

Eindrapportage

De maatschappelijke en economische (landelijke) impact van transmurale samenwerking voor hartfalen en atriumfibrilleren

Juli 2025 | Versie 1.0

Voorwoord

In de periode juni 2024 – mei 2025 hielden wij gesprekken met tientallen experts op velerlei gebieden rondom transmurale hartzorg. Daarnaast voerden wij vier regionale SROI quick scan analyses uit, waarin wij in totaal meer dan 30 mensen spraken. Met veel bevoegenheid en in openheid zijn kennis en ervaring gedeeld met ons.

Maar enthousiasme, overtuiging en ervaring is niet genoeg voor duurzame inzet van transmurale hartzorg. Het is van belang om de maatschappelijke en economische waarde van transmurale samenwerking rondom hartzorg voor belanghebbenden zoals beleidsmakers, financiers en zorgbestuurders inzichtelijk te maken. Met een Social Return on Investment (SROI) analyse als dialoogmodel, waarin op transparante wijze de kosten en baten per belanghouder inzichtelijk worden gemaakt (en – op basis van voortschrijdend inzicht - bijgesteld kunnen worden) kan een constructieve en transparante dialoog worden gevoerd en kunnen mogelijke routes voor duurzame financiering worden verkend.

Hierbij presenteren we u de landelijke social return on investment analyse van transmurale samenwerking voor hartfalen en atriumfibrilleren.

We wensen u een constructieve en transparante dialoog!

Maarten Ploeg, Pim Ketelaar, Pasquella van Ruiten en Mariët de Waal

- ❖ **Begrippenlijst en uitgangspunten** p. 6

- ❖ **Opdracht**
 - ❖ Waarom deze SROI? p. 8
 - ❖ Aanpakp. 9

- ❖ **Interviews experts**
 - ❖ Gesproken partijen en gesprekskader p. 11
 - ❖ Samenvatting bevindingen interviewsp. 12

- ❖ **Samenvatting regionale SROI's transmurale hartzorg**
 - ❖ Kenmerken regio's en SROI ratio's.....p. 15
 - ❖ Proces regionale SROI quick scans.....p. 16
 - ❖ Bevindingen regionale SROI'sp. 17



- ❖ **Landelijke SROI-schets**
 - ❖ Doelgroep en opschaling.....p. 21
 - ❖ Landelijk impactmodelp. 22
 - ❖ Landelijk interventie overzicht impuls regio's p. 24
 - ❖ Regionale SROI's en key value drivers..... p. 25
 - ❖ Interventie: 1,5^e – lijns zorg.....p. 26
 - ❖ Interventie: (transmurale) telemonitoring.....p. 29
 - ❖ Interventie: verschuiving hoofd-
behandelaarschap naar 1^e lijn.....p. 31
 - ❖ Bevindingen landelijke SROI p. 33

- ❖ **Aanbevelingen**
 - ❖ Aanbevelingen..... p. 39

- ❖ **Bijlagen** p. 41



❖ Begrippenlijst en uitgangspunten








p. 6



- ❖ **Impactafslag:** een percentage van het deel van de effecten dat is toe te schrijven aan de aanpak. Het andere deel vindt plaats door toeval of andere activiteiten.
- ❖ **Outcome:** dit zijn de uiteindelijke effecten van een aanpak. Bijvoorbeeld hogere kwaliteit van leven of minder zorgkosten.
- ❖ **Output:** dit zijn de directe resultaten van een aanpak. Bijvoorbeeld het aantal mensen dat meedoet aan de aanpak.
- ❖ **SROI:** staat voor Social Return on Investment. SROI is een internationaal gevalideerde methode voor het maken van een maatschappelijke kosten-batenanalyse.
- ❖ **SROI ratio:** dit is de uitkomst als je alle maatschappelijke baten deelt door de maatschappelijke inbreng. Elke euro die je investeert levert x euro maatschappelijke winst op.
- ❖ **Belanghebbenden:** dit zijn partijen en/of personen die invloed kunnen uitoefenen op een aanpak of hierdoor beïnvloed worden.
- ❖ **Theory of change:** bevat de beschrijving van de verandering die je met jouw aanpak wilt realiseren.

Zie voor een volledige beschrijving van de methode en begrippen de referenties in de bijlage.

- We halen zo veel mogelijk kwalitatieve en kwantitatieve data op uit **workshops en terugkoppelingen (4x), interviews (10x) en aanvullende gesprekken.**
- We maken daarnaast gebruik van **wetenschappelijke literatuur, landelijke rapportages en resultaten van andere SROI analyses** (zie literatuurlijst).
- Voor berekeningen gebruiken we **data en referentiewaarden** van:
 - ✓ Begrotingen en realisaties vanuit de regionale initiatieven
 - ✓ VWS, Zorginstituut Nederland, NZa, RIVM, VZInfo
 - ✓ ZN (Vektis)
 - ✓ CPB, CBS
- We **indexeren** deze waarden (o.b.v. CPI). We rekenen met de huidige contante waarde van de *opbrengsten*, met een **discontopercentage van 3,5%** (het percentage waarmee verwachte baten in de toekomst worden teruggerekend naar het basisjaar).

- We hanteren de internationale **SROI principes**:
 -  **Betrek de stakeholders**
 -  **Onderzoek en begrijp wat er zal veranderen**
 -  **Waardeer wat er toe doet**
 -  **Betrek alleen relevante en significante zaken**
 -  **Claim niet teveel**
 -  **Wees transparant**
 -  **Verifieer de aannames en resultaten**

❖ Opdracht

- ❖ Waarom deze SROI?p. 8
- ❖ Aanpakp. 9

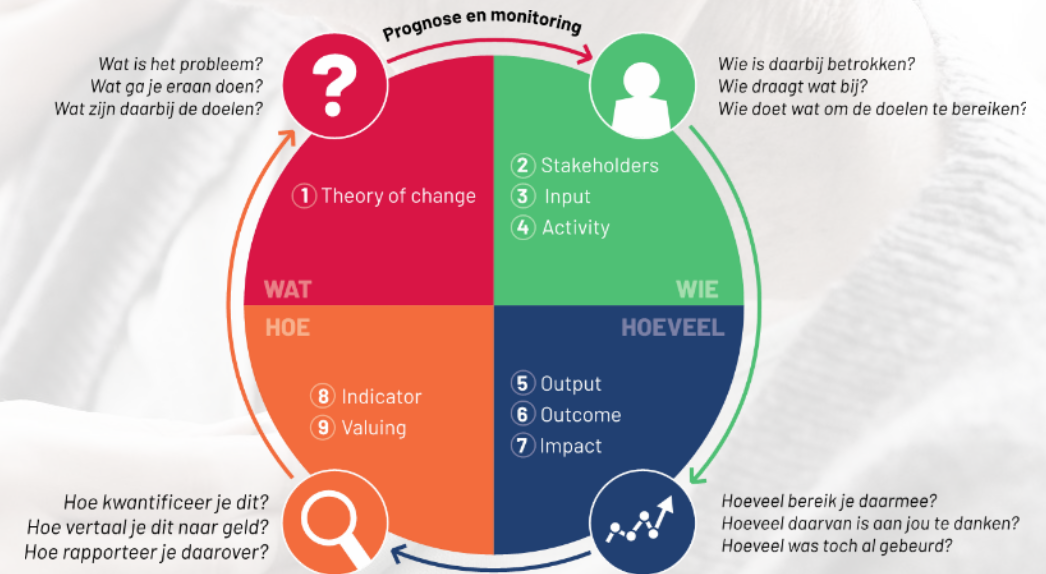




Waarom deze SROI?

De opgave waar we voor staan in de zorg is helder. Zonder goed georganiseerde en geïmplementeerde transmurale samenwerking zal de zorg vastlopen door toename van de zorgvraag, afname van beschikbaar zorgpersoneel en onvoldoende financiële ruimte. Op dit moment leven er ca. 1,7 miljoen mensen met een hart- of vaatziekte en dit gaat stijgen naar ca. 2,4 miljoen in 2040, waarbij het overgrote deel van deze mensen hartfalen (HF) en/of atriumfibrilleren (AF) en/of coronaire hartziekte heeft.

Om de meerwaarde van transmurale samenwerking rondom hartfalen en atriumfibrilleren aan te tonen, heeft VitaValley afgelopen jaar, in opdracht van Hartstichting en ZonMw en in samenwerking met Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) Connect, een landelijke maatschappelijke impactanalyse uitgevoerd. Wij hebben dit gedaan op basis van de Social Return on Investment (SROI) methode. De SROI methode is internationaal gevalideerd en wordt gebruikt om de maatschappelijke en economische impact van een specifieke aanpak in beeld te brengen.



Fases

- 1) Verkenningsfase (t/m mei 2024)
- 2) Uitvoeringsfase (juli 2024 – mei 2025)

Methode

- Social Return on Investment methodiek
- 4 regionale SROI quick scans
- Interviews en gesprekken met experts
- Meta analyse voor landelijke SROI

Dialogsessie

Fysieke bijeenkomst met essentiële landelijke belanghouders om in gesprek te gaan over de resultaten van de landelijke SROI om daarmee gezamenlijk richting te geven aan een duurzame opschaling en verbreding van de beweging naar passende zorg in het cardiovasculaire veld.



❖ **Interviews experts**

- ❖ [Gesproken partijen en gesprekskader](#) p. 11
- ❖ [Samenvatting bevindingen interviews](#)p. 12



Gesproken partijen

- 2 ervaringsdeskundigen (critical friends) via de Harteraad
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Zorginstituut Nederland (ZiN)
- InEen
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Nederlands Hart Netwerk (NHN)
- NVVC Connect

Gesprekskader

De interviews zijn semigestructureerd uitgevoerd. Tijdens de interviews vond een dialoog plaats rondom de volgende punten:

- ❖ Het impactmodel en de onderdelen waaruit dit impactmodel is opgebouwd;
- ❖ Belemmerende factoren en mogelijkheden oplossingen hiervoor;
- ❖ Welk toekomstbeeld de geïnterviewden zien voor transmurale hartzorg en hoe we daar zouden moeten komen;
- ❖ Aanvullende bronnen en referenties.

Toename kwaliteit van leven

- ✓ Transmurale samenwerking, al dan niet ondersteund door technologie, draagt bij aan een toename van kwaliteit van leven bij patiënten. De belangrijkste elementen hierin zijn meer eigen regie, meer inzicht en daarmee grip op de ziekte, het gevoel serieus genomen te worden en – bij inzet van technologie - het gevoel dat men in de gaten gehouden wordt (in de positieve zin van het woord).

Regionale aanpak

- ✓ Focus op een regionale aanpak. Daar bestaat meer flexibiliteit om toe te werken naar innovatieve, werkende modellen. Regio's met minder complexe zorgstructuren hebben een grotere kans van slagen. Leer van inspirerende voorbeelden en laat de beweging vanuit succesvolle regio's groeien.
- ✓ Een succesvolle regio is in sterke mate afhankelijk van enthousiaste (zorg)professionals. Vaak is een gedreven cardioloog en/of huisarts de kartrekker. Landelijke opschaling wordt bemoeilijkt doordat niet in elke regio zulke kartrekkers te vinden zijn op het gebied van hartzorg.

- ✓ Ondanks bevoegenheid en doorzettingsvermogen in de (koploper)regio's, blijft het zeer uitdagend om oplossingen te vinden voor organisatorische en financiële aspecten voor duurzame inbedding van transmurale hartzorg.
- ✓ Koplopers vinden vaak onvoldoende steun bij landelijke partijen voor hun uitdagingen t.a.v. duurzame borging. Daarnaast hebben landelijke partijen regelmatig tegenstrijdige belangen die regionale samenwerking kunnen belemmeren. Reken als koplopers voor de uitdagingen (o.a. rondom financiering) daarom niet teveel op landelijke partijen.

Bekostiging

- ✓ Zie financieringsvraagstukken niet als een belangrijk knelpunt, maar als gevolg van het op gang komen van een bevoegen beweging. Bekostiging van transmurale zorg kan vaak al binnen het huidige stelsel (in delen) en men is zich bewust dat het huidige stelsel samenwerking niet per se stimuleert. Daar komt bij dat het voor verzekeraars lastig is om niet-directe zorgtijd (coördinatietijd) te financieren.

Bekostiging (vervolg)

- ✓ Er zit een belangrijk spanningsveld tussen zorgkwaliteit en financiële haalbaarheid:
 - Verzekeraars willen aantonen dat verbeteringen ook financieel voordelig zijn. Echter, het is een utopie om te denken dat elke verbetering ook geld oplevert voor de verzekeraar. Anderzijds is het ook een utopie dat de verzekeraar voor elke vorm van verbetering van kwaliteit van leven geld beschikbaar heeft.
 - Voor zorgorganisaties loont taakherschikking soms niet. Wanneer een verpleegkundig specialist ingezet wordt i.p.v. cardioloog, dan komen de budgetplafonds snel in zicht wanneer de cardioloog ander werk kan gaan doen in die tijd.

Samenwerking met de eerstelijns

- ✓ De betrokkenheid van de eerstelijns in transmurale hartzorg is essentieel. Echter ligt de focus van de eerstelijns nu voornamelijk op werkdrukbeperking en het arbeidsmarkt vraagstuk. De maatschappelijke opgave voor toekomstbestedige zorg wordt wel erkend. Het goede gesprek hierover is daarom heel belangrijk.

- ✓ In de eerstelijns is het perspectief holistische / chronische zorg voor de patiënt. In de tweedelijns is dit perspectief specialistisch. Dat maakt het uitdagend en vraagt om verbinding.

