

Populatiegerichte aanpak voor verbinding van preventie, zorg en welzijn

DE BEWEGING IN BEELD

Lidwien C. Lemmens, Hanneke W. Drewes, Manon Lette en Caroline A. Baan

- DOEL** Het inventariseren van Nederlandse initiatieven met een populatiegerichte aanpak voor verbinding van preventie, zorg en welzijn.
- OPZET** Beschrijvend onderzoek, gebaseerd op gesprekken en gestructureerde interviews.
- METHODE** Gezocht werd naar initiatieven waarin aanbieders op het gebied van preventie, zorg en welzijn zich samen met zorgverzekeraars, gemeenten of beide inzetten voor de 'triple aim': het verbeteren van de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van de zorg, en het beheersen van de kosten. Wij vonden potentiële initiatieven op basis van gesprekken met sleutelfiguren, projectdatabases en congresprogramma's. Op websites en bij contactpersonen zochten wij nadere informatie om te bepalen of het initiatief voldeed aan de inclusiecriteria. Een initiatief moest preventie, welzijn en zorg verbinden, waarbij minimaal 3 partijen actief een populatiegericht doel na moesten streven met meerdere interventies voor een niet-ziektespecifieke en wijkoverstijgende populatie. Op basis van interviews in de periode augustus-december 2015 met managers van de geïncludeerde initiatieven beschreven wij het doel, de organisatiestructuur, de betrokken partijen, de activiteiten en de bekostiging.
- RESULTATEN** We vonden 19 initiatieven die aan de criteria voldeden, waarin geëxperimenteerd werd met organisatievormen, niveaus van participatie, interventies en bekostiging. Opvallend was dat ingezette interventies vooral medische zorg betroffen. Inzicht in de effecten op de triple aim ontbrak, voornamelijk omdat gegevensuitwisseling tussen partijen moeizaam verliep.
- CONCLUSIE** Er verschijnen steeds meer initiatieven die een populatiegerichte aanpak volgen. Hoewel de verschillende partijen gezamenlijk naar verbinding over de domeinen heen streven, is men nog op zoek naar optimale vormen van samenwerking, organisatie, gegevensuitwisseling en financiering.

Veel gezondheidsproblemen hebben te maken met zaken buiten het strikt medische domein. Om deze problemen aan te pakken is samenwerking, verbinding en afstemming tussen preventie, zorg en welzijn vereist. In verschillende regio's in Nederland zijn experimenten gestart met een populatiegerichte aanpak, ook wel 'populatiemanagement' genoemd (zie uitleg).¹ Deze aanpak houdt in dat aanbieders van preventie, zorg en welzijn, zorgverzekeraars, gemeenten en burgers zich samen inzetten voor het verbeteren van de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van de zorg, en het beheersen van de kosten; deze doelstelling wordt de 'triple aim' genoemd.² Deze populatiegerichte aanpak biedt mogelijk een antwoord op verschillende veranderingen die gaande zijn. Zo neemt de vraag naar zorg en ondersteuning toe door een toename van het aantal ouderen en chronisch zieken. Dit heeft gevolgen voor zowel de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel als het zorgaanbod van eerste- en tweedelijnszorgverleners. Bovendien stimuleert de rijksoverheid een betere inbedding van preventie in het zorgstelsel om het aantal mensen met een chronische ziekte terug te dringen, gezondheidsverschillen te verkleinen en

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg, Bilthoven.

Dr. L.C. Lemmens, zorgonderzoeker; dr. H.W. Drewes, zorgonderzoeker; drs. M. Lette, junior zorgonderzoeker (thans: aio integrale zorg, VUmc, Amsterdam); prof.dr. C.A. Baan, zorgonderzoeker (tevens: Universiteit Tilburg, Tranzo, Tilburg).
Contactpersoon: dr. L.C. Lemmens (lidwien.lemmens@rivm.nl).

