



Niet van later zorg

99 x inspiratie, opvallende gedachten en overwegingen



Inhoud

KOP

Voorwoord	7
De bundel	9
De debatreeks	17

ROMP

Inspiratie uit de debatten	24
----------------------------	----

STAART

Het digitaal debat voor meer inspiratie	62
---	----



Kop

Voorwoord
De bundel
De debatreeks



Voorwoord

HET WOORD IS AAN U, DE TOEKOMST BEGINT NU!

In de afgelopen jaren is hard gewerkt aan een toekomstbestendig gezondheidszorgstelsel. Door de stelselwijziging zijn de randvoorwaarden neergezet om voor iedereen de beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid in de toekomst te waarborgen. Maar er is meer nodig voor hoogwaardige en toegankelijke zorg. Ontwikkelingen, zoals de vooruitgang in medische behandelingen, preventie en een betere organisatie van de gezondheidszorg, dragen bij aan een verbetering van de kwaliteit van zorg(verlening). Echter, niemand weet precies in welke richting deze ontwikkelingen gaan. De toekomst laat zich immers niet voorspellen. Het is wel belangrijk om na te denken over de uitdagingen die op ons af komen en de mogelijke oplossingsrichtingen om deze uitdagingen aan te gaan.

Het ministerie van VWS wil daarom graag met alle betrokken uit het zorgveld nadenken over de toekomst van onze gezondheidszorg. Hiervoor heeft het ministerie aan het begin van dit jaar de bundel *Niet van later zorg* gepubliceerd. Daarna zijn er door het ministerie vijf toekomstdebatten in Nederland

georganiseerd. Ik ben verheugd dat voor deze debatten een grote belangstelling was. Het toont aan dat het zorgveld zeer betrokken is bij de toekomst van de zorg.

De 99 meest opvallende gedachten en overwegingen uit de debatreeks zijn in deze bloemlezing gebundeld. Via deze weg wil ik iedereen die heeft deelgenomen aan één of meerdere debatten bedanken voor hun bijdrage. Ik hoop dat de 99 quotes een aanleiding vormen om de interne discussie binnen organisaties over de toekomst van de zorg voort te zetten en u inspireren tot verder debat.

Want het nadenken stopt niet bij deze bloemlezing. De toekomst blijft immers altijd actueel. Daarom krijgen de debatten nu een digitaal vervolg. Ik nodig u daarbij van harte uit om samen met het ministerie verder te discussiëren op www.toekomstvandezorg.nl.

Geert van Maanen,
secretaris-generaal van het ministerie van VWS



De bundel

De bundel

Hoe het begon...

Op 22 januari is de bundel, *Niet van later Zorg*, door de toenmalige Secretaris-generaal Roel Bekker aan de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Hoogervorst aangeboden. Daarna is de bundel meegestuurd met het februari nummer van het magazine *Zorgvisie* naar 3.200 adressen. Via de website van het ministerie van VWS konden vervolgens exemplaren worden aangevraagd. Op deze manier zijn er nog ruim 3000 bundels verstuurd.

In de bundel wordt een beeld geschetst van de toekomstige spelers op het zorgveld. Door gebruik te maken van vier scenario's is het mogelijk om een completer beeld te schetsen van hoe de toekomst eruit kan zien. De bundel *Niet van later Zorg* heeft als doel om de discussie over de toekomst van de zorg aan te jagen. Dit is een permanente doelstelling. De beginsignalen zijn positief. Hierbij gaat het bereik verder dan de Raden van Bestuur. We zijn blij verrast dat de bundel aanslaat bij iedereen die op de een of andere manier betrokken is bij de zorg. Dus ook werknemers, familieleden, studenten, ect.

“ In verband met mijn afstudeeronderzoek aan de VU naar preventie en innovatie in de gezondheidszorg zou ik graag de bundel Niet van later zorg willen bestellen. ” Een student

Uit vele reacties op de bundel blijkt dat de bundel goed wordt gelezen en mensen aan het denken zet over hun eigen rol in de gezondheidszorg in de toekomst.