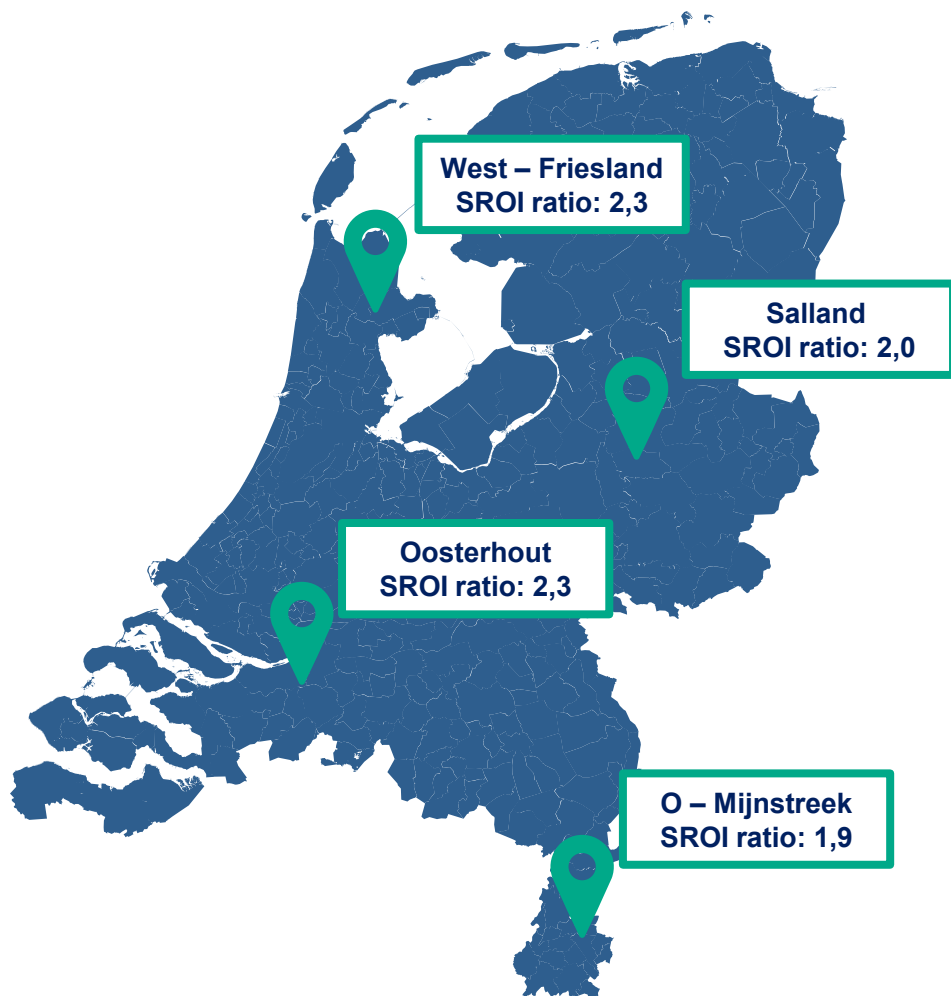
Kennisdeling

- ✓ Er wordt nog beperkt kennis gedeeld. Over goede voorbeelden, in allerlei organisatorische en financiële aspecten van de regionale aanpakken. Zeker buiten de impuls regio's wordt weinig aan kennisdeling gedaan. Dit bemoeilijkt de verdere opschaling.

In de bijlage vindt u een uitgebreidere analyse van de verschillende interviews.

- ❖ **Samenvatting regionale SROI's transmurale hartzorg**
 - ❖ Kenmerken regio's en SROI ratio's..... p. 15
 - ❖ Proces regionale SROI quick scans..... p. 16
 - ❖ Bevindingen regionale SROI's.....p. 17





De SROI ratio is de verhouding kosten : baten. Elke geïnvesteerde euro levert over een periode van 5 jaar 1,90 – 2,30 EUR (+/- 25%) maatschappelijke waarde op.

Om het landelijk beeld van transmurale hartzorg op te stellen zijn vier regionale SROI quick scan analyses uitgevoerd van verschillende initiatieven. In onderstaande tabel staat van elk initiatief de regio benoemd, de interventie waar het om gaat en het ziektebeeld waarvoor de interventie wordt ingezet. De SROI ratio is terug te vinden in de landkaart. In alle regionale SROI's hebben we vooruit gekeken naar opschaling over de periode 2024 – 2028. We kijken altijd over een langere periode om de investeringen te kunnen laten renderen.

Regio	Interventie	Ziektebeeld
Oostelijke Mijnstreek	1,5 ^e -lijns zorg met inzet verpleegkundig specialist. Op termijn ook transmurale telemonitoring met 1 ^e lijn	Hartfalen
Oosterhout	1,5 ^e -lijns zorg met inzet verpleegkundig specialist	Hartfalen en atriumfibrilleren
Salland	Transmurale telemonitoring met wijkverpleegkundigen	Hartfalen
West-Friesland	Verdere verschuiving hoofdbehandelaarschap naar 1 ^e -lijn door sterk inzetten op educatie	Hartfalen

De volledige SROI rapportages van de regionale SROI's zijn opgenomen in vier separate SROI rapportages die bij de opdrachtgevers bekend zijn.

- ❖ Er zijn vier regio's die hebben deelgenomen aan de SROI quick scan. Bij elk van deze initiatieven is een SROI workshop uitgevoerd. Tijdens de SROI workshop zijn de negen stappen van de SROI methodiek doorlopen (zie methode SROI in de bijlage). Per regio is een SROI Quick scan rapportage opgesteld, waarna deze is getoetst bij de betrokkenen om vervolgens definitief te maken.
- ❖ Bij elke workshop namen zo'n 8 – 12 belanghebbenden deel en zij vormden een brede vertegenwoordiging van betrokkenen, waaronder patiënten, huisartsen, POH's, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, cardiologen, projectleiders en professionals van zorgverzekeraars of gemeenten. Wanneer een bepaalde betrokkene niet aanwezig kon zijn bij een workshop is als alternatief een online interview gehouden of gebruik gemaakt van bronnen zoals benoemd in het volgende punt.
- ❖ De analyses zijn op basis van lokale projectplannen en -begrotingen, analyses en onderzoeken opgesteld, aangevuld met landelijke data en richtlijnen waar nodig en/of passend.





Bevindingen regionale SROI's (1 van 3)

Kernboodschap

Transmurale samenwerking voor hartzorg draagt in positieve zin bij aan de Juiste zorg op de juiste plek. Elke geïnvesteerde euro levert over een periode van 5 jaar € 1,90 – € 2,30 (+/- 25%) maatschappelijke waarde op. De investering in tijd en middelen loont, waarbij daarnaast nog belangrijke opbrengsten bestaan zoals toename van kwaliteit van leven van de patiënt, tijdsbesparing bij zorgprofessionals en toename van de toegankelijkheid in de 2e lijnszorg en toename van werkplezier van zorgprofessionals.

Desalniettemin vallen de kosten en de baten niet op dezelfde plek. Dat vraagt om passende financieringsafspraken, zodat investeren in deze innovatieve aanpak voor iedereen loont.



Positieve maatschappelijke waarde

Met maatschappelijke waarde worden niet alleen de 'harde' euro's bedoeld, maar hierin zijn ook de sociale waarden meegenomen zoals kwaliteit van leven, werkplezier, etc. Alle onderzochte interventies hebben een mooie positieve SROI ratio met een maatschappelijke waarde.



Economische waarde binnen Zorgverzekeringswet (Zvw) positief

Kijkend naar de economische kosten-baten analyse binnen het Zvw domein*, dan laat dit in alle vier de regionale SROI analyses ook een positieve uitkomst zien. De kosten worden over een periode van 5 jaar ruimschoots goedge maakt door de economische baten. Echter bestaat er een wrong-pocket problematiek: de kosten en de baten vallen niet bij dezelfde stakeholder. In de meeste gevallen wordt een flinke investering door de 1^e lijn gedaan (met name in scholing, samenwerking en technologie), maar plukken zij hier maar zeer beperkt de vruchten van. Dit betekent dat je bij verdere opschaling en duurzame borging andere financiële afspraken moet maken, anders loont het voor deze stakeholder(s) niet om te blijven investeren in de aanpak.

* Met het Zvw domein bedoelen we alle zorg die vergoed wordt vanuit de zorgverzekering. In dit geval gaat het om zorg binnen de 1^e, 1,5^e en/of 2^e lijn. Ondersteuning vanuit de gemeente of verpleeghuiszorg vallen buiten het Zvw domein.



Flinke investeringen in opleiding, organisatie van samenwerking en/of technologie

In de verschillende regio's is een flinke investering nodig in het opleiden van zorgprofessionals in de 1^e en/of 1,5^e -lijn, het organiseren van de samenwerking en/of de investering in technologie. Deze investeringskosten drukken in de eerste 5 jaar op de SROI ratio. Op de langere termijn worden hier nog aanvullende vruchten van geplukt.



Samenwerking met en visie vanuit landelijke huisartsenorganisaties nodig

Bij de interventies waarbij aanvullende werkzaamheden in de huisartsenpraktijk terecht komen, is het succes van de aanpak veelal te wijten aan zeer bevlogen zorgprofessionals met een focus op hartziekten. Voor landelijke opschaling betekent dit dat betrokkenheid, visie en draagvlak op landelijk niveau binnen de huisartsenzorg hiervoor nodig zijn.

❖ Landelijke SROI-schets

- ❖ [Doelgroep en opschaling](#)..... p. 21
- ❖ [Landelijk impactmodel](#) p. 22
- ❖ [Landelijk interventie overzicht impuls regio's](#) p. 24
- ❖ [Regionale SROI's en key value drivers](#) p. 25
- ❖ [Interventie: 1,5^e – lijns zorg](#)..... p. 26
- ❖ [Interventie: \(transmurale\) telemonitoring](#)..... p. 29
- ❖ [Interventie: verschuiving hoofd-
behandelaarschap naar 1^e lijn](#)..... p. 31
- ❖ [Bevindingen landelijke SROI](#) p. 33

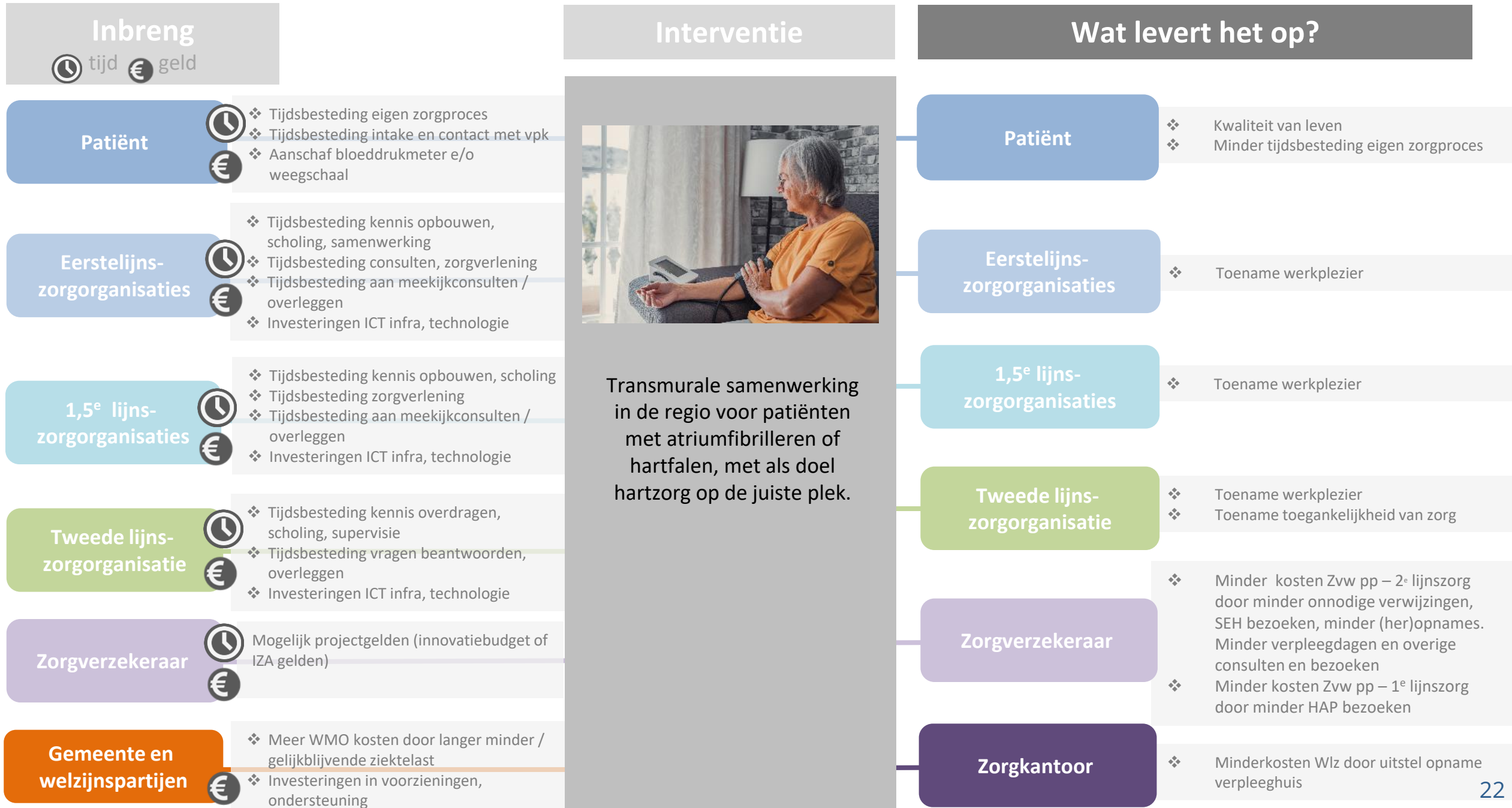


De opgave waar we voor staan in de zorg is helder. Zonder goed georganiseerde en geïmplementeerde transmurale samenwerking zal de zorg vastlopen door toename van de zorgvraag, afname van beschikbaar zorgpersoneel en onvoldoende financiële ruimte. Op dit moment leven er ca. 1,7 miljoen mensen met een hart- of vaatziekte en dit gaat stijgen naar ca. 2,4 miljoen in 2040, waarin het overgrote deel van deze mensen hartfalen (HF) en/of atriumfibrilleren (AF) en/of coronaire hartziekte heeft.