UITLEG

Fictief voorbeeld van een initiatief met een populatiegerichte aanpak
 Er is een regio waar 2 zorggroepen – bestaande uit huisartsen – een netwerkorganisatie vormen met het plaatselijke ziekenhuis, de preferente zorgverzekeraar, 2 gemeenten, verschillende partijen op het gebied van welzijn en een patiëntenvereniging. In de stuurgroep hebben afgevaardigden uit alle partijen zitting. De stuurgroep ontwikkelt en bewaakt een strategie voor de populatiegerichte aanpak en bepaalt de ‘stip op de horizon’. Er zijn 3 projectgroepen die zich bezighouden met respectievelijk ‘zinnig en zuinig voorschrijven’, ‘anderhalvelijnszorg’ en een interventie om ouderen langer thuis te laten wonen. Daarnaast is er een werkgroep die bekijkt hoe het thema ‘Positieve gezondheid’ kan worden uitgewerkt binnen dit initiatief.

het beroep op dure gespecialiseerde zorg te verminderen.^{3,4} Daarnaast zorgen de verschuivingen in de verantwoordelijkheden en financiering van preventie, zorg en welzijn ervoor dat zorgaanbieders, burgers, zorgverzekeraars en gemeenten in een andere verhouding tot elkaar komen te staan.

Populatiemanagement kent veel verschijningsvormen en verschillende ontwikkelingsfasen, initiatiefnemers en betrokken partijen. In de ‘Landelijke monitor populatiemanagement’ (LMP) worden 9 van zulke initiatieven gevolgd, de ‘proeftuinen’.⁵ Naast de proeftuinen zijn echter veel meer initiatieven van de grond gekomen, waardoor steeds meer eerste- en tweedelijnszorgverleners met deze populatiegerichte aanpak te maken krijgen.

Wij brachten daarom de verschillende initiatieven voor een populatiegerichte aanpak in Nederland in kaart. In dit artikel geven we inzicht in de manieren waarop zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars en burgers samen de populatiegerichte aanpak gestalte geven binnen hun regio’s.

METHODE

IDENTIFICEREN VAN INITIATIEVEN MET POPULATIEGERICHTE AANPAK

Om initiatieven op te sporen raadpleegden we diverse sleutelfiguren. Dit waren contactpersonen van een Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD), InEen (belangenorganisatie van eerstelijnszorgaanbieders), zorgverzekeraars, het ministerie van VWS en Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS’en). Daarnaast doorzochten we projectdatabases van ZonMw, Centrum Gezond Leven, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, ROS’en en Zorgbelang. Ook bekeken we programma’s en abstracts van relevante Nederlandse congressen in 2015. Van initiatieven die mogelijk een populatiegerichte aanpak volgden, bezochten we de website voor meer informatie. Hierbij werden ook stukken als visiedocumenten en jaarverslagen doorgenomen. Als het initiatief op basis

van deze informatie voldeed aan de onderstaande criteria, benaderden we de manager voor een interview. Wanneer onduidelijk was of het initiatief aan de criteria voldeed, benaderden we eerst een contactpersoon voor meer informatie. Elk initiatief werd steeds door 2 onderzoekers (LL en HD of ML) beoordeeld op de volgende 4 criteria, die werden opgesteld op basis van literatuurstudie en de LMP:¹

- Het initiatief is gericht op een niet-ziektespecifieke populatie en is wijkoverstijgend.
- Er is een langetermijnbeleid of -visie met een gezamenlijk populatiegericht doel, zoals het bevorderen van de gezondheid of het bereiken van meer doelmatigheid.
- Het initiatief omvat meerdere interventies die zijn gericht op dit populatiegerichte doel.
- Het initiatief heeft een vorm van centrale organisatie of aansturing, waarin ten minste 3 verschillende partijen betrokken zijn op het niveau van co-creatie of meebeslissen.

VERDERE UITVRAAG VAN INITIATIEVEN

Gedetailleerde informatie over de initiatieven verzamelden we aan de hand van gestructureerde diepte-interviews met managers in de periode augustus-december 2015. Elk interview werd samengevat volgens een vast format en door de geïnterviewde geaccordeerd. In de interviews vroegen we systematisch naar het doel en type van de interventie, de organisatiestructuur, de betrokkenheid van partijen, de populatiegerichte activiteiten en de bekostiging (figuur 1).^{2,6} Verder gebruikten we de zogenoemde participatieladder om aan te geven in hoeverre partijen betrokken waren bij het initiatief (0 = helemaal niet betrokken; 1 = geïnformeerd; 2 = geraadpleegd; 3 = om advies gevraagd; 4 = co-creëren (meebeslissen in project of werkgroepen); 5 = meebeslissen op hoogste besluitvormingsniveau).⁷⁻⁹

