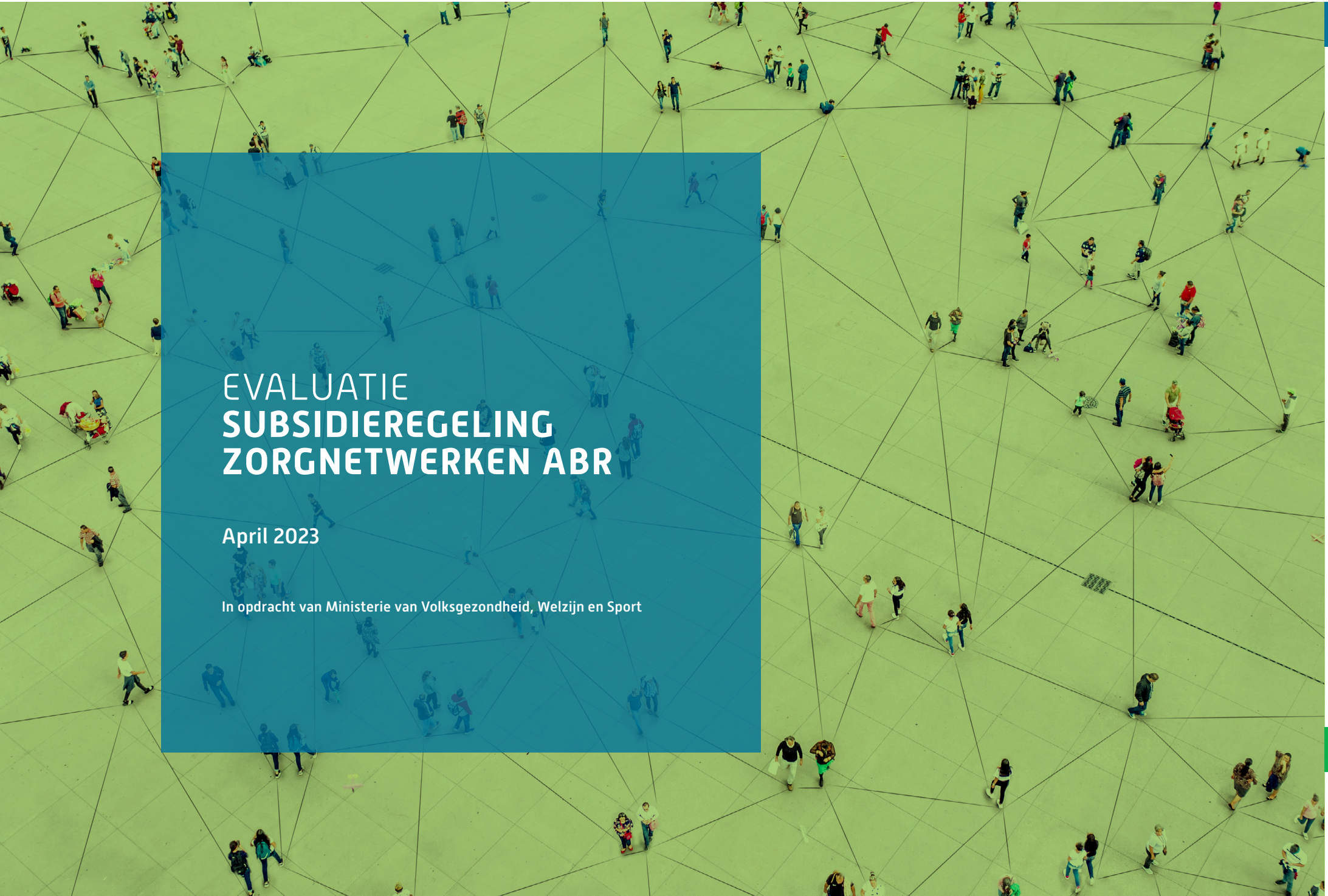
ZORGMARKTEN
Consultancy en interim-management



EVALUATIE
SUBSIDIEREGELING ZORGNETWERKEN ABR

April 2023

In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1
INLEIDING

2
CONTEXT

3
BEVINDINGEN
Wat gaat er goed?

4
BEVINDINGEN
Wat kan er beter?

5
CONCLUSIES

1 INLEIDING

Opdracht

In maart 2023 gaf de Directie Curatieve Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan Zorgmarkten de opdracht om de Beleidsregel subsidiëring regionale zorgnetwerken ABR 2021-2023 te evalueren. De evaluatie moet een antwoord geven op vier hoofdvragen en een aantal deelvragen. De hoofdvragen betreffen nut en noodzaak van de beleidsregel, de doelmatigheid, de effectiviteit van de beleidsregel en het uitvoeringsproces. In deze rapportage beantwoorden wij de vragen.

Evaluatievragen uit opdracht VWS

Nut en noodzaak

- Welk probleem beoogde de Beleidsregel op te lossen, wat was de aanleiding voor de Beleidsregel?
- Speelt dit probleem nog?
- Indien de Beleidsregel nog bestaansrecht heeft, kan de Beleidsregel ongewijzigd worden voortgezet of zijn er redenen om deze aan te scherpen?

Doelmatigheid

- Is de Beleidsregel doelmatig?
- Zo nee, op welke punten behoeft de regeling dan aanpassing?
- Zijn de voorwaarden die in de Beleidsregel worden gesteld voldoende scherp geformuleerd of moeten deze verder worden aangescherpt? Zo ja, welke aanscherpingen zijn er nodig?
- Komen de juiste kosten voor vergoeding in aanmerking of moeten deze worden uitgebreid of ingeperkt? Zijn de kosten die voor vergoeding in aanmerking komen voldoende helder gedefinieerd en afgebakend?

Effectiviteit

- Wat is de effectiviteit van de regeling over de afgelopen jaren geweest?
- Hoe kan de effectiviteit van de regeling worden verbeterd?

Uitvoering

- Wordt de juiste informatie bij de subsidieaanvraag uitgevraagd en is dit voldoende helder gedefinieerd en afgebakend?

Aanpak

Ons onderzoek is kwalitatief van aard. Dit heeft te maken met de aard van de te beantwoorden vragen en met de doorlooptijd van het onderzoek. Het uiteindelijke doel van het beleid – het voorkomen en bestrijden van antibiotica-resistentie (ABR) en het bevorderen van infectiepreventie in Nederland – wordt door veel meer factoren beïnvloed dan enkel de activiteiten die met de beleidsregel worden bekostigd. Dit maakt een kwantitatief onderzoek heel moeilijk.

In maart en april spraken wij van vier willekeurig gekozen zorgnetwerken vertegenwoordigers uit verschillende geledingen: een stuurgroep-voorzitter, een voorzitter van het regionaal coördinatieteam en meerdere netwerkcoördinatoren. Alle gesprekspartners gaven aan dat zij hun verhaal mede baseerden op bevindingen die zij bij de collega-netwerken hadden opgehaald. Daarnaast spraken wij met de landelijk coördinator ABR en het hoofd van het bureau van LNAZ en twee medewerkers van RIVM die direct betrokken zijn bij de uitvoering van de subsidieregeling. Ook spraken wij met de betrokken beleidsmedewerkers van VWS.

Op basis van deze interviews en aanvullende deskresearch stelden wij dit rapport op.

Leeswijzer

Het evalueren van – kort gezegd – nut, noodzaak en doelmatigheid van een beleidsregel kan niet zonder de context in ogenschouw te nemen. Welke omstandigheden maken dat er specifiek beleid nodig is? En wat is het nut van een regionale organisatie? Deze context schetsen wij kort in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 en 4 bespreken wij de bevindingen, eerst wat er goed gaat, daarna wat beter zou kunnen. Wij realiseren ons dat in deze twee hoofdstukken ook bevindingen en aanbevelingen staan die strikt genomen geen antwoord zijn op de onderzoeksvragen. Wij besloten ze toch op te nemen, omdat wij denken dat ze kunnen helpen het toekomstig functioneren van de netwerken te verbeteren.