In deze SROI hebben we ons gefocust op de patiënten met atriumfibrilleren en/of hartfalen. In deze SROI kijken we vooruit naar opschaling over de periode 2024 – 2028. Qua patiënten aantallen kijken we in totaliteit dan naar onderstaande aantallen:

Ziektebeeld	Patiënten aantal 2024	Patiënten aantal 2028	Context
Atriumfibrilleren	397.000	421.000	Het aantal patiënten in Nederland met AF stijgt in totaal van 2,2% van de bevolking naar 2,3% van de bevolking. In absolute zin stijgt het aantal patiënten de komende 5 jaar met 24.000. Binnen de doelgroep is dit een stijging van 6%
Hartfalen	241.000	291.000	Het aantal patiënten in Nederland met HF stijgt in totaal van 1,3% van de bevolking naar 1,6% van de bevolking. In absolute zin stijgt het aantal patiënten de komende 5 jaar met 50.000. Binnen de doelgroep is dit een stijging van 21%.

Dit zijn aantallen van geregistreerde patiënten. Daarnaast is er nog een grote groep patiënten die AF en/of HF heeft, maar dit nog niet weet. Exacte aantallen hiervan zijn moeilijk te schatten, maar de verwachting is dat er momenteel 80.000 extra patiënten met AF zijn en daarnaast nog eens 255.000 extra patiënten met HF.







Landelijk impactmodel (2 van 2) - opmerkingen



- ❖ Het landelijke impactmodel geeft een overzicht van alle meegenomen effecten van de verschillende onderzochte interventies. Dit betekent echter niet dat elk meegenomen effect in één van de interventies een rol speelt. Voor de details hierover verwijzen we naar de individuele regionale rapportage per interventie.
- ❖ In de regionale en landelijke SROI hebben wij bewust een aantal randvoorwaarden die aanwezig waren in de regio's buiten beschouwing gelaten. Dit hebben we gedaan om een beeld te schetsen van wat écht nodig is om de interventies breder op te schalen, ook zonder deze aanvullende randvoorwaarden. Onduidelijk is of deze randvoorwaarden ook voor nieuwe regio's beschikbaar zijn en/of blijven. We bedoelen hierbij o.a.:
 - De eenmalige (opstart)financiering vanuit het Impuls programma van € 75.000 per regio;
 - De landelijke ondersteuningsstructuur vanuit NVVC Connect;
 - Investerings van Harteraad in het opleiden van ervaringsdeskundige patiënten (critical friends)
- ❖ Het idee is dat regio's die hierna aan de slag gaan met één of meerdere interventies kunnen varen op de ervaringen, geleerde lessen en praktische handvatten vanuit deze eerste 17 regio's, zodat bijvoorbeeld de eenmalige financiële impuls niet nodig is. Echter gaat deze kennisuitwisseling niet vanzelf en zal hiervoor een dedicated kennisinfrastructuur en ondersteuningsprogramma nodig zijn.

Vanuit de Impuls regeling werken 17 regio's (van de totaal 51 Connect regio's) in Nederland aan dit programma met optimalisering van de transmurale samenwerking. Dit doen zij voor de patiënten doelgroepen van atriumfibrilleren en hartfalen en de regio's zetten hierbij verschillende interventies in. Het overzicht is grofweg als volgt:

Interventie	Atriumfibrilleren	Hartfalen
1,5e lijnspoli	1 regio 	2 regio's 
Telemonitoring	4 regio's	9 regio's 
Verschuiving hoofd-behandelaarschap naar 1 ^e lijn	-	1 regio 
Meekijkconsulten of consultatie	5 regio's	6 regio's
Vroegdetectie	5 regio's	n.v.t.

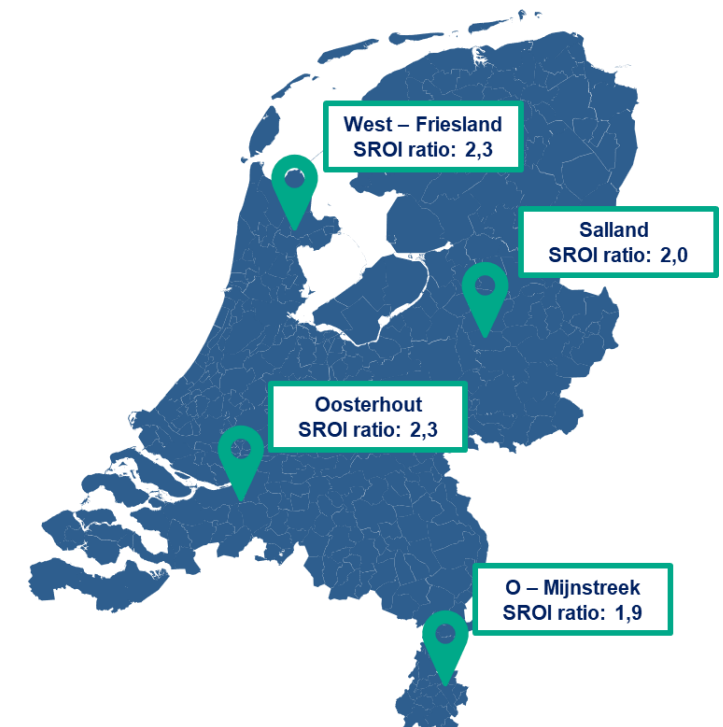


Dit is onderzocht met een SROI quick scan analyse.

Regionale SROI's en key value drivers

Uit de regionale SROI quick scan analyses zijn de volgende belangrijkste key value drivers te identificeren. Met key value drivers bedoelen we de uitkomstmaten die het meest bepalend zijn in de berekening van de SROI ratio.

Regio (ziektebeeld)	Interventie	Key value drivers
Oostelijke Mijnstreek (Hartfalen)	1,5 ^e -lijns zorg met inzet verpleegkundig specialist. Op termijn ook transmurale telemonitoring met 1 ^e lijn.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kwaliteit van leven winst ❖ Toegankelijkheid 2^e-lijn ❖ Verschuiving zorg van 2^e naar 1,5^e -lijn ❖ Minder heropnames
Oosterhout (Atriumfibrilleren en hartfalen)	1,5 ^e -lijns zorg met inzet verpleegkundig specialist.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kwaliteit van leven winst ❖ Toegankelijkheid 2^e-lijn ❖ Verschuiving zorg van 2^e naar 1,5^e -lijn ❖ Minder heropnames
Salland (Hartfalen)	Transmurale telemonitoring met wijkverpleegkundigen.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kwaliteit van leven winst ❖ Toegankelijkheid 2^e-lijn ❖ Minder SEH presentaties ❖ Minder heropnames
West-Friesland (Hartfalen)	Verdere verschuiving hoofdbehandelaarschap naar 1 ^e -lijn door sterk inzetten op educatie.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kwaliteit van leven winst ❖ Toegankelijkheid 2^e-lijn ❖ Minder onnodige verwijzingen ❖ Minder heropnames ❖ Minder verpleegdagen



Interventie: 1,5^e-lijnszorg voor HF en AF patiënten



Ons zorgstelsel in haar huidige vorm kan de te verwachten groei van AF en HF patiënten niet aan. De 1^e-lijn is nog onvoldoende uitgerust, maar ook de 2^e-lijn heeft geen capaciteit en geen groeimogelijkheden om de toename aan patiënten van zorg te voorzien. Daarom wordt ingezet op 1,5^e-lijnszorg, waarbij een 1,5^e-lijns spreekuur door verpleegkundig specialisten dezelfde zorg levert als die in het ziekenhuis op het gebied van voorlichting, optitratie van medicatie en monitoring. Hiermee worden onnodige verwijzingen naar de 2^e lijn voorkomen, toenemende klachten vroegtijdig herkend en behandeld en stabiele patiënten eerder terugverwezen naar de 1^e-lijn. Doordat de POH's in de 1^e-lijn verder worden geschoold kunnen de stabiele patiënten goed gecontroleerd worden in de 1^e-lijn.



SROI ratio
€ 1,90 – € 2,30

Uitkomsten regionale SROI analyses

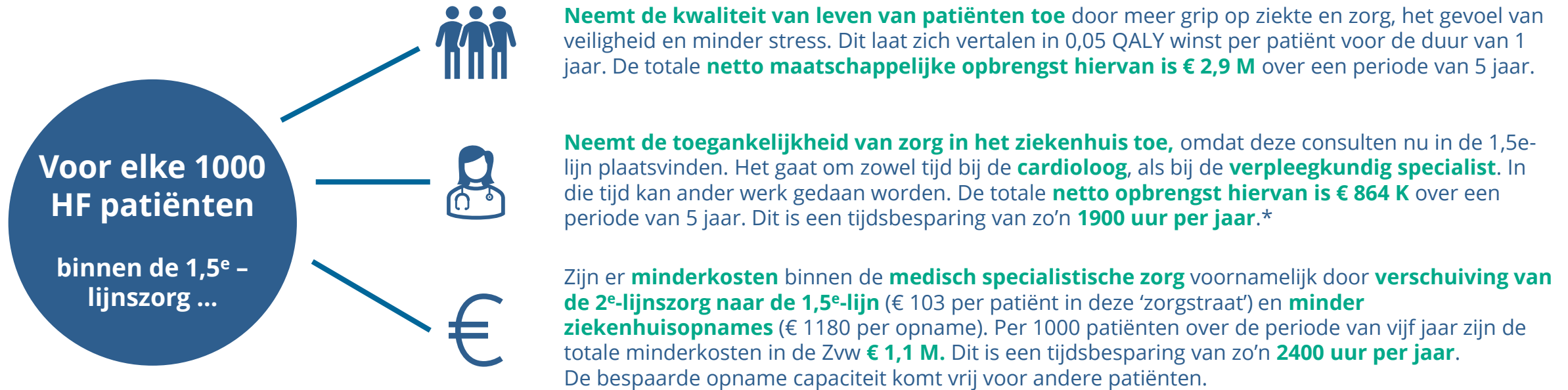
- ❖ Zowel in de regio Oosterhout als in de regio Oostelijke mijnstreek hebben we een SROI quick scan uitgevoerd naar de inzet van 1,5^e-lijns zorg. Hieruit blijkt dat elke geïnvesteerde euro € 1,90 – € 2,30 (+/- 25%) oplevert aan maatschappelijke waarde over de periode van 5 jaar.

Belangrijke inputfactoren die uitkomsten bepalen

Wanneer andere regio's aan de slag willen met deze aanpak, dan zijn onderstaande uitgangspunten belangrijk om rekening mee te houden in het kader van een gezonde maatschappelijke business case:

- ❖ Al dan niet **een bestaande 1,5^e lijnsorganisatie** waarop 'meegevaren' kan worden op het gebied van allerlei (bedrijfs-) organisatorische zaken, samenwerkingsafspraken, ICT infrastructuur en eventueel een fysieke locatie.
- ❖ Hoeveelheid **tijd / kosten aan scholing van professionals** (opleidingskosten VS en professionals eerstelijns). Beide regio's hebben hierin flink geïnvesteerd.

Interventie: 1,5^e-lijnszorg voor HF patiënten



Landelijke opschaling 1,5^e-lijnszorg (gebaseerd op de analyse vanuit de Mijnstreek & Oosterhout)

- ❖ In de Mijnstreek worden in 2028 ruim 800 patiënten (34%) gezien in de 1,5^e-lijns setting. In Oosterhout werken ze met een casemix van zowel AF en HF patiënten en is moeilijk af te leiden welk percentage patiënten HF patiënt is. We rekenen daarom in totaliteit met een percentage van 25%** van de patiënten HF die landelijk in aanmerking zouden kunnen komen voor 1,5^e-lijnszorg.
- ❖ Omgerekend brengt de aanpak met 1,5^e-lijnszorg ongeveer **€ 815 per patiënt aan maatschappelijke waarde op** en **€ 630 aan economische waarde**.
- ❖ Wanneer we dit naar landelijke cijfers omrekenen en uitgaan dat 25% van alle HF patiënten gebruik zouden kunnen maken van 1,5^e-lijnszorg dan krijgen we de volgende potentiële opbrengsten over de periode van 5 jaar:
 - **Maatschappelijke opbrengst: € 59 M**
 - **Economische opbrengst: € 46 M**

* O.b.v. een gemiddelde tijdsprijs voor zorgprofessionals van € 91 per uur (werkgeverslasten en functie gebonden kosten, Zorginstituut, 2024)

** In lijn met bevindingen vanuit TITRATE studie

Interventie: 1,5^e-lijnszorg voor AF patiënten



Voor elke 1000
AF patiënten
binnen de 1,5^e -
lijnszorg ...



Neemt de kwaliteit van leven van patiënten toe door meer grip op ziekte en zorg, het gevoel van veiligheid en minder stress. Dit laat zich vertalen in 0,05 QALY winst per patiënt voor de duur van 1 jaar. De totale **netto maatschappelijke opbrengst hiervan is € 2,9 M** over een periode van 5 jaar.



Neemt de toegankelijkheid van zorg in het ziekenhuis toe, omdat deze consulten nu in de 1,5^e-lijn plaatsvinden. Het gaat om zowel tijd bij de **cardioloog**, als bij de **verpleegkundig specialist**. In die tijd kan ander werk gedaan worden. De totale **netto opbrengst hiervan is € 460 K** over een periode van 5 jaar. Dit is een tijdsbesparing van zo'n **1010 uur per jaar**.



Zijn er **minderkosten** binnen de **medisch specialistische zorg** voornamelijk door **verschuiving van de 2^e-lijnszorg naar de 1,5^e-lijn** (€ 187 per patiënt in deze 'zorgstraat'). Per 1000 patiënten over de periode van vijf jaar zijn de totale minderkosten in de Zvw **€ 814 K**. Dit is een tijdsbesparing van zo'n **1790 uur per jaar**.