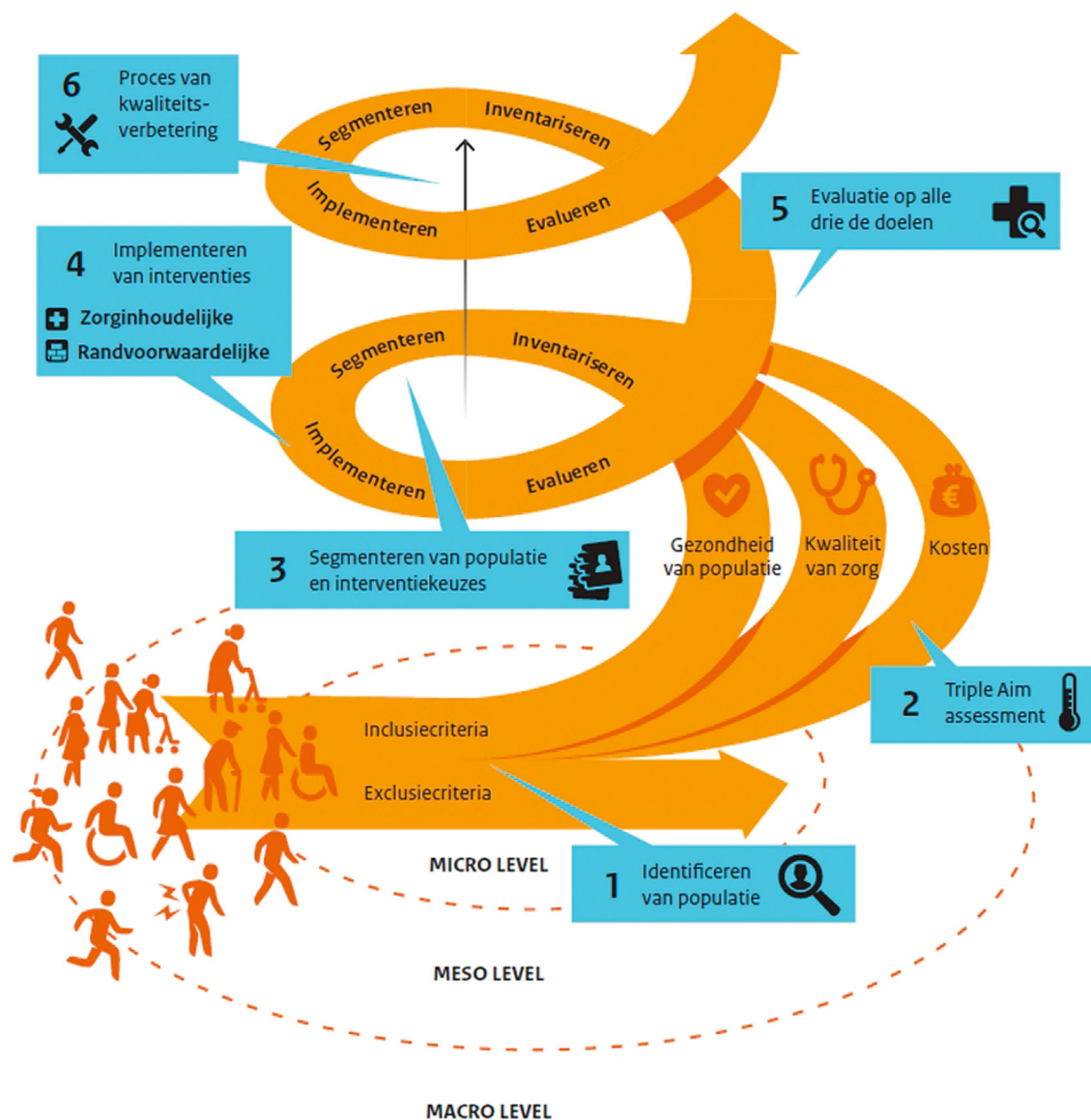
RESULTATEN

OM WELKE INITIATIEVEN GAAT HET?