Onze conclusies en de antwoorden op de onderzoeksvragen staan in hoofdstuk 5.

2 CONTEXT

Historie

Met een kamerbrief van 2015 kondigde de minister van VWS een nationale aanpak voor de bestrijding van ABR aan. De aanpak was en is gebaseerd op het One Health principe, een integrale aanpak met maatregelen in alle relevante domeinen, waaronder gezondheidszorg, het veterinaire domein, het milieubeleid en internationale samenwerking. Onderdeel van deze aanpak op landelijk niveau was het opzetten van regionale samenwerkingsnetwerken en activiteiten op het gebied van monitoring en van surveillance (het opsporen en monitoren van het vóórkomen van resistente bacteriën). In mei 2017 zijn tien regionale zorgnetwerken ABR van start gegaan op basis van een subsidie voor twee jaar. De aandacht ging in deze periode vooral uit naar de inrichting van de netwerken en het samenbrengen van alle betrokken partijen in de afzonderlijke regio's. De subsidieregeling is daarna meerdere keren verlengd. De nu geldende regeling loopt tot en met eind 2023. De evaluatie van de nu geldende regeling is een stap in de besluitvorming over de bekostiging van de zorgnetwerken vanaf 2024. Onderzocht wordt nog hoe zorgnetwerken in de toekomst structureel bekostigd kunnen worden.[1]
Mede door de beleidsagenda pandemische paraatheid[2], is een nieuw accent in het beleid de verschuiving van ABR naar AMR ofwel antimicrobiële resistentie, die ook anti-virale, anti-fungale en anti-parasitaire resistentie omvat.

De regeling nu

De nu geldende beleidsregel bepaalt net als de voorafgaande regelingen dat de minister van VWS subsidie kan verstrekken aan de 'penvoerders' van regionale zorgnetwerken. De tien penvoerders zijn de acht universitair medische centra en de topklinische ziekenhuizen Amphia en Isala.

[1] Tweede Kamer, 2020-2021, 32620 nr. 267
[2] Tweede Kamer, 2021-2022, 25295 nr. 1836

Definitie zorgnetwerk

Een zorgnetwerk bestaande uit zorginstellingen, zorgorganisaties, zorgprofessionals en zorgverleners die (geneeskundige) zorg verlenen binnen de openbare gezondheidszorg, cure en care (zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, gehandicaptenzorginstellingen, GGD'en, revalidatieklinieken, apothekers, huisartsen, wijkverpleegkundigen) en de (koepel)organisaties in de regio die instellingen of professionals vertegenwoordigen of andere partijen met een aantoonbare verantwoordelijkheid op het gebied van ABR en infectiepreventie ten aanzien van de zorg, met uitzondering van zorg ten aanzien van dieren, voedsel en milieu.

Per netwerk kon voor de oorspronkelijke looptijd van de huidige regeling (1 mei 2021 tot 1 mei 2023) een maximale subsidie worden verleend van € 1.720.000 waarvan € 200.000 voor 'materiele kosten'. Met de verlenging tot 1 januari 2024 zijn deze bedragen naar evenredigheid verhoogd naar respectievelijk € 2.293.333 en € 266.667.

De subsidie kan worden verstrekt voor in de regeling opgesomde activiteiten die bijdragen aan het voorkomen, signaleren en bestrijden van ABR, waarbinnen vijf thema's zijn te herkennen: coördinatie, surveillance, infectiepreventie, kennisbevordering en juist gebruik van antibiotica.

Het RIVM beoordeelt of projectvoorstellen inhoudelijk voldoen aan de voorwaarden van de regeling en elk netwerk doet over de voortgang van de projecten waarvoor de subsidie is verleend, twee keer per jaar verslag aan het RIVM.

Achtergrond

De WHO heeft antimicrobiële resistentie als een van de belangrijkste grensoverschreidende gezondheidsbedreigingen betiteld, en spreekt ook wel van *the silent pandemic*. Het aantal sterfgevallen dat wereldwijd aan ABR is toe te schrijven, is volgens een studie in *The Lancet* groter dan de sterfte aan HIV en malaria samen. Duidelijk is dat het gaat om een niet te onderschatten probleem.

Er zijn veel verschillende factoren die invloed hebben op het ontstaan van ABR. Individuele maatregelen om ABR te verminderen en te voorkómen zijn hierdoor moeilijk met uitkomsten in verband te brengen. Dit nodigt individuele actoren niet uit om zelf maatregelen te treffen: zij moeten extra moeite doen voor iets waarvan ze waarschijnlijk geen direct effect zullen zien. Een 'multifactor probleem' is ook niet goed door enkel individuele actoren op te lossen. Het vraagt om coördinatie en afstemming. Dit kan niet worden overgelaten aan de markt.

Zowel de opbrengsten (een terugdringing van ABR) als de kosten van alle maatregelen zijn niet toe te rekenen aan individuele zorgaanbieder, zorggebruikers of burgers.
Het ontstaan van ABR is ook een *domeinoverstijgend* probleem. De actoren worden bekostigd volgens verschillende wettelijke kaders. Eerste en tweedelijns geneeskundige gezondheidszorg en verpleging en verzorging thuis uit de Zvw, zorg voor ouderen, verstandelijk beperkten en andere groepen die langdurige zorg nodig hebben uit de Wlz en publieke gezondheid via de GGD's door de gemeenten.

3
BEVINDINGEN
WAT GAAT ER GOED?

Uit onze gesprekken met vertegenwoordigers van de netwerken maken wij op dat er veel goed gaat in de aanpak die de subsidieregeling voorstaat. Wij vatten dit hieronder bij de letters A tot en met H samen.

A. Breed draagvlak voor regionale aanpak

We constateren dat de regionale aanpak brede steun heeft. Een regionale aanpak is logisch: resistente bacteriën verplaatsen zich via mensen en mensen verplaatsen zich doorgaans (tussen zorgaanbieders) binnen een regio. Bovendien zijn ook specifieke risicofactoren voor ABR vaak regionaal. De ene regio heeft intensieve veehouderij, de andere relatief veel ouderen en chronisch zieken, of relatief veel reizigers of (arbeids)migranten. Elke regio heeft een ander risicoprofiel voor ABR.

Een regionale aanpak heeft ook praktische voordelen. Regionale partijen kennen elkaar al en spreken elkaar al over andere onderwerpen.
De huidige omvang van de regio is nodig om effectief te zijn in de aanpak en tegelijk het maximum om alle actoren voldoende betrokken te houden. Een zorgnetwerk kan al honderden actoren omvatten, en bestrijkt meerdere GGD-regio's, tientallen gemeenten, minimaal vijf ziekenhuizen, tientallen behandelcentra zoals ZBC's en revalidatiecentra, tientallen verpleeg- en verzorgingshuizen, tientallen instellingen voor gehandicaptenzorg, tientallen thuiszorgorganisaties en honderden apotheken en aanbieders van huisartsenzorg. Ook zijn er vaak meerdere medisch microbiologische laboratoria per regio. Kortom: de regeling is nu gebaseerd op een effectieve schaalgrootte.

