen door het stellen van vooraf bepaalde open vragen.

In essentie hebben we mensen bevraagd over:

- De verschillende initiatieven en projecten, de (regionale) impact daarvan etc.
- Hoe worden data gebruikt, en eventueel gekoppeld, welke rol heeft het in de regionale samenwerking etc.
- Wat zijn de (on)mogelijkheden van datagebruik, pijnpunten, limitaties etc.

Format semi-gestructureerde interviews

Voorbereiding

Voorbereiding voorafgaand aan elk interview

- Achtergrond van gesprekspartner
- Organisatie waarbij hij/zij werkt
- Aan data gerelateerde initiatieven waar hij of zij bij betrokken is nagaan

Gesprekswijzer

Introductie

- Personen die in de call aanwezig zijn
- Opdrachtgever VWS
- PHDNL

Introductie van ons project

- Aanleiding en opdrachtgever
- Proces en resultaten
- Herhalen van het doel van het veldonderzoek

Gesprek

<u>Algemeen</u>

- Waar zit voor jou de meerwaarde van data-ondersteund / data-gestuurd werken (of het gebruik van data) in het sociale en gezondheidsdomein?
- Hoe ben je verzeild geraakt in de data?

<u>Initiatieven en impact</u>

- Aan welke projecten / initiatieven werk je op dit moment die gerelateerd zijn aan (gezondheids)data?
- Welk doel hebben deze projecten?
- Welk concreet probleem / concrete problemen lossen deze initiatieven op?

- Welke mensen of organisaties zijn hierbij betrokken?
    - En welke mensen juist niet? (En zouden wel betrokken moeten zijn bijv.)
- Dragen ze bij aan “Juiste Zorg op Juiste Plek”?
- Dragen ze bij aan data-ondersteund handelen?
    - Zo ja, op welke manier?
    - Zo nee, waarom niet, wat zijn de belemmeringen?
- Welke beslissingen worden daadwerkelijk data-ondersteund genomen?
    - Op welk niveau? Op basis van welke bronnen?
    - Of is het een combinatie van ervaring / gevoel + data?
- Hoe hebben jullie / heb je dit geregeld? Was het een moeizaam proces? Waar liep je tegenaan?
    - Belangrijke vraag: doorvragen om gedetailleerd beeld te krijgen
        - Organisaties: rol, voortrekker/remmer
        - Welke bezwaren: organisatorisch of persoonlijk van individuen
        - Origin stories: waar begon het? Wat was het initiële idee? Wat ging/kon uiteindelijk wel en niet? Wat ligt er op de plank?
- Welke initiatieven zijn de moeite waard voor ons om nog in kaart te brengen? “Best practices”
- Andere voorlopers?
- Hoe worden de projecten / initiatieven gefinancierd?
    - Duurzame financiering? (“verdien”model?)
    - Voorkomt de data foute beslissingen, helpt het in te zoomen op de meest relevante groep etc?
- Welke initiatieven werken niet?
    - Zijn er bepaalde kenmerken die voor veel van dat soort projecten gelden? (Bijv van bovenaf opgelegd, niet gecheckt met eindgebruiker etc)
- Worden er behalve professionals ook burgers betrokken?
    - Zo ja hoe?
        - Wie is de “eindgebruiker” van de data en hoe wordt de vertaling naar toepassing en actie georganiseerd?
    - Zo nee waarom niet? Zou dit eventueel waardevol zijn?
- Op welke manier gebruik je regiobeelden? Genereer je die zelf ook? Welke data gebruik je hiervoor?

<u>Data-invalshoek</u>

- Welke data gebruik(en) je/jullie bij de bovengenoemde projecten?
    - Open data?
    - Micro data?
    - Private data?
    - Inlog ja/nee
- Worden deze data gekoppeld?
    - Zo ja, hoe?
    - Welke koppeling mis je nog? Waarom zijn die er niet? Wat zijn de praktische bezwaren?
- Hoe wordt de data gevisualiseerd?
    - Statisch/dynamisch? Wordt het überhaupt gevisualiseerd?
- Wat mist er in de datavoorziening / bronnen en welke data kun je daarom niet verkrijgen?
    - Data landelijk helder beschikbaar (+ initiatieven en tools) mis je hierin een overzichtelijke vindplaats?
- Privacy-vraagstukken?