Hierbij zullen nog besparingen komen van beroertes die voorkomen kunnen worden doordat een patiënt vaker gezien wordt. We hebben deze opbrengst echter niet gemonetariseerd.

Landelijke opschaling 1,5^e-lijnszorg (gebaseerd op de analyse vanuit Oosterhout)

- ❖ In de regio Oosterhout werken ze met een casemix van zowel AF en HF patiënten en is moeilijk af te leiden welk percentage patiënten AF patiënt is. We rekenen daarom met een conservatief percentage van 25% van de AF patiënten die landelijk in aanmerking zouden kunnen komen voor 1,5^e-lijnszorg.
- ❖ Omgerekend brengt de aanpak met 1,5^e-lijnszorg ongeveer **€ 490 per patiënt aan maatschappelijke waarde op** en **€ 305 aan economische waarde**.
- ❖ Wanneer we dit naar landelijke cijfers omrekenen en uitgaan dat 25% van alle AF patiënten gebruik zouden kunnen maken van 1,5^e-lijnszorg dan krijgen we de volgende potentiële opbrengsten over de periode van 5 jaar:
 - **Maatschappelijke opbrengst: € 52 M**
 - **Economische opbrengst: € 32 M**

Interventie: (transmurale) telemonitoring



Telemonitoring van patiënten heeft zijn voordelen in praktische zin al laten zien. Problemen worden eerder gesignaleerd, de patiënt hoeft alleen naar het ziekenhuis als dat echt nodig is en krijgt bovendien meer eigen regie. Daarnaast is de verwachting dat m.b.v. tele(thuis)monitoring klinische verslechtering eerder kan worden herkend en behandeld, waarmee SEH-bezoeken en opnames zouden kunnen worden voorkomen, wat kan leiden tot tijdsbesparing bij zorgverleners en een positief op de toegankelijkheid van zorg. Daarnaast zou tele(thuis)-monitoring potentie kunnen hebben bij vroegdetectie van AF. Een nog beperkt aantal onderzoeken laat al wel positieve effecten en potentie van thuis(tele)monitoring bij AF en HF zien (zie bijlage '[Andere onderzoeken](#)'). Dit dient echter nog wel met breder onderzoek en op grotere schaal bevestigd te worden. In veel regio's heeft het ziekenhuis de regie bij telemonitoring, maar in Salland gaan ze een stap verder.

Daar heeft de thuiszorg een sleutelrol in het monitoren van meldingen en het ondernemen van eerste actie('s). Zo maken zij telemonitoring voor meer mensen mogelijk. De thuiszorg krijgt er werk bij, maar dat is vooral tijdens daluren en midden op de dag. Zo kunnen wijkverpleegkundigen een volwaardiger contract krijgen en wordt het ziekenhuis juist ontlast.



SROI ratio
€ 2,00

Uitkomsten regionale SROI analyses

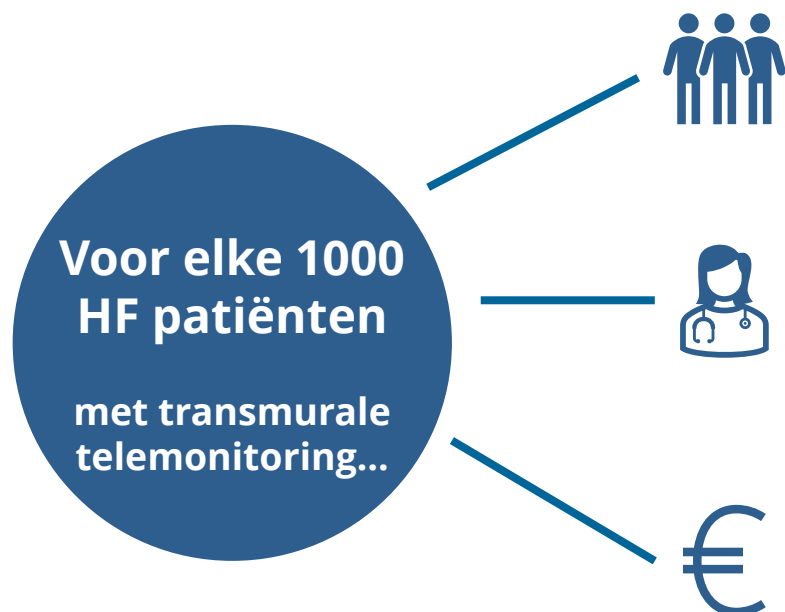
- ❖ Uit de regionale SROI quick scan in de regio Salland blijkt dat transmurale telemonitoring met inzet van wijkverpleegkundige per geïnvesteerde euro € 2,00 (+/- 25%) oplevert aan maatschappelijke waarde over de periode van 5 jaar.

Belangrijke inputfactoren die uitkomsten bepalen

Wanneer andere regio's aan de slag willen met deze aanpak, dan zijn onderstaande uitgangspunten belangrijk om rekening mee te houden in het kader van een gezonde maatschappelijke business case:

- ❖ Hoeveelheid **tijd / kosten aan scholing van professionals** (opleidingskosten VS en professionals eerstelijns). Regio Salland heeft hierin ook flink geïnvesteerd.
- ❖ **Investeringskosten ICT infrastructuur en benodigde technologie** telemonitoring en tooling voor patiënt thuis. Deels was deze infrastructuur al aanwezig, maar hier zitten ook aanzienlijke kosten aan verbonden.
- ❖ Al dan niet bestaande, **goed lopende samenwerking** tussen regionale partners. De partners in Salland werkten al langer samen. Deze goede basis heeft zeker bijgedragen aan het succes van deze aanpak.

Interventie: (transmurale) telemonitoring



Neemt de kwaliteit van leven van patiënten toe door meer grip op ziekte en zorg, het gevoel van veiligheid en minder stress. Dit laat zich vertalen in 0,05 QALY winst per patiënt voor de duur van 1 jaar. De totale **netto maatschappelijke opbrengst hiervan is € 2,9 M** over een periode van 5 jaar.



Neemt de toegankelijkheid van zorg in het ziekenhuis toe doordat de verpleegkundig specialist hartfalen geen tijd meer kwijt is aan het monitoren van meldingen van telemonitoring. Daarnaast wordt minstens de helft van de fysieke policonsulten vervangen door een korter videoconsult. Hiermee wordt, bij volledige goedlopende implementatie, **53 uur per week aan inzet van de verpleegkundig specialist bespaard**. In die tijd kan ander werk gedaan worden. De totale **netto opbrengst hiervan is € 448 K** over een periode van 5 jaar. Dit is een tijdsbesparing van zo'n **985 uur per jaar**.



Zijn er **minderkosten** binnen de **medisch specialistische zorg** voornamelijk door **minder SEH bezoeken** (€ 68 per SEH bezoek) en **minder ziekenhuisopnames** (€ 1180 per opname). Per 1000 patiënten over de periode van vijf jaar gaat dit om een totale post van totaal **€ 6,9 M**. aan **minderkosten Zvw**. Dit is een tijdsbesparing van zo'n **15.200 uur per jaar**. De bespaarde SEH bezoeken en opname capaciteit komt vrij voor andere patiënten.

Landelijke opschaling transmurale telemonitoring hartfalen

- ❖ In de regio Salland worden in 2028 600 patiënten gevolgd via telemonitoring. Dit is 43% van alle HF patiënten bekend in de regio.
- ❖ Omgerekend brengt transmurale telemonitoring ongeveer **€ 1000 per patiënt aan maatschappelijke waarde op** en **€ 750 aan economische waarde**.
- ❖ Wanneer we dit naar landelijke cijfers omrekenen en uitgaan dat 43% van alle HF patiënten gebruik zouden kunnen maken van telemonitoring dan krijgen we de volgende potentiële opbrengsten over de periode van 5 jaar:
 - **Maatschappelijke opbrengst: € 128 M**
 - **Economische opbrengst: € 98 M**

Interventie: Verdere verschuiving hoofdbehandelaarschap naar 1^e-lijn door educatie en consultatie



In West-Friesland gaat de aanpak verder dan alleen de mogelijkheid van het zeer laagdrempelig stellen van vragen via een meekijkconsult of mogelijkheid tot consultatie. Daar zetten ze sterk in op een verdere verschuiving van het hoofdbehandelaarschap bij patiënten met hartfalen naar de 1^e-lijn. De doelstelling is om van een verdeling 70% bij specialist en 30% bij de huisarts naar 60% / 40% te gaan. Op termijn is de ambitie zelfs een 55% / 45% verdeling. Dit doet West-Friesland door sterk in te zetten op educatie van huisartsen en POH's. Daarnaast speelt laagdrempelige mogelijkheid tot consultatie van de 2^e -lijn ook een belangrijke rol. Maar door tevens in te zetten op educatie, zullen er uiteindelijk steeds minder vragen gesteld worden. Dat merken ze nu al.



SROI ratio
€ 2,30

Uitkomsten regionale SROI analyses

- ❖ Uit de regionale SROI quick scan in de regio West-Friesland blijkt dat hun aanpak per geïnvesteerde euro € 2,30 (+/- 25%) oplevert aan maatschappelijke waarde over de periode van 5 jaar.

Belangrijke inputfactoren die uitkomsten bepalen

Wanneer andere regio's aan de slag willen met deze aanpak, dan zijn onderstaande uitgangspunten belangrijk om rekening mee te houden in het kader van een gezonde maatschappelijke business case:

- ❖ Hoeveelheid **tijd / kosten aan scholing van professionals** (opleidingskosten VS en professionals eerstelijns) en **organisatie van de samenwerking**. Regio West-Friesland heeft hier heel veel tijd in geïnvesteerd, ook al jaren voor de impuls subsidie.
- ❖ **Investeringskosten (ICT) infrastructuur** voor meekijkconsulten of consultatie. In West-Friesland hebben ze dit simpel gehouden door m.n. telefonisch goede bereikbaarheid van de verpleegkundig specialisten in het ziekenhuis.
- ❖ Al dan niet bestaande, **goed lopende samenwerking** tussen regionale partners. De partners in West-Friesland werkten al langer samen, ook al jaren voor de impuls subsidie. Deze goede basis heeft zeker bijgedragen aan het succes van deze aanpak.

Interventie: Verdere verschuiving hoofdbehandelaarschap naar 1^e-lijn door educatie en consultatie



Neemt de kwaliteit van leven van patiënten licht toe doordat in de eerste lijn men vaker gecontroleerd wordt en daar meer zicht is op de algehele (vaak comorbide) conditie van de patiënt. Verslechtering wordt eerder gesignaleerd. Dit laat zich vertalen in een lichte QALY winst per patiënt van 0,02 voor de duur van 1 jaar. De totale **netto maatschappelijke opbrengst hiervan is € 1,2 M** over een periode van 5 jaar.



Neemt de toegankelijkheid van zorg in het ziekenhuis toe doordat de verpleegkundig specialist hartfalen geen tijd meer kwijt is aan het monitoren van meldingen van telemonitoring. Daarnaast wordt minstens de helft van de fysieke policonsulten vervangen door een korter videoconsult. Hiermee wordt ruim **2,0 FTE aan inzet van de verpleegkundig specialist bespaard per jaar**. In die tijd kan ander werk gedaan worden. De totale **netto opbrengst hiervan is € 217 K** over een periode van 5 jaar. Dit is een tijdsbesparing van zo'n **480 uur per jaar**.



Zijn er **minderkosten** binnen het **het Zvw domein**. De belangrijkste opbrengsten **zijn minder HAP bezoeken** (€ 53 per bezoek), **minder onnodige verwijzingen** (295 per verwijzing), **minder SEH presentaties** (68 per bezoek) en **minder ziekenhuisopnames** (€ 1180 per opname). De totale **netto opbrengst hiervan is € 2,3 M** over een periode van 5 jaar. Dit is een tijdsbesparing van zo'n **5050 uur per jaar**. Door de bespaarde onderdelen komt capaciteit vrij voor andere patiënten.

Landelijke opschaling verschuiving hoofdbehandelaarschap naar 1^e-lijn door educatie en consultatie

- ❖ In de regio West-Friesland worden in 2028 zo'n 260 patiënten meer in de 1^e-lijn gezien en behandeld i.p.v. in de 2^e lijn. Dit is 15% van alle HF patiënten bekend in de regio.
- ❖ Per patiënt levert deze aanpak **€ 650 op aan maatschappelijke waarde** en **€ 440 aan economische waarde**.
- ❖ Omgerekend naar landelijke cijfers betekent dit de volgende opbrengst over een periode van 5 jaar:
 - **Maatschappelijke opbrengst: € 28 M.**
 - **Economische opbrengst (binnen Zvw): € 19 M.**

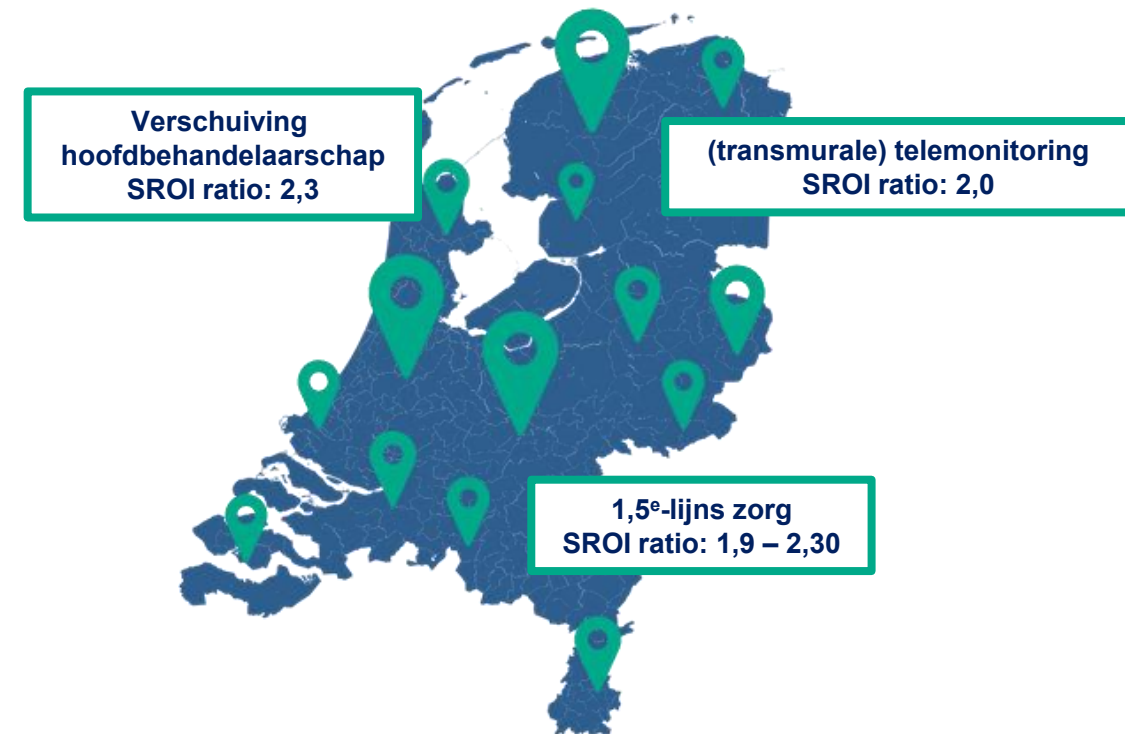
Bevindingen landelijke SROI (1 van 5)



Transmurale samenwerking voor hartzorg draagt in positieve zin bij aan de juiste zorg op de juiste plek. Elke geïnvesteerde euro levert over een periode van 5 jaar € 1,90 – € 2,30 (+/- 25%) maatschappelijke waarde op.