Van de 53 gevonden initiatieven voldeden er 19 aan onze criteria (figuur 2). De omvang van de populaties liep uiteen van circa 13.000 tot circa 700.000 personen (tabel). Het grootste deel van de overige 34 initiatieven was gericht op mensen met een specifieke ziekte of alleen op één wijk. Een overzicht van deze 34 initiatieven is te vinden in het supplement bij dit artikel op www.ntvg.nl/D849.

WELKE INTERVENTIES WORDEN INGEZET MET WELK DOEL?

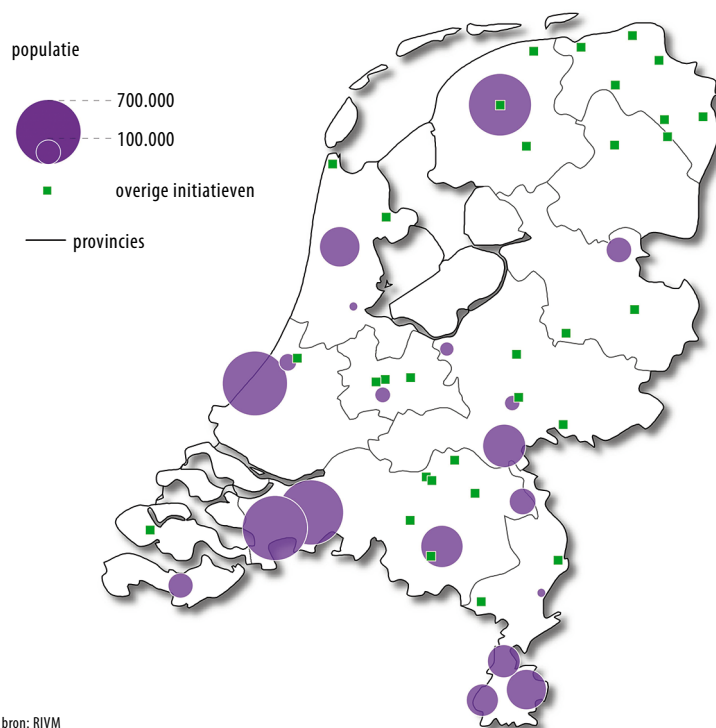
De meeste initiatieven richten zich op het leveren van goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Enkele initiatieven stellen ook het concept van ‘positieve



FIGUUR 1 De 6 stappen van een populatiegerichte aanpak.⁶ In stap 1 wordt de populatie van het project gedefinieerd. Dit kan op basis van verschillende in- en exclusiecriteria, zoals geografie (alle inwoners van een bepaalde regio), zorgverzekering (alle ingeschrevenen bij een bepaalde verzekeraar) of zorgverlener (alle ingeschrevenen bij een bepaalde huisarts). In stap 2 worden de gezondheid van de populatie en de kwaliteit en kosten van de zorg in kaart gebracht voor de in stap 1 gedefinieerde populatie. Hiermee wordt de behoefte aan preventie, zorg en ondersteuning in kaart gebracht. Op basis van deze uitkomsten wordt de populatie in stap 3 ingedeeld in subgroepen waarvoor specifieke interventies kunnen worden geselecteerd en op maat gemaakt. In stap 4 wordt voor alle subgroepen uit stap 3 een portfolio aan interventies geïmplementeerd op het gehele continuüm van preventie tot palliatieve zorg. Naast deze gerichte interventies kunnen er ook randvoorwaardelijke interventies worden ingezet om gedrags- of contextfactoren te beïnvloeden, zoals kostenbewustzijn en de realisatie van een data-infrastructuur voor uitkomstbepaling. Stap 5 is het evalueren van het effect van de interventies aan de hand van eerder vastgestelde uitkomstmaten. Idealerweise komen deze uitkomstmaten grofweg overeen met de 3 doelen: gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten. In stap 6 staat het kwaliteitsverbeteringsproces centraal. Met de informatie uit stap 5 kunnen verbeteringen worden aangebracht, bijvoorbeeld in de samenstelling van de subgroepen of in de keuze van de interventies.

gezondheid' centraal.¹⁰ Om de doelen te bereiken worden in de initiatieven verschillende thema's uitgewerkt en bijbehorende interventies ingezet.