- Hoe hebben jullie de borging geregeld? Is er data-eigenaarschap of niet?
- Wat zijn de beperkingen van de data die jullie gebruiken?
- Welke inzichten zouden jullie willen hebben maar kunnen jullie niet genereren? Is dat een beperking van de data?
    - Zou er een oplossing voor dit probleem kunnen zijn?
- Welke andere problemen zien jullie?
    - Op het gebied van capaciteit bijv?
    - Onwetendheid van andere professionals?
        - Zou een opleiding hierin kunnen bijdragen?

Sceptische bril

- Waar slaan we in dit gebied in door?
- Welke blinde vlekken zie je?
- Wat zijn de limitaties van data-ondersteund werken in het sociale/gezondheidsdomein?
- Wat meten we niet en wordt daarom wellicht onderbelicht?
    - Indicatoren die we niet kunnen meten maar veel impact hebben op gezondheidszorg, inrichting van de zorg etc
- Wat zijn de pijnpunten en grote gebreken volgens jou?

Afsluiting

- Vragen naar relevante documenten / publicaties
    - Wat gedeeld mag worden is interessant voor PHDNL (en ook etalage)
- Nog een keer vragen naar andere voor/achterlopers
- Dank + afsluiting

Bijlage 4
Namen van de mensen die geïnterviewd zijn

Anna Kersten	Docent Public Health, Julius Centrum, UMC Utrecht
Anne-Claire Joon	Data Scientist i.o. bij Fundis Holding
Arnout van Stokkom	Senior Projectmanager bij Huisartsen Oostelijk Zuid Limburg
Bart Smit	Bestuurder Huisartsen Organisatie HOOG
Denise Seelen	Strategisch Adviseur bij Raedelijn
Eric Hiddink	Innovatiemanager bij Health Base
Eva van Velzen	Manager Healthy Society bij Hartstichting
Guy Nicolaes	Senior Zorginkoper Gehandicaptenzorg bij CZ
Jeroen Struijs	Associate Professor bij Leiden UMC - Campus Den Haag & Senior Researcher bij RIVM
Maarten Thönissen	Adviseur/innovator bij Arrangementenmonitor onderdeel van SoFi-e verbindt
Mariëlle Jambroes	Afdelingshoofd Public Health, Associate Professor en Manager Onderwijs Divisie Julius Centrum bij UMC Utrecht
Mark Callaars	Informatiemanager | Projectmanager Zorg & Gezondheid bij Raedelijn
Mark van Oirschot	Adviseur bij Robuust | Eigenaar bij Promiz
Michiel Heidenrijk	Executive Director Ahti en Joep Lange Institute
Niek van Oijen	Zorginkoper Verpleging en Verzorging Wlz bij CZ
Peter Paul Essers	Senior Consultant bij Opera Consultancy & Implementatie
Simone Bremer-Dijkhuis	Adviseur Data & Informatiemanagement bij Stichting ZONH
Yvonne Jansen	Programmamanager bij Robuust

Bijlage 5
Succesvolle initiatieven waaraan de geïnterviewden bijdragen

Amsterdam health & technology institute
Het Amsterdam health & technology institute (ahti) is gekickstart door de gemeente Amsterdam om een impuls te geven aan innovaties in de zorg- en gezondheidsmarkt. Ahti heeft als missie om de gezondheid en de gezondheidszorg in steden te bevorderen door mensen, technologie en medische kennis met elkaar te verbinden op het gebied van innovatie en ondernemerschap. Dit doen zij door data om te zetten in bruikbare inzichten om complexe problemen te verduidelijken.