B. Regionale structuur staat stevig

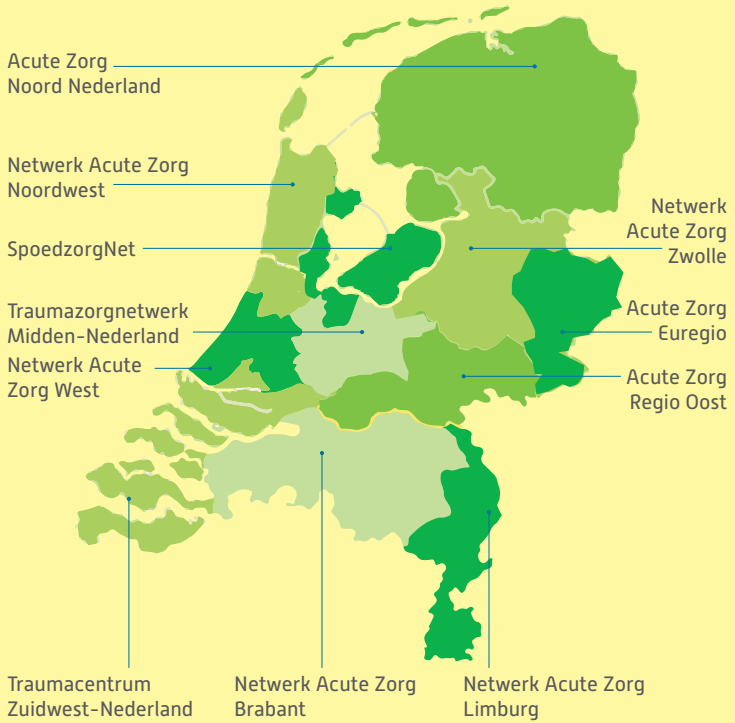
We constateren dat de regionale structuur stevig staat. Elke regio heeft een stuurgroep met bestuurders van verschillende zorginstellingen, een Regionaal Coördinatieteam (RCT) met inhoudsdeskundigen en een regionaal coördinator. De regeling stelt dit als voorwaarde, maar we constateren dat deze organen daadwerkelijk een positief effect hebben op het functioneren van het zorgnetwerk.

De huidige indeling van de regio's wordt door de betrokkenen als goed ervaren. Officieel zijn er tien regio's die grotendeels overeenkomen met de ROAZ-regio's. De ROAZ-regio's en de zorgnetwerken ABR zijn hieronder weergegeven. In hoofdstuk 4 doen wij nog twee aanbevelingen die samenhangen met de regio-indeling. De zorgnetwerken ABR Noord-Holland-West en Noord-Holland-Oost/Flevoland werken intensief samen en hebben één stuurgroep, één netwerkcoördinator en één RCT. Dit zorgnetwerk werkt onder de naam zorgnetwerk ABR Noord-Holland/Flevoland. Effectief is er dus sprake van negen regio's.
Naast deze onofficiële samenvoeging zijn er nog twee verschillen met de ROAZ-regio's:

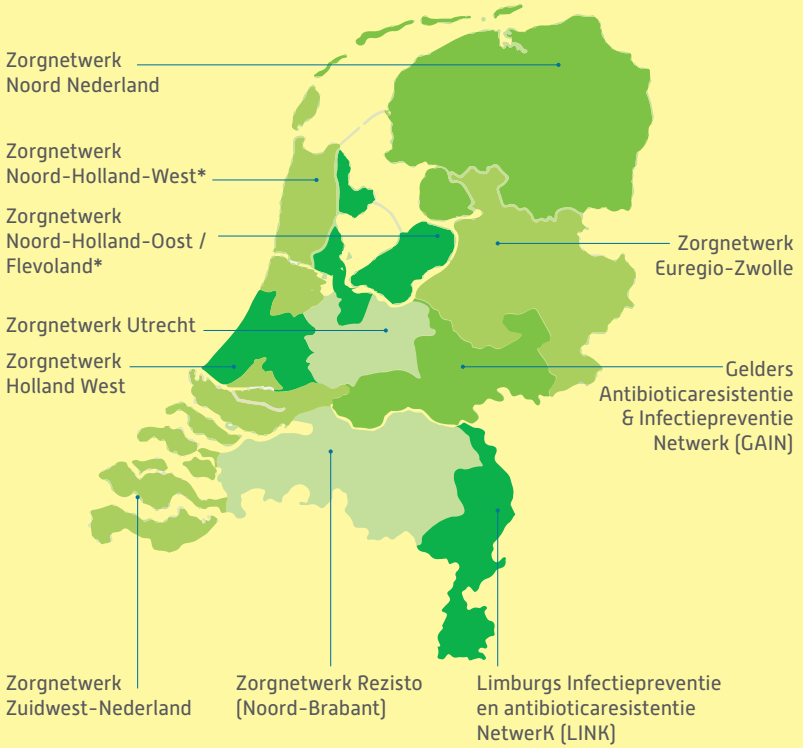
- De ROAZ-regio's Zwolle en Euregio vormen één zorgnetwerk ABR (Euregio-Zwolle).
- De ROAZ-regio Netwerk Acute Zorg Brabant heeft een andere penvoerder dan het zorgnetwerk ABR Rezisto (Noord-Brabant). Voor de ROAZ is dit het Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis en voor het zorgnetwerk het Amphia Ziekenhuis.

Wij zien geen aanleiding deze regionale aanpak op korte termijn aan te passen. Er is geen discussie over het penvoerderschap of over de werkwijze van de penvoerders. De penvoerders weten hoe om te gaan met gealloceerde geldstromen.

ROAZ regio's



Zorgnetwerken ABR



*Werken intensief samen onder naam Zorgnetwerk Noord-Holland / Flevoland

C. Aanpak bevordert gelijkgerichtheid

We constateren dat de zorgnetwerken ABR enorm actief zijn binnen de regio en elk een groot aantal projecten hebben lopen, zeker zo'n 50 projecten per netwerk. Deze activiteiten verbinden de partijen in de curatieve zorg, langdurige zorg en de publieke gezondheid. De activiteiten dragen bij aan de gelijkgerichtheid in de regio en dat is ook nodig want alleen samen kan ABR bestreden worden.
In toenemende mate worden ook regio-overstijgende projecten uitgevoerd. Zo zijn er inmiddels zeven landelijke projecten:

- Infectiepreventie als onderwerp in zorgopleidingen
- Transmurale werkafspraken
- Uniforme cliëntenvoorlichting over BRMO
- Verbeteren ICT registratie van antibiotica allergie
- 'Ontlabelen' antibiotica allergieën in het huisartsendossier
- Infectiepreventie-week 2023
- World Antimicrobial Awareness Week 2023

Wij zien dit als een zeer positieve ontwikkeling die de impact vergroot.

D. Samenwerking in volwassen stadium

De vele activiteiten die door de zorgnetwerken worden ontplooid bevorderen de noodzakelijke samenwerking tussen actoren bij het voorkomen en bestrijden van ABR. Zonder de netwerken zou deze samenwerking nooit tot stand zijn gekomen. De impact van de samenwerking op het voorkomen en bestrijden van ABR wordt niet gemeten en kan ook moeilijk worden gekwantificeerd, maar vast staat wel dat voorkomen en bestrijden van ABR alleen effectief kan zijn bij een samenwerking tussen alle relevante actoren. Het zorgnetwerk is de basis voor deze samenwerking.
De zorgnetwerken zijn duidelijk in een volwassen stadium terecht gekomen. Actoren zijn in beeld, de structuur staat en er worden veel activiteiten ontplooid. Elke regio heeft een risicoprofiel opgesteld en inmiddels ook al eens geüpdatet. Maar misschien nog wel belangrijker: de zorgnetwerken zelf worden gevonden. In veel regio's heeft de structuur van de zorgnetwerken bijvoorbeeld een belangrijke rol gespeeld in de communicatie over infectiepreventie tijdens de covid-19 pandemie.

E. Bewustzijn van problematiek toegenomen

De zorgnetwerken dragen bij aan het bewustzijn van de risico's van ABR. De zorgnetwerken weten de actoren binnen de regio steeds beter te bereiken en veel activiteiten zijn gericht op het bevorderen van het bewustzijn. Belangrijk is ook het risicoprofiel dat elke regio opstelt. Daarin wordt periodiek een regionaal beeld geschetst van de factoren die van invloed zijn op het voorkomen en bestrijden van ABR. Dit risicoprofiel laat zien waar de zwaartepunten zouden moeten liggen in de regionale aanpak. Als het gaat om het vergroten van bewustzijn, benadrukken de zorgnetwerken dat de activiteiten steeds moeten worden herhaald. Zonder de zorgnetwerken zou de aandacht voor infectiepreventie verslappen. De afzonderlijke actoren in de regio hebben zelf niet de kennis en capaciteit om dit bewustzijn instellingoverstijgend te bevorderen.