Interventies voor professionals richten zich doorgaans op zowel eerste- als tweedelijnszorgverleners. Zij worden ondersteund bij het maken van doelmatige behandelkeu-



FIGUUR 2 Initiatieven met een populatiegerichte aanpak voor het verbinden van preventie, zorg en welzijn in Nederland. Paarse bollen staan voor initiatieven die aan alle 4 criteria voor populatiegerichte aanpak voldeden; groene vierkanten staan voor initiatieven die niet aan alle criteria voldeden. Deze kaart geeft deze situatie in de periode augustus-december 2015 weer.

zes, bijvoorbeeld door scholing, laagdrempelige consultatie van specialisten en geneesmiddelenformulieren. Interventies die gericht zijn op burgers hebben vooral betrekking op mensen met een chronische aandoening. Zij krijgen ondersteuning bij zelfmanagement en bij het streven naar een gezonde leefstijl. Daarnaast zijn er interventies als portals of apps die voor zowel patiënten als professionals informaties en diensten ontsluiten ('randvoorwaardelijke interventies'). Een voorbeeld hiervan is de app *Transmurale Werkafspraken Den Haag e.o.* De meeste interventies zijn gericht op medische zorg en minder op preventie of welzijn. Enkele initiatieven richten zich wel meer op verbinding van zorg, preventie en welzijn, met interventies voor kwetsbare ouderen (bijvoorbeeld *Verbonden in Zorg*) of geïntegreerde ggz (*Samen Sterker in de Zorg*). In 5 van de 19 initiatieven worden interventies uitgevoerd die specifiek gericht waren op collectieve preventie, zoals de 'Vitaal Vechtdal'-polissen en het Lijfstyle-event in Nieuwegein.

WIE DOEN MEE EN OP WELK NIVEAU?

Bij de meeste initiatieven beslissen zorgaanbieders samen met zorgverzekeraars hoe de populatiegerichte

aanpak wordt vormgegeven. Bij alle initiatieven zijn zowel eerstelijns- als tweedelijnszorgaanbieders betrokken. In de praktijk zijn het vaak managers van een zorggroep of gezondheidscentrum en directies en maatschappijen van ziekenhuizen in de regio die meebeslissen. Verder zijn in de meeste initiatieven ook welzijnsorganisaties en thuiszorgorganisaties betrokken, waarbij de participatie varieert van geïnformeerd worden tot meebeslissen. Gemeenten worden óf alleen geïnformeerd óf ze doen mee op het niveau van co-creatie of meebeslissen. Voor burgers varieert de participatie van adviseren tot meebeslissen. Zij worden vertegenwoordigd door patiënten- of cliëntenorganisaties of door individuele burgers. Daarnaast doen partijen zoals kennisinstituten, programmamanagers van ROS'en en ICT-bedrijven mee, vaak vanuit een ondersteunende rol.

WELKE POPULATIEGERICHTE ACTIVITEITEN WORDEN UITGEVOERD?

De populatiegerichte aanpak van de 19 initiatieven die aan onze criteria voldoen kunnen we beschrijven aan de hand van 6 stappen (zie figuur 1).⁶

Stap 1: afbakenen van de populatie De populatie van de initiatieven bestaat ofwel uit inwoners van een specifiek

TABEL Overzicht van initiatieven met een populatiegerichte aanpak voor het verbinden van preventie, zorg en welzijn in Nederland