Bij landelijke opschaling... (over een periode van 5 jaar):

Interventie	Maatschappelijke opbrengst (per patiënt)	Economische opbrengst (per patiënt)
1,5 ^e -lijns zorg HF	€ 815	€ 630
1,5 ^e -lijns zorg AF	€ 490	€ 305
(transmurale) telemonitoring	€ 1.000	€ 750
Verschuiving hoofdbehandelaarschap	€ 650	€ 440



Bevindingen landelijke SROI (2 van 5)



Voor elke 1000
(extra) AF / HF
patiënten ...

(over een periode van 5 jaar):

Interventie	Kwaliteit van leven	Toegankelijkheid 2 ^e -lijns zorg	Minderkosten Zw	Tijdsbesparing (potentieel, binnen msz, per jaar) **
1,5 ^e -lijns zorg HF	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 0,05 QALY winst pp ❖ Opbrengst: € 2,9 M 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tijd vrij bij cardioloog en VS ❖ Opbrengst: € 864 K 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Verschuiving zorg naar 1,5^e lijn en minder (her)opnames ❖ Opbrengst: € 1,1 M 	4.300 uur per jaar
1,5 ^e -lijns zorg AF	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 0,05 QALY winst pp ❖ Opbrengst: € 2,9 M 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tijd vrij bij cardioloog en VS ❖ Opbrengst: € 460 K 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Verschuiving zorg naar 1,5^e lijn * ❖ Opbrengst: € 814 K 	2.800 uur per jaar
(transmurale) telemonitoring	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 0,05 QALY winst pp ❖ Opbrengst: € 2,9 M 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 53 uur per week bij VS ❖ Opbrengst: € 448 K 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Minder (her)opnames en minder SEH presentaties ❖ Opbrengst: € 6,9 M 	16.150 uur per jaar
Verschuiving hoofd-behandelaarschap	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 0,02 QALY winst pp ❖ Opbrengst: € 1,2 M 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ruim 2,0 FTE VS ❖ Opbrengst: € 217 K 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Minder (her)opnames, minder verwijzingen en minder SEH presentaties ❖ Opbrengst: € 2,3 M 	5.530 uur per jaar

* Dit is exclusief de opbrengsten / minderkosten door het voorkomen van beroertes (ICVA's) door vroegdetectie en behandeloptimalisatie met antistolling. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig.

** Potentiële besparing in uren per jaar binnen de medisch-specialistische zorg, o.b.v. een gemiddelde tijdsprijs voor zorgprofessionals van € 91 per uur (werkgeverslasten en functie gebonden kosten, Zorginstituut, 2024).



Grote maatschappelijke waarde

Transmurale samenwerking voor hartzorg draagt in positieve zin bij aan de juiste zorg op de juiste plek. **Elke geïnvesteerde euro levert over een periode van 5 jaar € 1,90 – € 2,30 (+/- 25%) maatschappelijke waarde op.** De investering in tijd en middelen loont, waarbij daarnaast nog belangrijke opbrengsten bestaan zoals **toename van kwaliteit van leven van de patiënt, toename van de toegankelijkheid in de 2^e -lijns zorg en toename van werkplezier van professionals.** De (netto) **maatschappelijke opbrengst varieert van € 490 tot € 1.000 per patiënt** bij de verschillende interventies over de periode van 5 jaar.



Positieve ROI

In elke interventie is de **economische opbrengst** binnen de Zvw **hoger** dan de **economische inbreng** binnen de Zvw over de periode van 5 jaar. Dit betekent dat investeringen ruimschoots goedge maakt worden over de periode van 5 jaar. De (netto) **economische opbrengst varieert van € 305 tot € 750 per patiënt** bij de verschillende interventies over de periode van 5 jaar.



Opschaling vraagt om andere financieringsafspraken

Er bestaat een **wrong-pocket problematiek**: de kosten en de baten vallen niet bij dezelfde stakeholder. In de meeste gevallen wordt een **flinke investering door de 1^e lijn** gedaan, maar plukken zij hier maar zeer beperkt de vruchten van. Dit betekent dat je bij verdere opschaling en duurzame borging **andere financiële afspraken** moet maken, anders loont het voor deze stakeholder(s) niet om te blijven investeren in de aanpak.

Inputfactoren

Wanneer andere regio's aan de slag willen met deze aanpak, dan zijn de volgende aspecten belangrijk om rekening mee te houden. Deze aspecten vragen een (flinke) investering en dragen bij aan een gezonde maatschappelijke businesscase:

- ❖ Hoeveelheid **tijd / kosten aan scholing van professionals**;
- ❖ Al dan niet **een bestaande 1,5^e lijnsorganisatie** waarop 'meegevaren' kan worden op het gebied van allerlei (bedrijfs-) organisatorische zaken, samenwerkingsafspraken, ICT infrastructuur en eventueel een fysieke locatie;
- ❖ **Investeringskosten ICT infrastructuur en benodigde technologie**;
- ❖ Al dan niet bestaande, **goed lopende samenwerking** tussen regionale partners.





Key value drivers in de opbrengsten

In elke aanpak dragen andere uitkomsten bij aan de positieve maatschappelijke impact. Toch zien we ook een aantal belangrijke overeenkomsten. Zo kunnen we stellen dat onderstaande aspecten in elke aanpak een **belangrijke key value driver** zijn:

- ❖ **Kwaliteit van leven** winst;
- ❖ Toename van de **toegankelijkheid van 2^e-lijns zorg**;
- ❖ **Minderkosten Zvw**, met name door het voorkomen van (her)opnames, verschuiving van zorg naar de 1,5^e of 1^e lijn en/of minder SEH presentaties.



Welke interventie kiezen?

Als je als regio aan de slag wilt met één of meerdere van deze interventies implementeren, welke moet je dan kiezen? Kijkend naar de cijfers dan heeft de interventie waarbij het hoofdbehandelaarschap meer verschuift naar de 1^e-lijn de hoogste SROI ratio (2,30). De absolute maatschappelijke en economische opbrengst zijn echter niet het hoogst bij deze interventie. Die waarden zijn het hoogst bij (transmurale) telemonitoring (resp. € 1.000 en € 750 per patiënt). Uiteindelijk is het belangrijk om goed naar de regionale context te kijken; welke samenwerkingen lopen al en kun je hierop aanhaken? Is er al een 1,5^e-lijns centrum, want daarmee ontlast je de 1^e-lijn. En dat is ook een belangrijke indicator gebleken. Baseer je keuze op alle genoemde bevindingen in dit rapport in relatie tot de regionale context.

❖ **Aanbevelingen**

- ❖ Aanbevelingen.....p. 39





Opschaling en uitbreiding van transmurale samenwerking in de regio:

- ❖ Verspreiden en opschalen van goede voorbeelden uit de Impuls-regio's
- ❖ Financiering van regionale initiatieven
- ❖ Aanspreekpunt voor systeempartijen, denk aan partijen als zorgverzekeraars, gemeenten en rijksoverheid.
- ❖ Uitbreiding van interventies: vanuit de interviews en workshops is naar voren gekomen dat men veel potentie ziet in:
 - meer aandacht voor Advance Care Planning (APC), m.n. bij hartfalen patiënten, zodat naar verwachting het aantal 'draaideur patiënten' minder wordt en veel opnames voorkomen kunnen worden in de laatste levensfase;
 - de 'Samen beslissen'-methodiek in gesprekken, zodat ook daarmee goed besproken wordt wat een patiënt nog wenselijk vindt in behandelingen en opnames in relatie tot de kwaliteit van leven.Bij het uitbreiden van interventies is de toegankelijkheid van de 1e lijn een focuspunt.

Stap voor stap inzetten op afspraken voor financiële borging en opschaling:

Bestaande routes opschalen:

- ❖ Deelfinanciering van de zorgproducten in de verschillende domeinen is vaak al mogelijk
- ❖ Ketenzorg tarieven voor AF en HF patiënten in de 1^e-lijn. Voor HF patiënten vraagt dit om een soort 'ketenzorg-plus' tarief.
- ❖ Bekostigingsmogelijkheden voor de landelijke ondersteuning zoals voor ParkinsonNet (ADZ-regeling*)

Nieuwe routes verkennen met systeempartijen:

- ❖ Landelijke financieringsafspraken voor AF en HF patiënten in de 1^e-lijn en 1,5^e-lijn, en/of in de gehele keten. Daarbij het congruent inkopen van deze afspraken
- ❖ Landelijke financieringsafspraken voor het organiseren van de transmurale samenwerking

* ADZ is de afkorting van 'algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg'. De ADZ-regeling is gericht op het vereenvoudigen van de financiering en declaratie van activiteiten die wenselijk zijn voor goede organisatie van (keten)zorg.



Verbreed de samenwerking rondom de cardiometabole patiënt:

- ❖ De steeds ouder wordende patiënt heeft vaak meerdere aandoeningen naast elkaar. Dit is ook bij hart- en vaatziekten sterk het geval is: de aandoeningen hartfalen, atriumfibrilleren, coronairlijden en een hoog cardiovasculair risicoprofiel met o.a. diabetes mellitus (DM) hebben veel overlap en komen bij vele patiënten naast elkaar voor.
- ❖ De beroepsverenigingen van de cardiologen, huisartsen en internisten zoeken een deel van de oplossing in een multidisciplinaire en transmurale samenwerking: niet meer gericht op de 'losse' aandoeningen, maar gericht op de organisatie van zorg rondom de cardiometabole patiënt, met de huisarts als spil van de chronische en laag-complexe zorg.

Nodig: Community of practice:

- ❖ Organiseer een lange adem: investeer in een beweging die 5 – 10 jaar duurt
 - ❖ Bouw rondom de beweging een ondersteuningsprogramma voor kennis opbouw, kennis verrijking en kennis uitwisseling. Leren van anderen geeft nieuwe inzichten, biedt praktische handvatten en motiveert om te experimenteren. Wanneer je leert van anderen, leren zij van jou. Zo help je elkaar, bewust en onbewust, steeds verder ontwikkelen en dus innoveren. NVVC Connect is een goed voorbeeld voor zo'n lerend netwerk en een goede basis om op voort te bouwen.
- Voorbeelden van activiteiten binnen zo'n community of practice:
- ❖ Fysieke en online bijeenkomsten van regionale projectleiders om ervaringen en goede voorbeelden te delen;
 - ❖ Werk vraaggestuurd aan gezamenlijke uitdagingen: vraag een expert hierover te vertellen, werk samen aan een oplossing of laat de landelijke ondersteuningsstructuur hierover in gesprek gaan met systeempartijen;
 - ❖ Een online platform om elkaar ook tijd- en plaats onafhankelijk te kunnen bereiken;
 - ❖ Monitor de impact van de verschillende regionale aanpakken om te weten wat écht werkt. En breng deze informatie weer terug in de community of practice.

Bijlagen

1. <u>Verantwoording</u>	p. 42
2. <u>Methodologie</u>	p. 44
3. <u>Uitwerking interviews experts</u>	p. 47
4. <u>Andere onderzoeken rondom de interventies</u>	p. 56
5. <u>Bronnen en referenties</u>	p. 60
6. <u>Over VitaValley</u>	p. 65

1. Voorafgaand aan de uitvoeringsfase van deze landelijke SROI analyse is in de periode januari – mei 2024 een verkenning voor de SROI analyse uitgevoerd. Op basis daarvan is de vervolgopdracht verstrekt.
2. Opdrachtgevers namens ZonMw; Laura van der Heijden (programmamanager) en tijdens haar verlofperiode Hester Scholma (Programmasecretaris). Opdrachtgever namens de Hartstichting: Marty Beurskens (Research manager).
3. Contactpersonen bij NVVC Connect: Cathelijn de Vries (programmamanager), Marcel van der Linde (cardioloog), Anja de Bruin (programmamanager), Filipe Balthazar Santos (beleidsadviseur).
4. In de periode juni 2024 – mei 2025 is de opdracht uitgevoerd door Maarten Ploeg (programmadirecteur), Pim Ketelaar (programmadirecteur), Pasquelle van Ruiten (programmamanager) en Mariët de Waal (programmamanager) van ANBI stichting VitaValley.
5. Gedurende de gehele periode heeft periodiek een voortgangsoverleg plaatsgevonden tussen de opdrachtgevers en VitaValley. Tevens is een reguliere afstemming geweest in de samenwerking met NVVC Connect.