F. Rol RIVM wordt gewaardeerd

Vanaf mei 2019 treedt het RIVM op als gemandateerd subsidievertrekker. Dit is een logische keus, aangezien het RIVM de Landelijke Coördinatie Infectieziekte-bestrijding (LCI) als één van haar taken heeft.
Voor de zorgnetwerken ABR betekent dit concreet dat het RIVM de subsidieaanvragen beoordeelt, inclusief de onderliggende projectvoorstellen en begrotingen. Ook beoordeelt het RIVM de voorgangsverslagen en vinden er twee keer per jaar voortgangsgesprekken plaats tussen het RIVM en de afzonderlijke zorgnetwerken. Het RIVM rapporteert hierover in samenvattende vorm aan het ministerie van VWS.

De zorgnetwerken zijn erg positief over de opbouwende en stimulerende rol die het RIVM inneemt ten aanzien van de zorgnetwerken. De inhoudelijke coördinatie en ondersteuning door het RIVM worden erg gewaardeerd. De zorgnetwerken geven aan geen belemmeringen te ervaren als het gaat om de inhoudelijke activiteiten.

G. Faciliterende rol landelijk coördinator

Het Landelijk Netwerk Acute Zorg ondersteunt de acute zorgnetwerken van de ROAZ-regio's. Het LNAZ huisvest ook de landelijk coördinator die door de zorgnetwerken ABR is aangesteld. De landelijk coördinator zorgt ervoor dat regio's met elkaar afstemmen via een maandelijks coördinatie-overleg met alle coördinatoren van de regio's en een maandelijks medewerkersoverleg tussen de uitvoerend beleidsmedewerkers van de zorgnetwerken. De landelijke coördinator is ook betrokken bij regio-overstijgende projecten. De overall coördinatie voorziet volgens de zorgnetwerken in een behoefte. Voor deze landelijke coördinatie ontvangt het LNAZ een subsidiebedrag van € 150.000 per jaar.[3] Ten aanzien van de rolverdeling tussen RIVM en LNAZ doen wij een aantal aanbevelingen (zie paragraaf P).

H. Beleidskaders geven voldoende ruimte, ook budgettair

De beleidskaders van de subsidieregeling geven volgens de zorgnetwerken voldoende ruimte om activiteiten te ontplooien.

De hoogte van de subsidie per zorgnetwerk is bepaald op basis van berekeningen uit het 'Advies Bekostiging Zorgnetwerken Antibioticatieresistentie'4. Dit rapport adviseerde over een mogelijke bekostiging en berekende de kosten per netwerk op een bedrag van afgerond € 860.000 per jaar. Dit jaarbedrag is nog steeds de basis voor de subsidieverstrekking. De in het advies aangeraden overheveling van de bekostiging van de zogenoemde 'ingroeitaken en verantwoordelijkheden actoren' van de zorgnetwerken naar de reguliere (prestatie)bekostiging – in het advies ging het om € 150.000 van de € 860.000 – is in de beleidsregel 2021-2023 niet terug te vinden. De 'ingroeitaken en verantwoordelijkheden actoren' zijn activiteiten die eigenlijk onderdeel zouden moeten zijn van de gewone bedrijfsvoering van de actoren.

De meeste zorgnetwerken zagen in de afgelopen periode een onderuitputting van het budget. Volgens de netwerken komt dat grotendeels door de coronapandemie, waardoor bepaalde activiteiten niet uitgevoerd konden worden.

Er is tussen de regio's op dit moment geen discussie over de omvang van de subsidie of een andere verdeling van de middelen. De zorgnetwerken geven aan zorgvuldig om te willen gaan met deze publieke middelen die hen ter beschikking worden gesteld. Zij worden op een juiste besteding van de middelen ook beoordeeld door het RIVM.

[3] Dit bedrag ontvangt het Gelders Antibioticaresistentie & Infectiepreventie Netwerk (GAIN) als surplus op haar subsidie. GAIN verstrekt dit bedrag aan het LNAZ. De verantwoording van het LNAZ loopt mee in de verantwoording van GAIN. De anders regio's hebben geen bezwaar tegen deze constructie.

[4] Zorgmarkten, april 2018

4
BEVINDINGEN
WAT KAN ER BETER?

Naast de dingen die goed gaan, haalden wij ook zaken op die beter zouden kunnen. Wij vermelden ze hieronder bij de letters I tot en met S. Zoals wij hiervoor al aangaven zijn niet al deze punten even belangrijk voor beantwoording van de onderzoeksvragen, maar het zet de beantwoording van de onderzoeksvragen in een perspectief dat bruikbaar kan zijn voor de aanpak op lange termijn. Daarom hebben wij besloten deze bevindingen ter overweging aan de opdrachtgever te melden.

I. Bepaal een duidelijke koers

De zorgnetwerken waarderen als gezegd de aandacht van het ministerie voor de onderwerpen infectiepreventie en ABR. Volgens de netwerken zou het ministerie best meer sturend mogen zijn door bijvoorbeeld het formuleren van beleidsdoelstellingen of via concrete verzoeken aan de zorgnetwerken. In deze beleidsdoelstellingen zouden onderwerpen kunnen worden aangewezen waarop een verbetering behaald moet worden. Denk bijvoorbeeld aan een grotere betrokkenheid van huisartsen. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor 80% van de voorgeschreven antibiotica maar vormen een hele diverse, drukbezette populatie die volgens de zorgnetwerken moeilijk toegankelijk is. Een duidelijke opdracht aan alle betrokkenen kan volgens de zorgnetwerken helpen om 'binnen te komen'.

Verder zou VWS meer duidelijkheid moeten geven over de scope van de zorgnetwerken ABR. De zorgnetwerken werken grotendeels vanuit hun initiële opdracht: het voorkomen en bestrijden van ABR, terwijl in de officiële bericht-geving vanuit VWS de bestrijding van ABR al verbreed is naar antimicrobiële resistentie (AMR). In de kamerbrief over de zorgnetwerken[5] schrijft de minister: 'Zij hebben als doel om regionaal het ontstaan van AMR te voorkomen en verspreiding van multiresistente bacteriën tegen te gaan. De zorgnetwerken hebben zich de afgelopen jaren ontwikkeld tot multidisciplinaire en toegewijde netwerken.' Een aandachtspuntenbrief zou helpen om periodiek prioriteiten kenbaar te maken die van invloed kunnen zijn op de koers van de zorgnetwerken ABR.

Aanbeveling

1. Stuur jaarlijks een aandachtspuntenbrief aan de zorgnetwerken ABR met daarin (een update van) koers en prioriteiten van de minister.
2. Herijk de scope van de zorgnetwerken ABR en geef daarin expliciet duidelijkheid over de verbreding van ABR naar AMR.

J. Zorg voor eenduidige communicatie vanuit de overheid

Zorgnetwerken ervaren steun van de overheid als het gaat om de werkzaamheden die het netwerk uitvoert. De aandacht vanuit de overheid stimuleert om met bepaalde onderwerpen de slag te gaan. Als voorbeeld noemen ze de rapportages van IGJ met speciale aandacht voor ABR en infectiepreventie in onder andere de gehandicaptenzorg. Daarin werd duidelijk dat er meer aandacht zou moeten zijn voor infectiepreventie. Dergelijke signalementen helpen om dit onderwerp hoger op de agenda's te krijgen. Ook beleidsbrieven van de minister over bijvoorbeeld pandemische paraatheid helpen zorgnetwerken bij het creëren van draagvlak.