Arrangementenmonitor
De arrangementenmonitor is ontwikkeld door Maarten Thönissen in samenwerking met een 25-tal gemeenten en Coöperatie VGZ. Het is een integrale monitor waarin gegevens met betrekking tot zorg en ondersteuning van gemeenten en andere organisaties op wijkniveau geanalyseerd en gepresenteerd worden. De monitor wordt ondermeer gebruikt voor de monitoring van de samenwerking en ingezette interventies, zoals Blauwe Zorg Maastricht.

Blauwe Zorg Maastricht
Blauwe Zorg Maastricht is gestart als een van de negen proeftuinen van VWS om zorg in de wijk te optimaliseren. Blauwe Zorg Maastricht is een beweging en een gedachtegoed waarin de focus ligt op duurzaamheid binnen de gezondheidszorg. De beweging is gericht op het realiseren van betere zorg tegen lagere kosten.

D3, Data Dialoog Doen
D3, Data Dialoog Doen (voorheen CBB) is een kenniscentrum met expertise. D3 verzorgt informatiemanagement voor de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). D3 biedt inzicht in de zorg en gezondheid door de mogelijkheden van data optimaal te benutten.

Gedeelde Zorg
Gedeelde Zorg is een regiobreed programma van zorgaanbieders in Midden-Holland. Gedeelde Zorg is gericht op innovatie en integratie van zorg en welzijn. Hierbij is de verbinding tussen zorg en sociaal domein en 1e en 2e lijn cruciaal.

Gezond en Gelukkig Den Haag
Gezond en Gelukkig Den Haag (GGDH) is een regionaal netwerk van de gemeente Den Haag, Stichting Transmurale Zorg Den Haag, LUMC Campus Den Haag, burgerinitiatieven, kennisinstituten, CZ en Menzis. Het gezamenlijke doel is om gezondheidsverschillen in Den Haag te verkleinen zodat elke inwoner van Den Haag zich zo gezond en gelukkig mogelijk kan voelen.

Gezond Veluwe
Gezond Veluwe is een netwerkorganisatie in de regio Noordwest-Veluwe. Er wordt domeinoverstijgend samengewerkt door zorg -en welzijnsaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars aan thema's die belangrijk zijn voor de regio Noordwest-Veluwe en Zeewolde. Door middel van diverse projecten door en met professionals proberen zij de beste regionale zorg, meer gezondheid en goede ondersteuning te bieden.

Gezonde zorg Gezonde regio

Gezonde zorg Gezonde regio (GzGr) maakt gebruik van data en technologie om patiënten beter te adviseren, zorgverleners te ontlasten én ondoelmatige zorg op te sporen en op te lossen. Dit voor zorgverleners die anders willen werken, zonder dat zij daarvoor éxtra moeten investeren. Dit doet GzGr door slimme inzet van data, om zo advies op maat te geven aan patiënten.

Huisartsen Organisatie Oost-Gelderland: patient journey

Huisartsen Organisatie Oost-Gelderland (HOOG) is een organisatie van en voor samenwerkende huisartsen in verschillende regio's in Oost-Gelderland. Bij HOOG staat de patient journey centraal. Bijvoorbeeld de patient journey van een kwetsbare oudere patiënt. Men kijkt waar iemand allemaal terecht komt en of er een voorspellende waarde is.

Kerncoalitie Mijnstreek

Kerncoalitie Mijnstreek is een samenwerkingsverband van zorg- en welzijnspartijen en gemeenten in Zuid-Limburg. De Kerncoalitie is gericht op nieuwe, integrale samenwerking ter verbetering van gezondheid, kwaliteit, betaalbaarheid van zorg en het vergroten van werkplezier van professionals.

Project PlusPraktijken

Project PlusPraktijken is een project van zorggroep MijnZorg. Vijftien huisartsenpraktijken werken samen binnen PlusPraktijken. Het doel is om te experimenteren met nieuwe werkwijzen en van elkaar te leren door het uitwisselen van ervaringen en inzicht.