Bijlagen

1. <u>Verantwoording</u>	p. 42
2. <u>Methodologie</u>	p. 44
3. <u>Uitwerking interviews experts</u>	p. 47
4. <u>Andere onderzoeken rondom de interventies</u>	p. 56
5. <u>Bronnen en referenties</u>	p. 60
6. <u>Over VitaValley</u>	p. 65

SROI: het meten van impact



Wat is de maatschappelijke impact van de opschaling van de transmurale samenwerking rondom hartfalen?



Wat zijn de maatschappelijke kosten en baten en hoe zijn die verdeeld?



Wat gebeurt er als we niets zouden doen?

Om deze vragen te beantwoorden is een Social Return on Investment (SROI) Quick Scan analyse van de opschaling van de transmurale samenwerking rondom hartfalen gemaakt in West-Friesland.

Over de SROI



SROI is een internationaal gevalideerde methode voor het maken van een maatschappelijke kosten-batenanalyse. Daarmee ontstaat inzicht in de totale gecreëerde maatschappelijke waarde en in de kosten-batenverhouding per stakeholder.

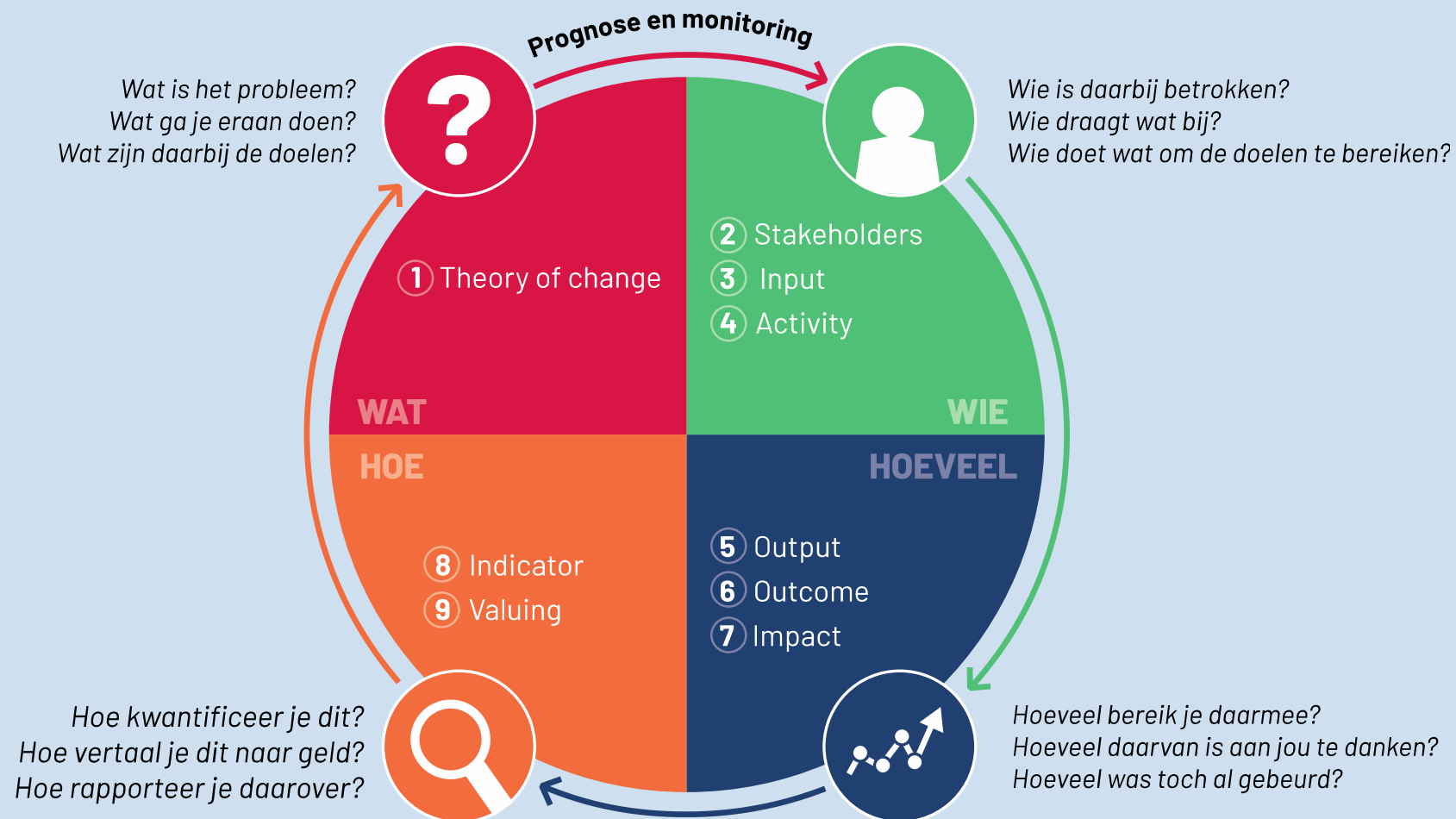


Het maken van een SROI Quick Scan doen we met alle stakeholders. Dit werkt samenbindend en inspirerend. Betrokkenen krijgen samen snel een concreter beeld hoe ze de lokale aanpak kunnen versterken.



De Social Return on Investment (SROI) methode is een gespreksmodel.

In deze samenvatting presenteren we een SROI Quick Scan. Dit is een eerste analyse, op basis van wat we nu weten, vermoeden en aannemen. Deze analyse kan nog verder getoetst en onderbouwd worden; deze SROI Quick Scan biedt daarvoor het gespreksmodel voor een vruchtbare dialoog met alle belanghebbenden.





Bijlagen

1. Verantwoording	p. 42
2. Methodologie	p. 44
3. Uitwerking interviews experts.....	p. 47
4. Andere onderzoeken rondom de interventies	p. 56
5. Bronnen en referenties	p. 60
6. Over VitaValley	p. 65

Belanghebbende	Belangrijkste bevindingen interview	Geleerde lessen, tips, aanbevelingen
<p>Critical friends opgeleid door Harteraad</p> <p>Willem en Marijke</p>	<p>Zelfmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none">• Willem houdt dagelijks zijn bloeddruk en bloedsuikerspiegel bij, maar de data wordt niet gedeeld met het ziekenhuis. Marijke gebruikt een app voor communicatie met haar hartfalen-verpleegkundige en ervaart dit als erg nuttig voor haar behandeling.• Beide patiënten hebben actieve rollen in hun zorg, door zelf te meten en de gegevens bij te houden. De tijdsbesteding voor metingen varieert van 5 tot 10 minuten per dag. Marijke besteedt dagelijks tijd aan het onderhouden van haar conditie, wat haar gevoel van welzijn en kwaliteit van leven aanzienlijk heeft verbeterd. <p>Rol van de huisarts:</p> <ul style="list-style-type: none">• Willem beschouwt zijn huisarts als een belangrijke steun en heeft vertrouwen in hun vermogen om zorg te coördineren, maar wil zelf de regie houden. Hij is nu minder afhankelijk van zijn cardioloog.• Marijke vindt haar huisarts een vertrouwenspersoon, hoewel haar behandeling voornamelijk plaatsvindt in de tweede lijn. Ze waardeert de ondersteuning van de huisarts, maar de focus ligt op samenwerking tussen huisarts en specialist. <p>Rol Verpleegkundig specialist:</p> <ul style="list-style-type: none">• Marijke voelt zich meer in controle over haar gezondheid dankzij de app en de ondersteuning van de hartfalen-verpleegkundige. Ze waardeert de proactieve benadering en de snelle communicatie via de app. <p>Impact van transmurale zorg:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beide patiënten zouden het gebruik van technologie zoals apps en telemonitoring niet willen missen. Marijke ervaart een verbeterde kwaliteit van leven dankzij de zorg en technologie, terwijl Willem meer regie wil behouden over zijn gezondheid.	<ul style="list-style-type: none">• Er wordt benadrukt dat een betere gegevensuitwisseling en meer samenwerking tussen de eerste en tweede lijn belangrijk zijn voor een nog effectievere zorgervaring.

Belanghebbende	Belangrijkste bevindingen interview	Geleerde lessen, tips, aanbevelingen
<p>Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)</p>	<p>1. Huidige beleidsregels en bekostigingsmechanismen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sectoroverstijgende zorg kan vaak al (deels) worden bekostigd via reguliere mechanismen (bijvoorbeeld een DBC of consulttarief). Dit is laagdrempelig maar stimuleert samenwerking niet per se. • Er wordt gewerkt aan een Sectoroverstijgende prestatie, waarmee één betaaltitel een heel zorgpad kan bekostigen. Deze regeling wordt op z'n vroegst in 2027 verwacht. • Er bestaan nieuwe beleidsregels zoals de Bekostiging domein- en sectoroverstijgende samenwerking (per mei 2024). Deze is bedoeld om samenwerkingsstructuren te ondersteunen, maar de implementatie is complex. <p>2. Leer van andere goede voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrale geboortezorg: gestart als experiment, maar door weerstand in het veld momenteel niet ideaal uitgevoerd. • ParkinsonNet: combineert reguliere zorgfinanciering met infrastructuur via de regeling "Aanvullende diensten t.o.v. verzekerde zorg". <p>3. Uitdagingen in sector- en domeinoverstijgende financiering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verdelingsleutels vormen een knelpunt, aangezien deze vaak regioafhankelijk zijn en niet makkelijk gestandaardiseerd kunnen worden. • Concurrentiemodellen binnen de financiering vormen een obstakel voor samenwerking. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale aanpak is cruciaal: landelijke partijen zijn te gematigd en moeten het 'voor iedereen' goed doen. Reken daar dus niet teveel op. Regio's kunnen meer flexibiliteit en innovatie tonen. • Politieke en bestuurlijke steun is er, maar niet specifiek gericht op AF of HF. • Regio's met minder complexe zorgstructuren (minder ziekenhuizen, één dominante zorgverzekeraar) hebben een grotere kans van slagen. • Zorgverzekeraars hebben de voorkeur voor directe zorgbekostiging en voor hen is het lastig coördinatiekosten te bekostigen.

Belanghebbende	Belangrijkste bevindingen interview	Geleerde lessen, tips, aanbevelingen
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	<ul style="list-style-type: none">• Werkdruk blijft een belemmerende factor: Zolang de werkdruk in de huisartsenzorg niet vermindert, blijft er beperkte ruimte voor extra taken, zoals transmurale zorg voor HF en AF. Zonder substantiële ondersteuning en taakverschuiving is opschaling niet realistisch.• Potentie van technologie: Technologische innovaties kunnen een sleutelrol spelen in het verminderen van de werkdruk en het ondersteunen van samenwerking, mits goed geïmplementeerd.• Geen one-size-fits-all: Verschillen in regio's en individuele praktijkomstandigheden maken landelijke implementatie van nieuwe zorgmodellen lastig.• Maatschappelijke opgave erkend: Hoewel de maatschappelijke uitdaging van toenemende HF- en AF-patiënten wordt erkend, ligt de focus van de LHV momenteel op pragmatische oplossingen die de werkdruk niet verder verhogen.	<ul style="list-style-type: none">• Maatschappelijke opgave erkend: Daarom moeten we vooral slimmer kijken, naar opvang via monitoringscentra, efficiënter werken door vermindering van de administratielast (en andere processen) zodat er daadwerkelijk meer tijd over blijft voor zorg verlenen.

Belanghebbende	Belangrijkste bevindingen interview	Geleerde lessen, tips, aanbevelingen
<p>Zorginstituut Nederland (ZiN)</p>	<p>1) Focus op beweging en motivatie boven bekostiging:</p> <ul style="list-style-type: none"> Financiering is niet altijd het belangrijkste knelpunt is, maar eerder een gevolg van het op gang brengen van een bevlogen beweging. Innovatie ontstaat vaak door een gebrek aan middelen, niet door overvloed. <p>2) Samenwerking en leiderschap in de regio:</p> <ul style="list-style-type: none"> De regio's spelen een cruciale rol in het organiseren van zorg. Sterk leiderschap op mesoniveau is nodig om keuzes te maken en samenwerking te stimuleren. Landelijke partijen hebben vaak tegenstrijdige belangen die regionale samenwerking kunnen belemmeren. <p>3) Creatief omgaan met bestaande financieringsmogelijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Het huidige stelsel biedt al ruimte voor samenwerking en brede coalities. Nieuwe betaaltitels maken systemen vaak complexer en lossen niet altijd het probleem op. <p>4) Inspiratie en goede voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Laat succesvolle regionale aanpakken zien en gebruik deze als basis voor opschaling. Een gedeelde ambitie en motivatie zijn essentieel voor succesvolle samenwerking en transitie. 	<ul style="list-style-type: none"> Passende zorg moet leidend zijn, gevolgd door passende financiering: Landelijke instellingen (ZiN, NZa, IGJ) kunnen ondersteuning bieden in respectievelijk aanspraak, bekostiging en handhaving. Inzetten op inspirerende praktijkvoorbeelden: Gebruik casussen uit regio's om een positieve beweging op gang te brengen. Deel de "Why" van transmurale samenwerking helder en overtuigend. Regio-specifieke aanpak: Richt de energie op regionale samenwerking en laat de beweging van daaruit groeien.