Wel constateren de netwerken dat meerdere directies van het ministerie betrokken zijn bij dit onderwerp en dat er hier soms verschillende boodschappen van uitgaan. Zo zijn alleen al binnen VWS minimaal drie directies met dit onderwerp bezig: publieke gezondheid, langdurige zorg en curatieve zorg. Deze directies hebben elk hun eigen beleid en eigen projecten en dit raakt regelmatig de onderwerpen waar de zorgnetwerken ABR mee bezig zijn. Als voorbeeld wordt het programma 'aanpak antibioticaresistentie in verpleeghuizen' genoemd, van de directie Langdurige zorg, dat een overlap vertoont met de taken van de netwerken.[6]

Aanbeveling

3. Zorg voor een duidelijke inbedding binnen VWS, maak duidelijk wie waarvoor 'in the lead' is en blijf als gezamenlijke directies van VWS (CZ, LZ en PG) ook voldoende betrokken bij de zorgnetwerken ABR.
4. Zorg voor meer gestroomlijnde communicatie vanuit VWS, voorkom dubbele boodschappen en versterk de boodschap door als directies gezamenlijk op te trekken.

[5] Tweede Kamer 2020-2021, 32620 nr. 267
[6] Kamerbrief 9-2-21: Van 2017 tot en met 2019 is via het programma "Aanpak antibioticaresistentie in verpleeghuizen" ingezet op gedragsverandering op het gebied van hygiënisch werken en bewustwording van de problematiek van ABR in de verpleeghuizen.

K. Zorg dat er landelijke doelen en ambities komen

We zien dat de zorgnetwerken de activiteiten kunnen ontplooien die passen bij het eigen risicoprofiel en dat was ook de opzet. Deze ruimte voor maatwerk wordt erg gewaardeerd. Tegelijk constateren we dat collectieve ambities en daarbij behorende landelijke doelen ontbreken. De huidige subsidieregeling is gericht op activiteiten, taken en verantwoordelijkheden. De eenduidigheid tussen zorgnetwerken is dan ook vooral terug te zien in de activiteiten die worden uitgevoerd. Maar in de nieuwe fase die aanbreekt past het ook om collectieve ambities en daarbij behorende doelen te formuleren. Een collectieve ambitie gaat over wat in 2027 bereikt moet zijn op een bepaald onderwerp. In gezamenlijke programmadoelen kunnen deze ambities concreet worden gemaakt.

Aanbeveling

5. Bevorder dat zorgnetwerken voor de periode 2024-2027 collectieve ambities en daarbij behorende programmadoelen formuleren.

L. Meer aandacht voor kennisinfrastructuur

De zorgnetwerken hebben de opstartfase achter de rug. Dit betekent dat een nieuwe fase aanbreekt, waarin de ontwikkelde kennis ook geïmplementeerd en geborgd moet worden. Op dit moment is er geen gezamenlijke publiek toegankelijke kennisinfrastructuur. Zo is er bijvoorbeeld geen openbare kennisbank en zijn er geen kaders voor het delen en publiceren van resultaten. Ook is er geen geüniformeerde werkwijze om ontwikkelde producten te implementeren en te borgen. Gezien de veelheid van de projecten is dit wel aan te bevelen, omdat het risico anders groot is dat resultaten ‘op de plank’ blijven liggen.

Aanbeveling

6. Ontwerp een landelijke kennisinfrastructuur over infectiepreventie en antimicrobiële resistentie, zorg voor een publiek toegankelijke landelijke kennisbank en uniformeer implementatie van resultaten.

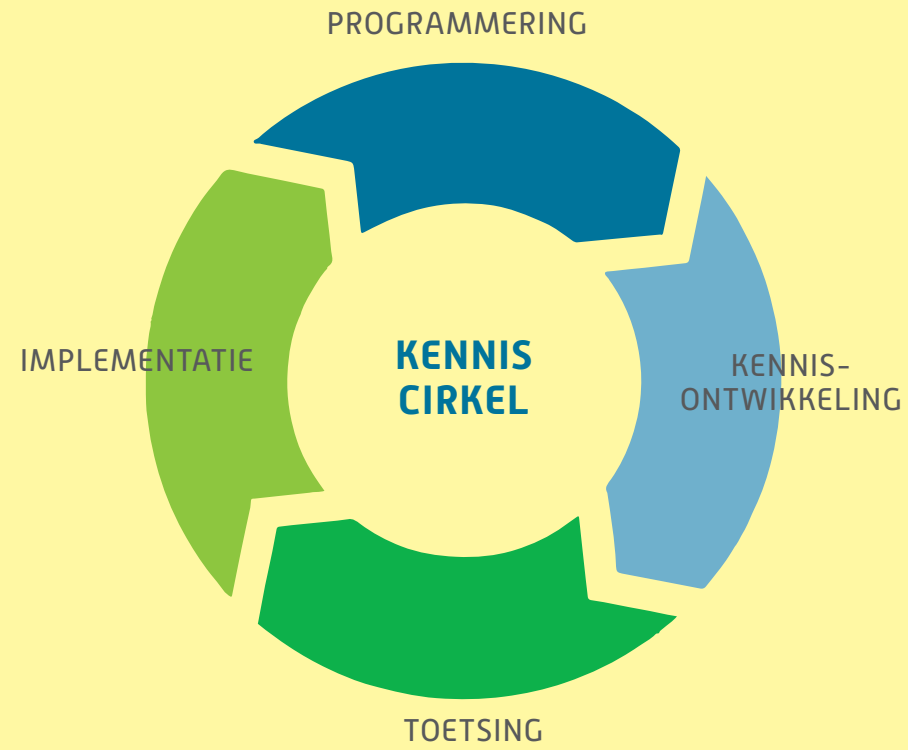
M. Lerend vermogen versterken

De resistente micro-organismen waar de zorgnetwerken zich mee bezig houden, passen zich continue aan. Dit vraagt van de netwerken een vergelijkbare vaardigheid: snel kunnen aanpassen aan veranderende omstandigheden. De netwerken zouden in een cyclisch proces meer bewust kunnen inspelen op die steeds veranderende omstandigheden.
Een middel hiervoor is het werken in een iteratief proces, volgens een kenniscirkel, met de volgende stappen.

- Programmering: onderwerpen agenderen en projecten plannen
- Kennisontwikkeling: projecten uitvoeren en de uitkomst vertalen naar de zorgpraktijk
- Toetsing: resultaten testen in de zorgpraktijk en verbeteringen aanbrengen.
- Implementatie: resultaten implementeren en overdragen aan het veld, zodat ze een structureel karakter krijgen. Waar nodig leidt dit tot nieuwe programmering. Door deze werkwijze kan worden gezorgd dat de resultaten steeds blijven aansluiten bij wat in de praktijk nodig is.

Aanbeveling

7. Benader projecten en andere activiteiten van de zorgnetwerken meer vanuit een kenniscirkel en zorg dat de aandacht wordt verdeeld over de verschillende onderdelen van de cirkel.



N. Meer aandacht voor effectmeting

De beleidsregel schrijft voor dat de regionale zorgnetwerken ABR en het RIVM zich gezamenlijk oriënteren op het ontwikkelen van indicatoren die de impact van de activiteiten van de regionale zorgnetwerken ABR in kaart kunnen brengen op het gebied van:

a. kwaliteit en reikwijdte van het regionale zorgnetwerk ABR;
b. resultaat van de inhoudelijke taken, zoals surveillance, infectiepreventie, voorkomen van verspreiding van ABR en juist gebruik van antibiotica.

Er zijn eerste stappen gezet om tot een aantal indicatoren te komen. Maar de aandacht hiervoor zal in een volgende subsidieperiode vergroot moeten worden. Het zou goed zijn om deze indicatoren te koppelen aan de ambities van de zorgnetwerken ABR. Zo zal de focus meer komen te liggen op het versterken van de effecten in plaats van op het intensiveren van de activiteiten. De activiteiten en projecten moeten immers een middel zijn om effect te genereren en zijn geen doel op zichzelf.