initiatief*	op wie is de aanpak gericht?	populatiegrootte
Anders Beter	alle inwoners van de Westelijke Mijnstreek Zuid-Limburg	180.000
Beter Samen in Noord	deel van de inwoners van Amsterdam-Noord‡	14.000
Blauwe Zorg†	alle patiënten van huisartsen aangesloten bij ZIO	170.000
Care Innovation Center/ Cross Care	alle inwoners van de regio West-Brabant	695.000
Friesland Voorop†	alle inwoners van Friesland	646.200
Gezonde Zorg, Gezonde regio†	alle patiënten van huisartsen aangesloten bij Rijncoepel	55.000
GoedLevent†	alle inwoners van Zeeuws-Vlaanderen	107.000
MijnZorg†	alle inwoners van Oost-Zuid-Limburg	270.000
Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei	alle inwoners van de Noordelijke Maasvallei	120.000
Nieuwegein	alle inwoners van Nieuwegein die zijn ingeschreven bij 1 van de 4 gezondheidscentra	42.000
Nijkerk	alle patiënten van 2 gezondheidscentra in Nijkerk	34.000
Nijmegen op één lijn	alle inwoners in de regio Nijmegen	310.000
PELGRIM†	alle patiënten van huisartsen die deelnemen aan PELGRIM	42.000
Pro Vita	inwoners van de gemeente Beesel, vooral degenen die zorg gebruiken bij de organisaties die participeren in Pro Vita	14.000
Samen sterker in de Zorg†	alle patiënten van huisartsen aangesloten bij zorggroep HONK	271.000
Slimmer met Zorg†	alle CZ- en VGZ-verzekerden van huisartsen aangesloten bij de zorggroep PoZoB, SGE of DOH	300.000
Transmurale Zorg Den Haag en omgeving	alle inwoners van regio Haaglanden	700.000
Verbonden in Zorg	alle inwoners van de regio West-Brabant§	700.000
Vitaal Vechtdal†	alle inwoners van de gemeenten Hardenberg, Ommen en Coevorden	113.000

ZIO = Zorg In Ontwikkeling (eerstelijns zorgorganisatie); PoZoB = Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant; SGE = Stichting Gezondheidscentra Eindhoven; DOH = De Ondernemende Huisarts.

* In dit overzicht staan alleen initiatieven die voldoen aan de volgende 4 criteria: (a) gericht op een niet-ziektespecifieke populatie en wijkoverstijgend; (b) er is een langetermijnvisie met gezamenlijk populatiegericht doel; (c) omvat meerdere activiteiten; (d) er is een vorm van centrale aansturing.

† Dit initiatief is een proeftuin binnen de Landelijk Monitor Populatiemanagement.

‡ In Amsterdam-Noord wonen in totaal 91.000 mensen; in dit project richt men zich op 14.000 mensen met meervoudige en/of complexe problematiek.

§ Verbonden in Zorg heeft aangegeven per 2016 de populatie te verkleinen naar alleen Breda en omgeving; dit betreft 350.00 mensen.

geografisch gebied (n = 11) ofwel uit patiënten die zijn ingeschreven bij aangesloten regionale zorgaanbieders (n = 8; zie de tabel).

Stap 2: triple-aim-status vaststellen Van de meeste initiatieven weet men nog niet precies wat de gezondheidstoestand van de populatie, de kwaliteit van zorg en de kosten zijn, of men weet nog niet hoe deze het beste te meten zijn.

Stap 3: interventies kiezen Interventies worden veelal aangedragen door zorgaanbieders of adviescommissies, of komen voort uit een inventarisatie van regionale 'best practices'.

Stap 4: interventies implementeren De initiatieven bevinden zich in verschillende fasen van het implementatieproces, variërend van voorbereiden en uitvoeren van interventies op kleine schaal tot uitrollen van interventies in de gehele regio.

Stap 5: evalueren Doorgaans doet men een procesevaluatie en evalueert men daarnaast de afzonderlijke interventies. Van geen enkel initiatief wordt het effect van alle interventies samen op de gezondheid van de populatie, de kwaliteit van zorg en de kosten geëvalueerd. Vaak ontbreken de juiste gegevens hiervoor, omdat informatiesystemen van bijvoorbeeld de huisarts en specialist niet goed te koppelen zijn.

Stap 6: verbetercyclus De afzonderlijke interventies van de verschillende initiatieven doorlopen doorgaans wel een verbetercyclus, maar er is nog geen of slechts een beperkte evaluatie van de populatiegerichte aanpak in zijn geheel, dat wil zeggen: alle interventies van een initiatief samengenomen.

LEERPUNTEN

- Een populatiegerichte aanpak heeft tot doel de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de groei van de kosten te beheersen, de zogenoemde 'triple aim'.
- Bij een populatiegerichte aanpak staat de populatie in een regio centraal.
- Een belangrijk kenmerk van een populatiegerichte aanpak is de verbinding van preventie, zorg en welzijn.
- Er is een grote variatie in verschijningsvormen van populatiegerichte initiatieven in Nederland.
- De ontwikkelingen binnen de verschillende initiatieven zijn volop gaande en men is op zoek naar optimale vormen van samenwerking, organisatie, gegevensuitwisseling en financiering.
- Er is beperkt inzicht in wat het totaal aan interventies voor de gezondheid van de populatie, de kwaliteit van zorg en de zorgkosten oplevert.