Belanghebbende	Belangrijkste bevindingen interview	Geleerde lessen, tips, aanbevelingen
InEen	<ul style="list-style-type: none"> • Huidige focus bij InEen: De belangrijkste zorgzwaartepunten zijn chronische GGZ en kwetsbare ouderen. Hartfalen wordt soms gezien als onderdeel van bredere zorg voor ouderen, maar is niet altijd de centrale zorgvraag. • Knelpunten: De zorg voor deze groepen is intensief en langdurig, wat impact heeft op de zorgverlening en werkdruk. Er is ruimte voor verbetering in het organiseren van zorg, vooral als het gaat om transmurale samenwerking. • Regionale verschillen: De implementatie van regionale afspraken, bijvoorbeeld voor hartfalen en atriumfibrilleren, hangt sterk af van lokale bereidwilligheid van zorgverleners en zorgverzekeraars. Er is geen landelijk beleid voor het betrekken van HF/AF in bestaande zorgprogramma's, wat knelt door de beperkte ruimte in het budget voor Segment 2. • Werkdrukvermindering: Huisartsen pleiten voor een betere taakverdeling tussen huisartsen, praktijkondersteuners en andere zorgprofessionals. Het inschakelen van een regievoerder, bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, kan helpen om de complexe zorg voor chronisch zieke patiënten te coördineren. Door zelfmonitoring en thuismonitoring te bevorderen, kan de druk op huisartsen ook verlicht worden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bevorder zelfmonitoring en thuismonitoring voor patiënten met HF en AF als eerste stap in de transmurale zorg (goed voorbeeld: ervaringen Jeroen Bosch Huisartsen). • Stel duidelijke landelijke richtlijnen en beleidskaders op voor transmurale zorg rondom HF en AF om regionale verschillen te verminderen en samenwerking te bevorderen. • Verdeel taken effectief tussen huisartsen, praktijkondersteuners en andere zorgprofessionals, met de mogelijkheid om regievoerders zoals specialisten ouderengeneeskunde in te schakelen voor complexe patiënten. • Investeer in e-health tools die de samenwerking tussen zorgverleners vergemakkelijken en ondersteun de implementatie van digitale platformen voor communicatie en informatie-uitwisseling. • Versterk scholing en bijscholing voor huisartsen en zorgteams om hen beter voor te bereiden op samenwerking in transmurale zorg. • Betrek het sociaal domein om zelfmanagement en patiëntverantwoordelijkheid te bevorderen, en ondersteun huisartsen hierbij.

Belanghebbende	Belangrijkste bevindingen interview	Geleerde lessen, tips, aanbevelingen
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	<p>KPI's en administratieve lasten</p> <ul style="list-style-type: none">• Verzekeraars willen zichtbare resultaten van hun investeringen, vaak in de vorm van vooraf afgesproken KPI's. Nadeel is dat dit bijna altijd zorgt voor hogere administratieve lasten bij de zorgprofessionals.• Er moet draagvlak zijn binnen de medische experts en professionals over wat gemeten moet worden om het succes zichtbaar te maken. Over het algemeen is dit niet zozeer een hittepunt voor verzekeraars, omdat zij volgend zijn aan de zorgexperts, maar leidt dit bij de zorgprofessionals nog wel eens een discussie. <p>Zorgkwaliteit vs. financiële haalbaarheid</p> <ul style="list-style-type: none">• Er is een belangrijke spanning tussen het verbeteren van zorgkwaliteit en de financiële haalbaarheid. Verzekeraars willen aantonen dat verbeteringen ook financieel voordelig zijn, Echter, het is een utopie om te denken dat elke verbetering ook geld oplevert voor de verzekeraar. Anderzijds is het ook een utopie dat de verzekeraar voor elke vorm van verbetering van kwaliteit van leven geld beschikbaar heeft. <p>Taakherschikking loont niet</p> <ul style="list-style-type: none">• Het kan een uitdaging zijn wanneer een Verpleegkundig Specialist (VS) ingezet wordt ipv cardioloog → dan komen de budgetplafonds snel in zicht wanneer de cardioloog ander werk kan gaan doen in die tijd. Dit stimuleert de inzet van de VS niet.	<ul style="list-style-type: none">• Laten we alle roze olifanten benoemen en hier het eerlijke gesprek over voeren. Dus ook omzetting in het ziekenhuis (maatschap) door het verschuiven van patiënten naar de eerstelijns.

Belanghebbende	Belangrijkste bevindingen interview	Geleerde lessen, tips, aanbevelingen
<p>Nederlands Hart Netwerk (NHN)</p> <p>Koploper regio</p>	<ul style="list-style-type: none"> NHN laat zien dat een gestructureerde en cyclische aanpak met nadruk op samenwerking, dataregistratie, en innovatie leidt tot verbeterde zorguitkomsten en meer patiëntwaarde. Financiering en organisatorische verschillen tussen regio's vormen een belemmering, ondanks intrinsieke motivatie van professionals. Vroegopsporing en digitale zorg hebben een groot potentieel, maar vragen verdere investering in implementatie en datagedreven inzichten 	<ul style="list-style-type: none"> Verbeter datagedreven samenwerking: Breid deelname van huisartsen aan de NHR uit om transmurale data vollediger te maken. Gebruik data voor het ontwikkelen van regionale zorgpaden met focus op patiëntwaarde. Vergroot de rol van patiënten en naasten: Bouw verder op de samenwerking met patiëntenpanels en de HarteRaad. Faciliteer structurele feedback van patiënten voor verbetering van zorgpaden en telemonitoring. Aanpak van financieringsbelemmeringen: Pleit voor uniforme bekostigingsstructuren voor transmuraal werken, mogelijk met hulp van beleidsmakers en subsidieverstrekters. Evalueer hoe netwerktarieven breder toegepast kunnen worden om samenwerking te ondersteunen.

Belanghebbende	Belangrijkste bevindingen gesprekken	Geleerde lessen, tips, aanbevelingen
<p>NVVC Connect</p>	<p>Belangrijkste knelpunten voor toekomstbestendige transmurale hartzorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gebrek aan structurele bekostiging - Onvoldoende adequate ICT infrastructuur - Overbelaste 1e lijn <p>Oplossingsrichting Een van de oplossingsrichtingen is, volgens de Connect organisatie, te vinden in een intensievere samenwerking met de huisartsenroepen en het gezamenlijk schetsen van een (toekomst)visie & plan om het toenemend aantal patiënten met hart- en vaatziekten op te kunnen vangen. Daarbij wordt gestreefd naar vergelijkbare (of afnemende) werkdruk, het verhogen van het werkplezier van de zorgverlener en behoud van of betere kwaliteit van zorg.</p> <p>Vervolgactie Ontwikkeling gezamenlijke (toekomst)visie over de organisatie van zorg voor de chronisch cardiovasculaire/cardiometabole patiënt, samen met NVVC (Connect), HartVaathAG, NHG, LHV, InEen, NVIVG, Zorgverzekeraars, Hartstichting, Harteraad, apothekers, thuiszorg.</p> <p>Kennisdeling en ondersteuning aan de regio's kan nog sterker neergezet worden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Betrokkenheid eerstelijns voor vervolg essentieel!

Bijlagen

1. <u>Verantwoording</u>	p. 42
2. <u>Methodologie</u>	p. 44
3. <u>Uitwerking interviews experts</u>	p. 47
4. <u>Andere onderzoeken rondom de interventies</u>...	p. 56
5. <u>Bronnen en referenties</u>	p. 60
6. <u>Over VitaValley</u>	p. 65

(Transmurale) telemonitoring

Meerdere onderzoeken hebben de positieve effecten van de inzet van telemonitoring al aangetoond. Ook specifiek rondom de inzet van telemonitoring bij hartfalen*.

Interessant om te delen zijn de recente prospectieve impactanalyses van Zorg bij jou t.a.v. telemonitoring bij AF en HF. Ondanks dat er enige verschillen zijn in de indicatoren die gemeten zijn en de uitkomsten hiervan, is ook vanuit deze analyses een duidelijke positieve impact zichtbaar.

Atriumfibrilleren | 1000 patiënten met thuismonitoring kan leiden tot meer tijd voor zorgverleners, toename in kwaliteit van zorg voor de patiënt en afname van zorgvraag in het ziekenhuis

Prospectieve analyse

Impact voor zorgverlener, patiënt en ziekenhuis

1000 patiënten met atriumfibrilleren en thuismonitoring...

- ...geven **cardiologen** en **verpleegkundig specialisten** mogelijk **7 uur per week** vrijgekomen tijd om op de poli te besteden aan andere werkzaamheden
- ...geven **verpleegkundigen** mogelijk **6 uur per week** vrijgekomen tijd om te besteden aan andere werkzaamheden door afname fysieke consulten en ecg's
- ...kunnen er voor zorgen dat patiënten **minder vaak naar de polikliniek** moeten
- ...kunnen **thuis zelf hun hartslag en -ritme meten met behulp van hun smartphone** en om zo te bepalen over sprak is van atriumfibrilleren
- ...kan resulteren in **33% minder 'last minute' annuleringen** van patiënten die gepland staan voor cardioversie of ablatie
- ...kan resulteren jaarlijks in ongeveer **1900 minder ecg's**
- ...kan resulteren in jaarlijks ongeveer **2000 minder fysieke poliklinische controles**

Hartfalen | 1000 patiënten met thuismonitoring kunnen meer tijd voor zorgverleners, toename in kwaliteit van zorg voor de patiënt en afname van zorgvraag in het ziekenhuis opleveren

Prospectieve analyse

Impact voor zorgverlener, patiënt en ziekenhuis

1000 patiënten met hartfalen en thuismonitoring...

- ...kunnen **cardiologen** **6 uur per week** vrijgekomen tijd geven om op de polikliniek te besteden aan andere werkzaamheden (bijv. nieuwe zorg leveren)
- ...kunnen **verpleegkundig specialisten** **4 uur per week** vrijgekomen tijd geven om op de polikliniek te besteden aan andere werkzaamheden (bijv. nieuwe zorg leveren)
- ...zorgen dat patiënten waarschijnlijk **minder vaak klinisch opgenomen** worden en door minder polibezoeken hoeven sommige patiënten **geen 2 dagen bij te komen na** een bezoek
- ...kunnen via een app **vanuit huis bloeddruk meten, vragenlijsten in vullen en contact onderhouden** met cardiologen en verpleegkundigen
- ...resulteren mogelijk jaarlijks in ongeveer **11 klinische opnamen minder**
- ...resulteren mogelijk in jaarlijks ongeveer **2200 fysieke poliklinische controles minder**

* Zie bronnen en literatuurlijst in de bijlagen.

Interventie: Meekijkconsulten of consultatie

Een Meekijkconsult (MKC) is een digitaal consult waarin een professional vanuit de 1^e-lijn advies vraagt aan een medisch specialist met de onderliggende vraag of patiënt met advies in de 1e lijn gediagnosticeerd, behandeld en/of begeleid kan worden of dat de patiënt moet worden doorverwezen naar de 2e lijn. Consultatie is in principe hetzelfde maar gebeurt veelal telefonisch. Meekijkconsulten of consultatie zijn daarmee een vorm van JZOJP, omdat ze bijdragen aan het voorkomen van onnodige verwijzingen naar en fysieke bezoeken aan medisch specialistische zorg.

Andere onderzoeken

Een mooi referentie programma om naar te kijken t.a.v. meekijkconsulten of consultatie is het Digitaal Advies Consult (DAC) van Samendraads, een samenwerking tussen het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis en huisartsenorganisatie PrimaCura.

De huisarts krijgt de mogelijkheid om de specialist een advies te vragen via ZorgDomein, waardoor een groep patiënten in de eerstelijns blijft in plaats van een doorverwijzing naar het ziekenhuis. De druk op de poli's wordt hiermee verminderd, de patiënt kan in de eerstelijns blijven en de huisarts bouwt zijn kennis uit.

Cardiologie behoort tot de specialismen waarbij frequent een DAC wordt aangevraagd. Verschil in uitkomsten tussen AF en HF patiënten zal zeer beperkt zijn.

De volledige uitkomsten monitor is [hier](#) te downloaden.



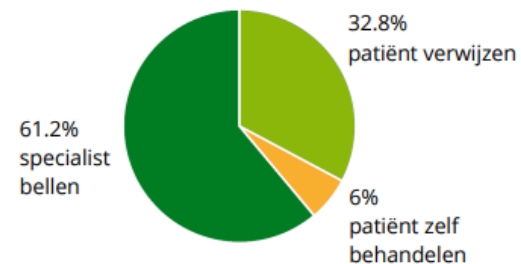
Succesfactor

Patiënten in eerstelijns behandeld

Voor een breed perspectief is gekeken naar patiënten die na 2 én 6 maanden nog geen EPB (eerste poli bezoek) hebben gehad.

De succesratio is dan bijna 79% resp. 68%.

Zonder DAC zou de huisarts:



Doelmatigheid

Wordt DAC voor de juiste casus ingezet? In de meest gevallen wel, een paar punten die aandacht vragen:

1. Aanvraag voor reeds bij specialisme bekende patiënt (financiering zit al in DBC)
2. Aanvraag door huisarts niet aangesloten bij PrimaCura (vallen buiten de financieringsafspraken)
3. Gebruik van DAC als verwijzing
4. Gebruik DAC met het verzoek om patiënt eerder te zien (is geen casus)
5. Gebruik DAC voor nadere informatie over verwijzing patiënt (is geen casus)

Interventie: Vroegdetectie

Atriumfibrilleren is de meest voorkomende hartritmestoornis, en de kans op het ontwikkelen ervan neemt toe met het ouder worden. In Nederland hebben ongeveer 397.000 mensen een vastgestelde diagnose atriumfibrilleren. Daarnaast zijn er naar verwachting nog eens zo'n 80.000 mensen met deze aandoening die zich hiervan niet bewust zijn, omdat de diagnose nog niet is gesteld. Dit is van belang, omdat atriumfibrilleren het risico op een herseninfarct aanzienlijk verhoogt — met een factor vijf. Gelukkig kan dit risico met meer dan 70% worden verminderd door tijdige inzet van orale antistollingsmedicatie. Een vroege herkenning (en behandeling) van atriumfibrilleren kan daarmee bijdragen aan het voorkomen van een aanzienlijk aantal beroertes.