Aanbeveling

8. Intensiveer de ontwikkeling van indicatoren die het effect van de zorgnetwerken ABR meten.
9. Verzoek het RIVM deze indicatoren te monitoren en hierover te rapporteren.

O. Verleg het zwaartepunt van de verantwoording

Nu de zorgnetwerken in een nieuwe fase terecht zijn gekomen, past daar ook een accentverschuiving bij vanuit het RIVM. Op dit moment beoordeelt het RIVM vooral 'aan de voorkant'. Zo worden projectplannen en begrotingen deskundig beoordeeld en zijn er voortgangsoverleggen over de verschillende activiteiten. Wij denken dat de focus in deze gesprekken meer zou kunnen liggen op de verantwoording en het behalen van projectoverstijgende doelen en regionale ambities. Oftewel: minder detailsturing vooraf en meer gesprekken over de effecten van de activiteiten en de ambities van de zorgnetwerken. Het RIVM zou in de nieuwe situatie meer een oordeel moeten vormen over het meerjarenplan en de jaarplannen en minder over de afzonderlijke projectplannen. Een bijkomend voordeel is dat dit de halfjaarlijkse 'rapportagelast' die de netwerken ervaren, zal verlichten. Een deel van de rapportagelast hing overigens ook samen met de snel opeenvolgende wijzigingen van de looptijd van de beleidsregel (2 jaar, 2 jaar, 8 maanden).

Voor de periode 2024-2027 zouden in ons voorstel de volgende documenten worden opgeleverd door de zorgnetwerken. Dit is deels al bestaande praktijk.

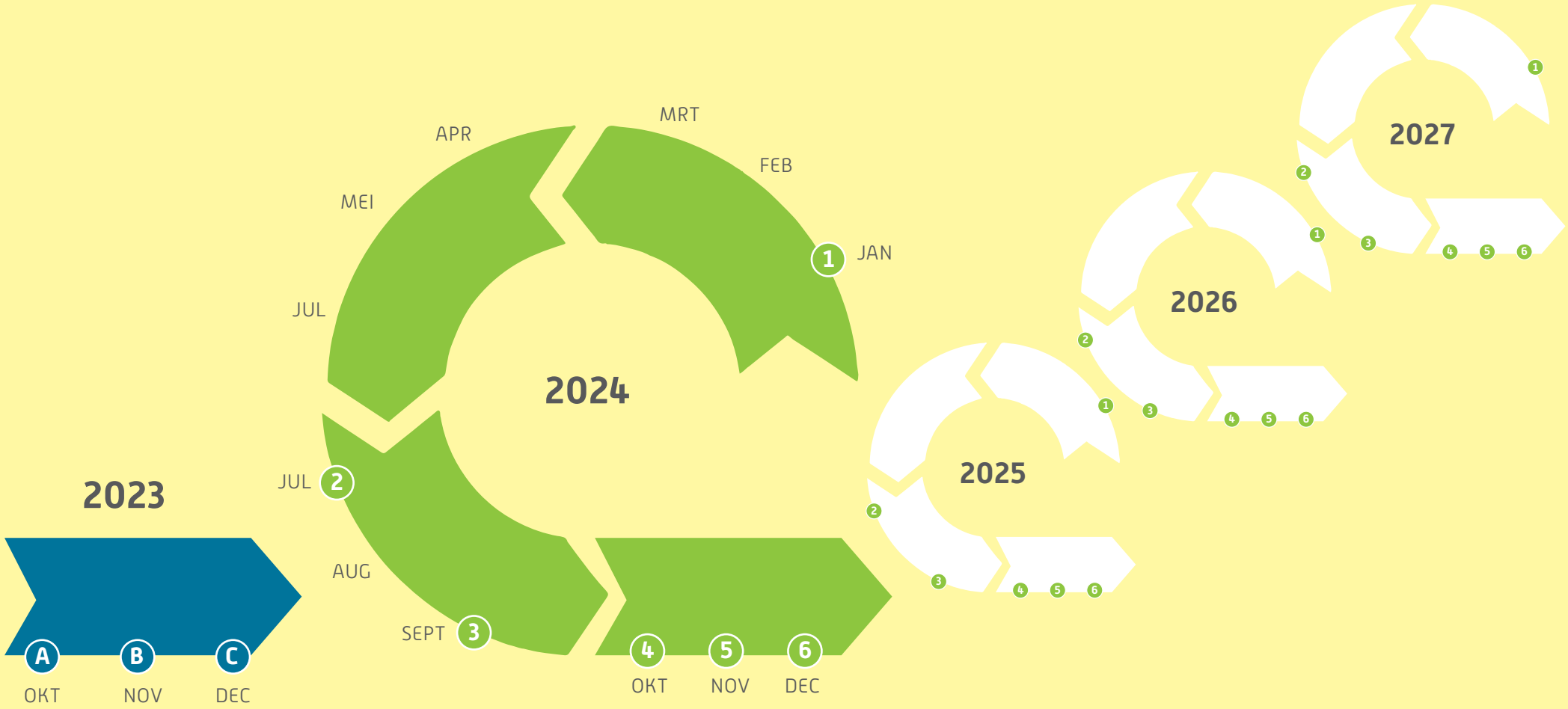
- Meerjarenplan 2024-2027. In dit meerjarenplan staan in ieder geval:
  - Speerpunten zorgnetwerk
  - Ambities en doelstellingen zorgnetwerk
  - Organisatie zorgnetwerk
  - Analyse stakeholders en krachtenveld
  - Activiteiten in de verschillende onderdelen van de kenniscirkel
  - Projectoverstijgende activiteiten zoals communicatie, kennisbank, datamanagement, innovatie, etc.
  - Projectinitiaties: korte beschrijvingen van de projecten
- Meerjarenbegroting 2024-2027

Deze worden aangevuld met:

- Jaarlijks een jaarplan en jaarbegroting
- Jaarlijks voortgangsrapportage en een financiële prognose, met reflectie van de stuurgroep

Aanbeveling

10. Werk volgens de meerjarencyclus van pagina 17.
11. Verschuif de focus van controle vooraf naar een goed gesprek over ambities en doelstellingen en monitoring/verantwoording van resultaten.



- A Aandachtspuntenbrief van VWS
- B Meerjarenplan 2024-2027 (inclusief begroting)
- C Beoordeling en accordering door RIVM

- 1 Startgesprek met RIVM
- 2 Voortgangsrapportage aan RIVM
- 3 Voortgangsgesprek met RIVM
- 4 Aandachtspuntenbrief VWS
- 5 Jaarplan en begroting
- 6 Beoordeling en accordering door RIVM

P. Maak rollen expliciet

Het RIVM heeft als gemandateerd subsidieverstrekker/opdrachtgever een inhoudelijke toetsende rol ten aanzien van de activiteiten van de zorgnetwerken. De technisch/financiële afwikkeling van de subsidie wordt verzorgd door de Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I). Inhoudelijke afspraken van de zorgnetwerken ABR met RIVM moeten worden vertaald naar de subsidie-regels van DUS-I. Dat is voor de netwerken soms lastig. Zij zouden graag zien dat het RIVM kan spreken namens DUS-I. Een voorbeeld is het melden van onderuitputting: het is voor de netwerken niet duidelijk of je aan je meldplicht hebt voldaan als de onderuitputting bij RIVM bekend is.
De landelijk coördinator faciliteert de inhoudelijke afstemming tussen de regionale zorgnetwerken en stimuleert samenwerking. De landelijk coördinator is gehuisvest bij het LNAZ. Dit kan verwarring geven over de rol van het LNAZ. We constateren dat de rollen van de landelijk coördinator en van het LNAZ niet duidelijk beschreven zijn, terwijl de landelijk coördinator door de partijen wel belangrijk wordt geacht en het LNAZ hier een financiële vergoeding voor ontvangt. Omdat er in toenemende mate sprake zal zijn van regio-overstijgende projecten en gezien aanbeveling 5 (zorg voor collectieve ambities) zal het belang van de landelijke coördinatie alleen maar toenemen.