HOE WORDEN INITIATIEVEN EN INTERVENTIES BEKOSTIGD?

Interventies worden betaald vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of door een beroep te doen op de zogenoemde beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties', waarmee de Nederlandse Zorgautoriteit de financiering op zich neemt. Daarnaast vindt financiering plaats door provincie, gemeente, ZonMw of andere subsidieverstrekkingen. Soms financieren commerciële partijen mee, zoals farmaceutische bedrijven. Verder experimenteert men bij 9 initiatieven met 'shared savings'-bekostigingsmodellen; hierbij worden eventuele besparingen gebruikt voor nieuwe projecten binnen het initiatief. De overheadkosten van de initiatieven worden vooral betaald vanuit de eigen middelen van aangesloten zorgaanbieders, uit ondersteuningsgelden van verzekeraars of uit het innovatiefonds van de verzekeraars.

BESCHOUWING

In dit onderzoek vonden we 19 initiatieven waarbij zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en burgers samenwerken aan een populatiegerichte aanpak. In deze initiatieven wordt geëxperimenteerd met verschillende organisatievormen, niveaus van participatie, uitrol van interventies en bekostiging. Opvallend is dat de betrokken partijen zich weliswaar geëngageerd hebben aan het verbinden van preventie, zorg en welzijn, maar dat dit nog niet tot uiting komt in de gekozen interventies. Inzicht in de effecten van de initiatieven op de gezondheid van de populatie, de kwaliteit van zorg en de zorgkosten – de triple aim – ontbreekt, voornamelijk omdat gegevensuitwisseling tussen partijen moeizaam verloopt.

Er zijn géén initiatieven aan te wijzen die duidelijk voorlopen op de rest.

We vonden ook nog 34 potentiële populatiegerichte initiatieven. Deze richten zich vooralsnog op ziektespecifieke groepen of op één wijk. De vraag is echter of het uitmaakt voor het slagen van een populatiegerichte aanpak of eerst wordt uitgegaan van een brede regionale populatie en daarbinnen dan de focus wordt gelegd op specifieke groepen en interventies, of dat men eerst kleinschaliger begint bij één doelgroep of één wijk en dan verder uitbreidt naar andere doelgroepen of een groter gebied. We zagen in deze inventarisatie dat beide strategieën voorkomen. Vanwege de verscheidenheid en de dynamiek in het veld is het dan ook zinvol om deze inventarisatie te herhalen.

KANTTEKENINGEN BIJ HET ONDERZOEK

Bij dit onderzoek zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Hoewel we via verschillende wegen tot de identificatie van de initiatieven kwamen, waren de gebruikte bronnen niet uitputtend. Gedetailleerde informatie over de initiatieven was voornamelijk gebaseerd op interviews met de managers. Hierdoor hadden we minder zicht op de ervaringen van de andere partijen die bij de initiatieven betrokken zijn. Ook was niet duidelijk of en hoe de individuele professionals en burgers de populatiegerichte aanpak ervaren. Bovendien bepalen de gebruikte selectiecriteria voor een populatiegerichte aanpak mede het beeld dat wij geven van de huidige situatie.

INTERNATIONALE ONTWIKKELINGEN EN UITDAGINGEN

Wat er in Nederland gebeurt staat niet op zichzelf. Internationaal zijn soortgelijke ontwikkelingen rond de populatiegerichte aanpak gaande. Zo hebben veel zorgaanbieders in de Verenigde Staten zich verenigd in 'accountable care organisations' en 'alternative quality contract groups'.¹¹⁻¹⁴ In Engeland zijn in 2013 'clinical commission groups' geïntroduceerd, in Duitsland zijn regionale initiatieven ontstaan, zoals *Gesundes Kinzigtal*, en in Basenland is *Microsystems* van start gegaan.¹⁵⁻¹⁷