In dit impact onderzoek hebben wij geen SROI quick scan analyse gedaan over de maatschappelijke impact van vroegdetectie bij atriumfibrilleren. Wel zijn er meerdere studies gedaan naar de kosten en baten van verschillende manieren voor vroegdetectie, waaruit positieve bevindingen zijn gekomen. Bekijk hiervoor bijvoorbeeld [het artikel](#) van van Hulst et al. Andere onderzoeken zijn terug te vinden in onze bronverwijzing. In een vervolg op deze SROI quick scan analyse kunnen we deze impact mogelijk monetariseren.



Bijlagen

1. <u>Verantwoording</u>	p. 42
2. <u>Methodologie</u>	p. 44
3. <u>Uitwerking interviews experts</u>	p. 47
4. <u>Andere onderzoeken rondom de interventies</u>	p. 56
5. <u>Bronnen en referenties</u>	p. 60
6. <u>Over VitaValley</u>	p. 65

Vergelijkbare SROI analyses / waardebeoordelingen:

- [Hemodialyse thuis](#) (met NVZ, Bravis Ziekenhuis en de Nierstichting)
- [Thuisarts.nl](#) (met NHG)
- [Zelfzorg Ondersteund!](#) (met ZN, InEen en drie patiëntenorganisaties)
- [2diabeat, een domeinoverstijgende preventieaanpak in de wijk](#)
- [SROI Verkenning intake nieuwe stijl](#) (Stimuleringsregeling E-Health Thuis)
- [SROI Verkenning Detox Thuis](#) (Stimuleringsregeling E-Health Thuis)
- [Partner in Balans](#) (Stimuleringsregeling E-Health Thuis)
- [SROI Verkenning Beeldschermzorg: scenario substitutie](#) (SET)
- [Preventieve inzet van Beeldschermzorg](#) (Stimuleringsregeling E-Health Thuis)
- [Leefpatroonmonitoring](#) (vilans.nl) MBC Leefstijlmonitoring in Friesland
- [Verdiepingonderzoek-tijdbesparende-zorg](#) (Vilans en Significant groep)
- [Zorgwaard: e-health biedt werk aan fysiek beperkt personeel](#) (VitaValley)
- [Video: één centraal beeldzorgteam bij Zorgwaard – VitaValley](#) (VitaValley)
- [Kennisbank Digitale zorg en Waardewaaier Digitale Zorg](#) (Vilans)
- [Kenniscentrum-digitale-zorg-publicatie-hybride-zorg-en-ondersteuning-met-beeldschermcontact-2024 \(1\).pdf](#) (Kenniscentrum Digitale zorg)



Literatuur over SROI:

- Corvo, L. et al (2022), *The social return on investment model: a systematic literature review* <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MEDAR-05-2021-1307/full/html>
- Pomp, M. et al. (2014) *Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg : Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning, RIVM* <https://www.rivm.nl/publicaties/op-weg-naar-maatschappelijke-kosten-batenanalyses-voor-preventie-en-zorg-themarapport>
- Zorginstituut Nederland (2024), *Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg* <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>
- Ketelaar, P (2023), artikel Dutch Health Hub: [SROI meet maatschappelijk impact van innovaties](#)
- Social Value International: <https://www.socialvalueint.org/>
- Versluis, A. et al (2021) *A national program to support self-management for patients with a chronic condition in primary care: A social return on investment analysis* <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588914121000046?via%3Dihub>
- Advies technische werkgroep kosten en baten van preventie (2023): *Preventie op waarde schatten* [Preventie-op-waarde-schatten---Advies-technische-werkgroep-kosten-baten-preventie-dec-23_DEF.pdf](#) (zonmw.nl)

Literatuur hartzorg:

- Dutch CardioVascular Alliance (2024). *Juiste cardiovasculaire zorg op de juiste plek, adviesopdracht*.
- Marc Pomp Economische Beleidsanalyse (2024). *Cost effectiveness of Optimal Medical Therapy in Heart Failure with Reduced Ejection Fraction*.
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking*.
- Juiste Zorg op de Juiste Plek (2024). *Definitieve rapportage kennissyntheses*.
- Groenewegen, Amy et al. (2024). Diagnostic yield of a proactive strategy for early detection of cardiovascular disease versus usual care in adults with type 2 diabetes or chronic obstructive pulmonary disease in primary care in the Netherlands (RED-CVD): a multicentre, pragmatic, cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet Public Health*, Volume 9, Issue 2, e88 - e99
- Het Deltaplan Hartfalen (2023). *Factsheet Deltaplan Hartfalen*
- Hartfalen. *Volksgezondheid en Zorg, vzinfor*.
- Cardiologie (2023). *Geregistreerde zorgproducten Open DIS data bij atriumfibrilleren en bij hartfalen*
- Isala (2023). *Ervaringen ozp telemonitoring*.
- Jorien M.M. van der Burg et al (2020). Long-term effects of telemonitoring on healthcare usage in patients with heart failure or COPD. *Clinical eHealth*, Volume 3, Pages 40-48, ISSN 2588-9141, <https://doi.org/10.1016/j.ceh.2020.05.001>.
- Nederlands Hart Netwerk. *Handreikingen ZonMw-subsidie Uitkomstgericht organiseren en betalen*
- B. Wouterse et al (2024). *Preventie is goed voor de gezondheid en voor de portemonnee*

Literatuur hartzorg:

- NVVConnect (2023). *Indicator 1, 2, en 3 Breda-Oosterhout*.
- NVZ Kennisnet (2024). *Samenvatting klankbordsessie prestatie telemonitoring*.
- Harteraad & Hartstichting (2019). *MENSEN MET HARTFALEN: EEN APP HELPT BIJ HET VOLHOUDEN VAN DE BEHANDELING!*
- Patiëntenfederatie. *Patiënten ervaren meer rust en veiligheid door thuismonitoring*.
- (2022). *Meedenkconsulten 1^e-2^e lijn Friesland*.
- Zuyderland Heerlen (2024). *Focusgroep mensen met hartfalen*.
- Stichting Zuyderland Medisch Centrum. *Vragenlijst: uw ervaringen rondom hartfalen in de Mijnstreek*
- Theunissen, L. J. H. J. (2023). *Implementing a value-driven care model for atrial fibrillation*. [Phd Thesis 1 (Research TU/e / Graduation TU/e), Electrical Engineering]. Eindhoven University of Technology.
- Theunissen, L., Cremers, H. P., Dekker, L., Janssen, H., Burg, M., Huijbers, E., Voermans, P., Kemps, H., & van Veghel, D. (2023). Implementing Value-Based Health Care Principles in the Full Cycle of Care: The Pragmatic Evolution of the Netherlands Heart Network. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 16(4), e009054. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.122.009054>
- Nederlands Hart Netwerk (2024). Addendum: Proces tot inzicht in zorgkostendata, resultaten en geleerde lessen.
- Nederlands Hart Netwerk (2023). Addendum: Evaluatie van faciliterende en belemmerende factoren bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van waardegedreven bekostigingsmodellen
- Hartstichting (2015). *Hart- en vaatziekten in Nederland 2015*.

Literatuur hartzorg:

- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. *Indicatorenset uitgezet in de regio's*.
- Zorginstituut Nederland (2023). *Signalement Passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten*.
- Patiëntenfederatie (2023). *Onderzoek digitale zorg*.
- Huisartsen Coöperatie West-Brabant (2023). *Infographic project hartfalen 2023*.
- Hartstichting. Prevalentie en toekomstprojectie op het ontwikkelen van boezemfibrilleren in Nederland.
- Samendraads (2022). *Monitor periodieke terugkoppeling en datapresentatie van Samendraads projecten #6*.
- Van Hulst, M., Tieleman, R. G., Zwart, L. A. R., Pomp, M., Jacobs, M. S., Meeder, J. G., van Ofwegen-Hanekamp, C. E. E., Hollander, M., Smits, P., & Hemels, M. E. W. (2023). Health economic evaluation of nation-wide screening programmes for atrial fibrillation in the Netherlands. *European heart journal. Quality of care & clinical outcomes*, 9(4), 408–416. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcac042>
- Jacobs, M. S., Kaasenbrood, F., Postma, M. J., van Hulst, M., & Tieleman, R. G. (2018). Cost-effectiveness of screening for atrial fibrillation in primary care with a handheld, single-lead electrocardiogram device in the Netherlands. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*, 20(1), 12–18. <https://doi.org/10.1093/europace/euw285>
- De Congreszaak (2024). *Regionale CVRM 2024-2028? Van regiobeeld naar testbeeld?*

Literatuur hartzorg:

- NVVCCConnect (2021). *Evaluatie implementatie Landelijke Transmurale Afspraken (LTA) Hartfalen: Vertaling naar regionale afspraken en praktijkervaringen*.
- C.J. Schouten (Tweede Kamer, 2024). Eindrapport van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Problematische schulden, 'Naar een beter werkende schuldenketen'.
- Pagnesi, M., Metra, M., Cohen-Solal, A., Edwards, C., Adamo, M., Tomasoni, D., Lam, C. S. P., Chioncel, O., Diaz, R., Filippatos, G., Ponikowski, P., Sliwa, K., Voors, A. A., Kimmoun, A., Novosadova, M., Takagi, K., Barros, M., Damasceno, A., Saidu, H., Gayat, E., ... Davison, B. (2023). Uptitrating Treatment After Heart Failure Hospitalization Across the Spectrum of Left Ventricular Ejection Fraction. *Journal of the American College of Cardiology*, 81(22), 2131–2144. <https://doi-org.ezproxy.library.wur.nl/10.1016/j.jacc.2023.03.426>
- Gingele, A. J., Ramaekers, B., Brunner-La Rocca, H. P., De Weerd, G., Kragten, J., van Empel, V., van der Weg, K., Vrijhoef, H. J. M., Gorgels, A., Cleuren, G., Boyne, J. J. J., & Knackstedt, C. (2019). Effects of tailored telemonitoring on functional status and health-related quality of life in patients with heart failure. *Netherlands heart journal : monthly journal of the Netherlands Society of Cardiology and the Netherlands Heart Foundation*, 27(11), 565–574. <https://doi.org/10.1007/s12471-019-01323-x>
- Wańczura, P., Aebisher, D., Wiśniowski, M., Kos, M., Bukowski, H., Hołownia-Voloskova, M., & Przybylski, A. (2024). Telemedical Intervention and Its Effect on Quality of Life in Chronic Heart Failure Patients: The Results from the Telemedicine and e-Health Solution Pilot Program. *Journal of Clinical Medicine*, 13(9), 2604. <https://doi.org/10.3390/jcm13092604>

Literatuur hartzorg:

- Jiang, X., Ming, W. K., & You, J. H. (2019). The Cost-Effectiveness of Digital Health Interventions on the Management of Cardiovascular Diseases: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 21(6), e13166. [https://doi-org.ezproxy.library.wur.nl/10.2196/13166](https://doi.org.ezproxy.library.wur.nl/10.2196/13166)
- Elleke van Duin. *Hartfalen, onbekend maar dodelijk*.
- Harteraad (2023). *Wat is voor mensen met hartfalen belangrijk in de zorg als hun situatie verslechtert?*
- Stichting Zuyderland Medisch Centrum (2024). *0-meting - RegioImpuls Hartfalen Mijnstreek*.
- Rijksoverheid (2022). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*
- Steiner, B., Neumann, A., Pelz, Y., Ski, C. F., Hill, L., Thompson, D. R., Fitzsimons, D., Dixon, L. J., Brandts, J., Verket, M., Schütt, K., Eurlings, C. G. M. J., Boyne, J. J. J., Gingele, A. J., De Maesschalck, L., Murphy, M., Furtado da Luz, E., Barrett, M., Windle, K., Hoedemakers, T., ... Zippel-Schultz, B. (2023). Challenges in heart failure care in four European countries: a comparative study. *European journal of public health*, 33(3), 448–454. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad059>
- Verschillende databases, waaronder DIS open data, VZinfo, en Nivel zorgregistraties eerste lijn.
- Gebruikte regionaal beschikbare informatie: regiobeelden, organisatie specifieke analyses, uitkomsten van de indicatorensets en (subsidie)rapportages met e.g. 0- en 1-metingen.



Bijlagen

1. <u>Verantwoording</u>	p. 42
2. <u>Methodologie</u>	p. 44
3. <u>Uitwerking interviews experts</u>	p. 47
4. <u>Andere onderzoeken rondom de interventies</u>	p. 56
5. <u>Bronnen en referenties</u>	p. 60
6. <u>Over VitaValley</u>	p. 65



Over VitaValley

Wij zijn een onafhankelijke netwerkorganisatie, vanuit het algemeen nut gericht op een gezond en vitaal Nederland. Sinds 2004 realiseren wij innovaties met grote impact op het werk van zorgprofessionals en op de gezondheid van veel burgers. We beogen een transitie van zorg naar gezondheid en als er toch zorg nodig is, dan zo veel mogelijk op de juiste plek.

- ❖ VitaValley is een stichting met ANBI status.
- ❖ Onze focus: netwerkregie, coalitievorming, kennisdeling in met name zorg en welzijn.
- ❖ Landelijke programma's: SET-up: ondersteuningsprogramma van de Stimuleringsregeling E-health Thuis, 2diabeat, e-health & achterstandsgroepen, Samenwerken aan een gezonder Nederland.
- ❖ SROI expert – circa 100 analyses in de afgelopen 10 jaar.
- ❖ 15 jaar ervaring met het verkennen, vormen en verduurzamen van Communities of Practice.
- ❖ Ca. 25 medewerkers.

Aan deze opdracht hebben meegewerkt:

- ❖ Maarten Ploeg, bestuurder/programmadirecteur.
- ❖ Pim Ketelaar, bestuurder/programmadiirecteur.
- ❖ Pasquella van Ruiten, programmamanager.
- ❖ Mariët de Waal, programmamanager.

Stichting VitaValley
Zonneoordlaan 17
6718 TK, Ede
info@vitavalley.nl
www.vitavalley.nl