Aanbeveling

12. Zorg dat RIVM en DUS-I hun werkwijze afstemmen zodat de zorgnetwerken in de technisch/financiële afwikkeling met één boodschap benaderd worden en RIVM en DUS-I functioneren als één loket.
13. Expliciteer de rollen van RIVM, landelijk coördinator en LNAZ.

Q. Zorg voor een grotere reikwijdte

Hiervoor constateerden we al dat de zorgnetwerken bijdragen aan het bewustzijn van de risico's van ABR en dat zij de actoren in de regio steeds beter weten te bereiken. Wij horen echter ook dat dit voor sommige groepen actoren makkelijker te realiseren is dan voor andere groepen. Het valt in dat verband op dat de bedoeling van de beleidsregel is dat in de regio een brede verbinding tot stand komt maar dat de beleidsregel, als het gaat om de samenstelling van de stuurgroep, de lat niet hoog legt. Een stuurgroep moet volgens de beleidsregel bestaan uit 'in ieder geval een of meer van de volgende disciplines: publieke gezondheid, huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, verpleeghuiszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en farmacie'. Daar voldoe je als netwerk al snel aan: een stuurgroep met alleen een vertegenwoordiging van ziekenhuizen volstaat al. Een striktere norm zou helpen om meer groepen aan tafel te krijgen en dat zou kunnen zorgen voor een nog grotere reikwijdte van de netwerken.

Verder valt op dat zorgverzekeraars en zorgkantoren relatief weinig betrokken zijn bij de netwerkactiviteiten, terwijl zij wel een groot deel van de zorg overzien en financieren.

Als het gaat om reikwijdte, impact en bekendheid, valt tenslotte op dat elke regio een eigen uitstraling hanteert en dat er regio's zijn met 'eigen namen'. Regionaal heeft dit een functie en draagt het bij aan herkenbaarheid. Het draagt echter niet bij aan de vorming van één landelijk front tegen ABR. Mogelijk kan dit ook leiden tot hogere kosten bij de landelijke uitrol van oplossingen. Zo zien wij bijvoorbeeld dat regionaal ontwikkelde producten die landelijk worden uitgerold steeds in een andere vormgeving worden verspreid.

Aanbeveling

14. Stuur in de beleidsregel aan op breder samengestelde stuurgroepen.
15. Vraag de zorgnetwerken in de aandachtspuntenbrief om zorgverzekeraars en zorgkantoren te betrekken.
16. Ga na of er een beweging naar een meer uniforme uitstraling kan worden ingezet.

R. Uitvoering subsidieregeling verstevigen

We constateren dat de uitvoering van de subsidieregeling goed verloopt. Het RIVM en de zorgnetwerken doorlopen een zorgvuldig proces en in de uitvoering worden nauwelijks problemen ervaren. De zorgnetwerken bepleiten wel een lagere administratielast.
Het RIVM wijst erop dat een gedegen en toekomstbestendige administratie hier ook aan bij zal dragen.
Eén punt kwam wel nadrukkelijk in de gesprekken naar voren als belemmering, namelijk de maximering van de materiele kosten. Het bedrag dat besteed mag worden aan materiele kosten is gemaximeerd op € 100.000 per jaar. Dit levert soms problemen op in de uitvoering van de projecten. Bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van een app of het organiseren van congressen. De zorgnetwerken bepleiten om in de nieuwe fase deze maximering van de materiele kosten los te laten. Op die manier hoeven feitelijk materiele kosten niet kunstmatig als personele kosten opgevoerd te worden. Op het risico van dubbele bekostiging kan het RIVM alert zijn. Er zijn geen signalen dat het loslaten van de maximering van materiele kosten de doelmatigheid negatief beïnvloedt. Bovendien moet het oordeel van het RIVM op een juiste besteding van de subsidiemiddelen integraal zijn en dat omvat een zuivere toepassing van het onderscheid materieel en personeel.

Aanbeveling

17. Laat het onderscheid tussen personele en materiele kosten vervallen.
18. Verzoek het RIVM om een beoordelingskader op te stellen voor het beoordelen van jaarplannen en begrotingen. In dit beoordelingskader kunnen ook vragen worden opgenomen over de doelmatigheid van de gekozen oplossingen.

S. Geef snel duidelijkheid over toekomstige financiering

De zorgnetwerken hebben behoefte aan meer duidelijkheid over de toekomstige financiering. VWS wil de subsidieregeling met 4 jaar verlengen, tot 2027. Dat geeft duidelijkheid voor de middellange termijn. Omdat de zorgnetwerken met de hoogte van de bekostiging uit de voeten kunnen, ligt het volgens hen voor de hand de omvang van de subsidie in die jaren stabiel te houden, net als de verdeling over de regio's.
We constateren dat de zorgnetwerken een projectsubsidie niet als een toekomstbestendige financiering beschouwen en dat men graag zou toewerken naar een andere vorm van (structurele) financiering. Op dit moment zien wij dat onzekerheid over toekomstige financiering soms leidt tot een minder duurzame of een duurdere aanpak: doordat men geen langer durende verplichtingen durft aan te gaan voor bijvoorbeeld personele inzet, vindt er relatief veel inhuur plaats.
Het ligt voor de hand de ontwikkelingen in de zorgsector te betrekken bij het nadenken over de structurele financiering: er wordt ook aan andere tafels nagedacht over de financiering van zorgnetwerken. Mogelijk kan daarbij aangesloten worden.

Aanbeveling

19. Houd de subsidiebedragen in de periode 2024-2027 gelijk en onderzoek tijdig (voor 1 januari 2026) welke objectieve criteria er zijn om de hoogte van de vergoedingen voor de periode vanaf 1 januari 2028 te differentiëren naar de regionale situatie.
20. Geef de netwerken binnen afzienbare tijd duidelijkheid over de financiering na 2027.

T. Kwaliteit werkzaamheden beter borgen

We hebben eerder geconstateerd dat de regionale aanpak voordelen met zich meebrengt. De vraag is of de kwaliteit van de resultaten voldoende objectief is geborgd. Zo is er op dit moment geen Kwaliteitsraamwerk voor de zorgnetwerken, terwijl je wel van elke afzonderlijke regio een bepaalde kwaliteit mag verwachten. In een Kwaliteitsraamwerk Zorgnetwerken ABR zouden landelijke kwaliteitscriteria voor input, proces en output kunnen worden opgenomen waaraan de zorgnetwerken worden getoetst. Zorgnetwerken zouden elkaar dan ook kunnen visiteren op de kwaliteit van de werkzaamheden.
Een tweede vraag is of 'best practices' altijd worden overgenomen door andere regio's. Er is een risico dat netwerken tegelijk met hetzelfde bezig zijn en te lang parallel blijven ontwikkelen. Een gezamenlijke, landelijke kennisagenda zou dit kunnen voorkomen: welke regio pakt welk onderwerp op? Welke onderwerpen worden gezamenlijk opgepakt? De gezamenlijke kennisagenda zou een landelijke abstractie kunnen zijn van de negen regionale meerjarenplannen.

Aanbeveling

21. Vraag de zorgnetwerken om een Kwaliteitskader Zorgnetwerken ABR op te stellen en bespreek hoe onderlinge visitaties eruit zouden kunnen zien.
22. Zorg voor een betere afstemming van de activiteiten van de afzonderlijke regio's, bijvoorbeeld door een landelijke kennisagenda op te stellen.

5 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk geven wij antwoord op de evaluatievragen uit de opdracht van VWS. We bespreken achtereenvolgens, Nut en noodzaak, Effectiviteit, Doelmatigheid en Uitvoering.