Raedelijn: Acute Zorg Monitor

In samenwerking met Traumazorgnetwerk Midden-Nederland/ZCC en Vektis heeft Raedelijn gewerkt aan de Acute Zorg Monitor. Dit is een monitorings- en sturingsinstrument om de patiëntstromen van ouderen in de acute zorg in Midden-Nederland beter te coördineren.

Van Wijkdata naar Wijkdoen

Het doel van 'van Wijkdata naar Wijkdoen' is om de samenwerking tussen professionals in de eerste lijn, het sociale domein en de gemeente in Utrechtse wijken te bevorderen. Professionals en burgers gaan met elkaar in gesprek over het verbeteren van zorgverlening en samenwerking. Deze gesprekken worden gevoerd aan de hand van vooraf gemaakte regiobeelden.

Zeeuwse Zorg Coalitie

De Zeeuwse Zorg Coalitie werkt aan toegankelijke zorg, zodat iedereen die dat nodig heeft de best passende zorg krijgt: op tijd, op de juiste plaats en door de juiste mensen. Een factbased, datagedreven regionale aanpak, met als uitgangspunt een Zeeuws-brede, tripartite samenwerking tussen zorgaanbieders, -financiers en inwoners. Op basis van het regiobeeld zijn geprioriteerde thema's vastgesteld en wordt er gewerkt aan innovatieve oplossingen om de dreigende zorgkloof te dichten.

Zoetermeer 2025

Om de zorg en welzijn in Zoetermeer op peil te houden, hebben zorgaanbieders, gemeente Zoetermeer en zorgverzekeraars Menzis en CZ Zoetermeer 2025 opgesteld. Het doel is om zorg en welzijn te verbeteren, dicht bij huis te organiseren en voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden.

9. Afkortingenlijst

Ahti	Amsterdam health & technology institute
AJSPH	Aletta Jacobs School of Public Health
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
AZNN	Acute Zorgnetwerk Noord Nederland
BSN	Burgerservicenummer
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGDH	Gezond en Gelukkig Den Haag
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GzGr	Gezonde zorg Gezonde regio
HNA	Health Needs Assessment
HOOG	Huisartsen Organisatie Oost-Gelderland
HSPA	Health System Performance Assessment
JSNA	Joint Strategic Needs Assessment
JZOJP	Juiste Zorg op de Juiste Plek
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PHDNL	Population Health Data NL
POH	PraktijkOndersteuner Huisarts
PRIMOS	Prognose, Informatie en Monitoring Systeem
RIVM	Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur (eerstelijns zorg)
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport
Wlz	Wet langdurige zorg
ZIN	Zorginstituut Nederland

10. Colofon

Team

De uitvoering van het project is in handen van PHDNL (Population Health Data NL). PHDNL biedt een publieke infrastructuur, die zorg- en gezondheidsdata op een uniforme manier ontsluit en toegankelijk maakt voor iedereen.

De mensen die namens PHDNL aan dit rapport hebben gewerkt zijn:

Naam	**Organisatie**	**Functie / rol binnen project**
Elmine Wijnia	PHDNL / Storymines	Communicatieadviseur
Feline Faber	Rijksuniversiteit Groningen	Student-assistent
Jochen Mierau	RUG/AJSPH/PHDNL	Adviseur
Maarten den Braber	PHDNL / Health KIC	Adviseur
Mariëlle Gebben	PHDNL / Aletta Advies	Advies en redactie
Marit Slootweg	Rijksuniversiteit Groningen	Student-assistent
Mark Callaars	PHDNL / D3 & Raedelijn	Adviseur
Mirjam Hoeksema	Rijksuniversiteit Groningen	Student-assistent
Noortje de Haan	PHDNL / Bits of Care	Projectleider
Raun van Ooijen	RUG / UMCG	Wetenschappelijk adviseur