Het centrale gegeven in al deze ontwikkelingen is de uitdaging om de grenzen tussen aanbieders van preventie, zorg en welzijn te overstijgen en samen te werken aan het bereiken van de triple aim. Dit vraagt niet alleen betere gegevensuitwisseling tussen partijen, maar ook een verdere ontwikkeling van indicatoren op het terrein van bijvoorbeeld functioneren, welzijn en sociale participatie, om de effecten van een populatiegerichte aanpak te kunnen meten.^{18,19} Daarnaast moet gekeken worden naar nieuwe bekostigingsmodellen en financiële prikkels. Het aanhaken van zowel de zorgverzekeraar als de gemeente is hierbij van belang.

CONCLUSIE

Verspreid over Nederland verschijnen steeds meer initiatieven die een populatiegerichte aanpak volgen of in die richting bewegen. Blauwdrukken om op regionaal niveau succesvol preventie, zorg en welzijn te verbinden bestaan echter nog niet. Het is daarom essentieel de ervaringen vanuit verschillende initiatieven bij elkaar te brengen om zo te leren van elkaar en populatiemanagement verder te ontwikkelen.

Henriëtte Giesbers (sociaal-geograaf, RIVM), Roy Hendriks (aio evaluatie populatiemanagement, Universiteit Tilburg) en Eline de Vries (aio gezondheidseconomie, Universiteit Tilburg) droegen bij aan dit onderzoek, evenals

regionale sleutelfiguren en managers van initiatieven met een populatiegerichte aanpak. Michael van den Berg (zorgonderzoeker, RIVM) droeg bij aan een eerdere versie van dit artikel.

Belangenconflict en financiële ondersteuning voor dit artikel: dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 28 december 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D849

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D849**

LITERATUUR

- 1 Samen werken aan duurzame zorg: Landelijke monitor proeftuinen. Rapportnummer 2015-0076. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2015.
- 2 Steenkamer BM, Drewes HW, Heijink R, Baan CA, Struijs JN. Defining population health management: a scoping review of the literature. *Popul Health Manag.* 2017;20:74-85.
- 3 Kamerbrief over preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2016.
- 4 Alles is gezondheid: het Nationaal Programma Preventie 2014-2016. Den Haag: Rijksoverheid; 2013.
- 5 Kamerbrief over proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten'. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2013.
- 6 Struijs JN, Drewes HW, Heijink R, Baan CA. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. *Health Policy.* 2015;119:522-9.
- 7 Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J Am Inst Plann.* 1969;35:216-24.
- 8 Edelenbos J, Monnikhof R. Spanning en interactie: een analyse van interactief beleid in lokale democratie. Amsterdam: Instituut voor Publiek en Politiek; 1998.
- 9 Lemmens LC, de Bruin SR, Struijs JN, Rijken M, Nijpels G, Baan CA. Patient involvement in diabetes care: experiences in nine diabetes care groups. *Int J Integr Care.* 2015;15:e044.
- 10 Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ.* 2011;343:d4163.
- 11 Barnes AJ, Unruh L, Chukmaitov A, van Ginneken E. Accountable care organizations in the USA: types, developments and challenges. *Health Policy.* 2014;118:1-7.
- 12 Chernew ME, Mechanic RE, Landon BE, Safran DG. Private-payer innovation in Massachusetts: the alternative quality contract. *Health Aff (Millwood).* 2011;30:51-61.
- 13 Song Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP, Chernew ME. Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *N Engl J Med.* 2014;371:1704-14.
- 14 Ruwaard S, Struijs JN, Douven R, Polder J. Leren van zorgbrede bekostiging à la VS. *Med Contact (Bussum).* 2015;13:628-31.
- 15 Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *Int J Integr Care.* 2010;10:e046.
- 16 Bengoa R. Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *Int J Integr Care.* 2013;13:e039.
- 17 National Health Services. About CCGs. www.nhscc.org/ccgs, geraadpleegd op 19 oktober 2016.
- 18 Hendriks RJP, Drewes HW, Spreeuwenberg M, Ruwaard D, Struijs JN, Baan CA. Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. *Health Policy.* 2016;120:471-85.
- 19 De Vries EF, Struijs JN, Heijink R, Hendriks RJ, Baan CA. Are low-value care measures up to the task? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:405.