Nut en noodzaak

- Welk probleem beoogde de Beleidsregel op te lossen, wat was de aanleiding voor de Beleidsregel?
- Speelt dit probleem nog?
- Indien de Beleidsregel nog bestaansrecht heeft, kan de Beleidsregel ongewijzigd worden voortgezet of zijn er redenen om deze aan te scherpen?

In de eerste versie van de subsidieregeling[7] is over het doel het volgende opgenomen: *Vermijdbare schade aan en sterfte van patiënten door infecties door resistente bacteriën moet zo veel mogelijk voorkomen worden. Daartoe moet de verdere ontwikkeling en verspreiding van (multi-) resistentie zo veel mogelijk worden beheerst, zodat ook in de toekomst effectieve behandeling van infecties met antibiotica mogelijk blijft. […] Om samenwerking tussen verschillende instellingen te borgen is besloten tot het oprichten van 10 regionale zorgnetwerken abr. Door de aanpak van abr in een netwerk te organiseren kan de samenwerking tussen instellingen in de regio onderling worden gefaciliteerd. Daarnaast kan de kennis uit de regio over infectiepreventie en bijzonder resistente micro-organismen (BRMO's) worden gedeeld, wordt de BRMO-status (dit betreft gegevens over of een patiënt is geïnfecteerd met een multiresistente bacterie) van patiënten gedeeld met zorgverleners (uiteraard in overeen-stemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming) in de verschillende domeinen van openbare, curatieve en langdurige zorg en kan zo de ziektelast door abr verminderd worden. Door het regionale zorgnetwerk abr kan de deelname aan landelijke surveillance worden gefaciliteerd teneinde op regionaal niveau te komen tot een dekkingsgraad die toereikend is voor het genereren van informatie die geschikt is voor gebruik op regionale schaal. Te denken valt hierbij bijvoorbeeld aan een puntprevalentie onderzoek. Op deze manier kan beter inzichtelijk gemaakt worden waar antibioticaresistente bacteriën voorkomen op lokaal, regionaal en landelijk niveau en kunnen deze gerichter worden bestreden.*

We constateren dat dit doel nog steeds relevant en belangrijk is. De minister van VWS heeft dat in zijn brief van 21 november 2022 bevestigd.[8]
Antibioticaresistentie is mondiaal een groot probleem en jaarlijks sterven hier wereldwijd 1,3 miljoen mensen aan. De covid-19 pandemie heeft bovendien laten zien dat infectiepreventie van levensbelang is.

Of het oorspronkelijk hoofddoel is behaald (vermijdbare schade aan en sterfte van patiënten door infecties door resistentie bacteriën zoveel mogelijk voorkomen) kunnen wij niet vaststellen. Het is wel zeer aannemelijk dat de netwerken een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan dit doel.
We constateren dat het doel om 10 regionale zorgnetwerken in te richten is behaald. Er is sprake van een robuuste regionale structuur en de subsidieregeling is daarmee ook succesvol. Het is aannemelijk, en de zorgnetwerken bevestigen dit, dat zonder het bestaan van (gesubsidieerde) netwerken de beoogde samenwerking tussen actoren zou verzwakken of zelfs wegvallen. Individuele actoren hebben zoals gezegd onvoldoende intrinsiek belang bij afstemming over de hele keten heen en het ontbreekt individuele actoren doorgaans aan kennis en capaciteit.

Wel constateerden we dat naast dit oorspronkelijk hoofddoel collectieve ambities van de zorgnetwerken zelf en daarbij behorende (wél meetbare) landelijke doelen ontbreken. Voor een volgende periode bevelen wij aan concrete ambities en doelen te formuleren die gemonitord kunnen worden.

[7] Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring regionale zorgnetwerken abr, 5 februari 2019, kenmerk 1470749-186287-CZ6
[8] Tweede Kamer 2022-2023, 32620 nr. 281

Effectiviteit

- Wat is de effectiviteit van de regeling over de afgelopen jaren geweest?
- Hoe kan de effectiviteit van de regeling worden verbeterd?

Wij constateren dat de activiteiten die zijn afgesproken in de subsidieregeling nagenoeg volledig worden uitgevoerd. Op basis daarvan kunnen we de beleidsregel als doeltreffend bestempelen. Wel zijn er in hoofdstuk 3 diverse aanbevelingen gedaan die de doeltreffendheid van de subsidieregeling, de slagkracht van de zorgnetwerken en de kwaliteit van de output zouden kunnen vergroten.

Wij constateren dat de zorgnetwerken een breder domein bestrijken dan alleen de antibioticaresistentie. De zorgnetwerken dragen ook bij aan infectiepreventie in brede zin. Dat is een positief neveneffect.

Er zijn ook mogelijke negatieve neveneffecten van een regionale aanpak. De regionale aanpak sluit aan bij het feit dat zorg regionaal is georganiseerd en het feit dat dragers zich hoofdzakelijk regionaal bewegen. De focus op de regio kan echter ook leiden tot onwenselijke praktijkvariatie. Het blijft dus steeds van belang om te faciliteren dat regio's van elkaar leren en dat best practices landelijk worden geïmplementeerd.

Doelmatigheid

- Is de Beleidsregel doelmatig?
- Zo nee, op welke punten behoeft de regeling dan aanpassing?
- Zijn de voorwaarden die in de Beleidsregel worden gesteld voldoende scherp geformuleerd of moeten deze verder worden aangescherpt? Zo ja, welke aanscherpingen zijn er nodig?
- Komen de juiste kosten voor vergoeding in aanmerking of moeten deze worden uitgebreid of ingeperkt? Zijn de kosten die voor vergoeding in aanmerking komen voldoende helder gedefinieerd en afgebakend?

De subsidieregeling beschouwen wij op dit moment als doelmatig. Er wordt zorgvuldig met de subsidiegelden omgegaan en zowel de zorgnetwerken zelf als het RIVM zijn kritisch op de bestedingen. De periodieke afstemming met en verantwoording aan het RIVM dragen hieraan bij. Zekerheid over de structurele financiering zou de doelmatigheid kunnen vergroten, omdat netwerken dan duurzamere keuzes kunnen maken en goedkopere arbeid kunnen inzetten. In hoofdstuk 3 staan nog andere aanbevelingen die de doelmatigheid positief zouden kunnen beïnvloeden.

We concluderen ook dat de juiste kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Wel doen wij aanbevelingen om het onderscheid tussen personele en materiele kosten te laten vervallen. Ook hebben wij aanbevelingen geformuleerd over de voorwaarden in de beleidsregel, zoals de samenstelling van de stuurgroep.

Uitvoering

- Wordt de juiste informatie bij de subsidieaanvraag uitgevraagd en is dit voldoende helder gedefinieerd en afgebakend?

We constateren dat de uitvoering van de subsidieregeling goed verloopt. De inhoudelijke coördinatie en ondersteuning door het RIVM worden erg gewaardeerd. De zorgnetwerken geven aan geen belemmeringen te ervaren als het gaat om de inhoudelijke activiteiten. Om de praktisch uitvoering te optimaliseren en administratieve lasten te beperken hebben wij nog wel een aantal aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen passen bij de nieuwe fase waarin de netwerken terecht zijn gekomen.

Zorgmarkten

Zorgmarkten is een bureau voor consultancy en interim-management op het gebied van organisatie, regulering en financiering van de zorg. Zorgmarkten heeft ruime ervaring met de uitvoering van complexe onderzoeken en het maken van adviezen op financieel-economisch en op organisatorisch vlak.
Ook weet Zorgmarkten op efficiënte wijze en met passie en een gezonde dosis ambitie complexe projecten en programma's tot het gewenste resultaat te brengen. Dit rapport is opgesteld door Cornelis Jan Diepeveen en Fred Landwaart.

Website: www.zorgmarkten.nl
E-mail: info@zorgmarkten.nl