Een impressie van de reacties die het ministerie ontving na de publicatie van de bundel:

- “Wij willen graag aan alle zorgmanagers, afdelingshoofden en staffunctionarissen de bundel *Niet van later zorg* uitreiken. Is het mogelijk dat wij van deze bundel 50 exemplaren ontvangen?” *Een ziekenhuis*
- “Hiermee wil ik graag op verzoek van onze Raad van Bestuur in aanmerking komen voor de bundel: *Niet van later zorg*.” *Een Medisch centrum*
- “Graag zou ik het boekje *Niet van later zorg* willen bestellen in 8-voud, naar aanleiding van de uitnodiging voor het debat op 7 juni in Leeuwarden.” *Een Hogeschool*
- “Graag zou ik in het bezit komen van de bundel *Niet van later zorg*. Vanuit mijn functie als leidinggevende en projectleider ben ik zeer geïnteresseerd in het debat over de toekomst.” *Betrokkene kinderen met Downsyndroom*
- “Middels deze mail zou ik graag 10 exemplaren bestellen van de bundel *Niet van later zorg*.” *Centrum Indicatiestelling Zorg*
- “Via mijn schoolmail werd ik geïnformeerd dat ik de bundel latere zorg, via dit mail adres gratis kon bestellen. Het lijkt me interessant deze te kunnen lezen, bij deze wil ik er dus graag een bestellen!” *Een student*
- “Graag ontvang ik de bundel *Niet van later zorg*. Door mijn werk in de gezondheidszorg wil ik deze notitie graag kunnen raadplegen en trends eruit toepassen.” *Een werknemer in de gezondheidszorg*
- “Graag wil ik namens mijn ouders de bundel *Niet van later zorg* bestellen.” *Een kind*
- “Is het mogelijk mij voor de Orde van Medisch Specialisten een 5-tal exemplaren van de bundel *Niet van later zorg* toe te sturen?” *Orde van Medisch Specialisten*
- “Mede dankzij het debat over de toekomst van de zorg en dynamisch ondernemerschap (donderdag 7 juni), zijn wij als mens en organisatie geïnteresseerd in de bundel *Niet van later zorg*. Bij deze zou ik willen vragen of wij een exemplaar toegezonden kunnen krijgen?” *Een manager PR & Communicatie van een woonzorg groep*
- “In verband met mijn afstudeeronderzoek aan de VU naar preventie en innovatie in de gezondheidszorg zou ik graag de bundel *Niet van later zorg* willen bestellen.” *Student*
- “Voor onze cliëntenraad thuiszorg wil ik graag 5 bundels ‘Niet van later zorg’ bestellen.” *Thuiszorg*

“ Graag ontvang ik de bundel *Niet van later zorg*. Door mijn werk in de gezondheidszorg wil ik deze notitie graag kunnen raadplegen en trends eruit toepassen. ” *Een werknemer in de gezondheidszorg*

- “Graag zou ik 8 exemplaren van de bundel *Niet van later zorg* bij u willen bestellen voor de interne discussie binnen ons MT over de focus van onze instelling naar de toekomst.” *Zorggroep manager bij een ziekenhuis*
- “Naar aanleiding van een artikel in het Tijdschrift voor verpleegkundigen ben ik zeer geïnteresseerd in de bundel *Niet van later zorg*. Binnen ons architectenbureau wordt de opdrachtgever in de ‘zorg’ een steeds groter wordende groep.” *Een architectenbureau*
- “Graag zou ik van u twee exemplaren ontvangen van de bundel *Niet van later zorg*. Ik heb de bundel zelf gelezen en zou de bundels ook graag voorleggen aan directie en Raad van Toezicht van een zorginstelling waaraan ik als lid RvT ben verbonden.” *Een verpleeghuisarts*
- “Bij mijn collega zag ik de bundel *Niet van later zorg*. Ik werd er zeer door geïntrigeerd. Graag ontvang ik van u een exemplaar van deze bundel, zodat ik er zelf diepgaander kennis van kan nemen.”
Een arts en manager in de AWBZ
- “In het kader van een opleiding Casemanagement, zijn wij bezig met een groepsopdracht om trends en ontwikkelingen in de sector Zekerheid (zorgverzekeringstelsel) in kaart te brengen. De Bundel *Niet van later zorg* kan ons een beter inzicht verschaffen in de toekomst van de zorg. Als studiegroepje willen we graag vier exemplaren aanvragen.” *Een studiegroepje*
- “Ik wil als docent hbo-v deze bundel gebruiken binnen het onderwijs, wanneer het mogelijk is meerder exemplaren van de bundel te ontvangen zou u mij daar ontzetten mee helpen.” *Een docent hbo-v*
- “Als oprecht geïnteresseerde, reeds lang werkend in de zorgsector ontvang ik graag de bundel *Niet van later zorg*.” *Een coach bij veranderingsprocessen in de zorg*
- “Ik werk als zorgcoördinator. Graag wil ik voor de afdeling een aantal boekjes bestellen, omdat het interessant is om te zien hoe de zorg er later uit gaat zien en hierover discussies te houden.” *Een zorgcoördinator in een ziekenhuis*
- “Ik doceer op de hogeschool. Geef daar als gastdocent les aan managers in de zorg. De bundel sluit perfect aan bij de thema’s die ik behandel. Zou het mogelijk zijn om voor de huidige cursisten en de aankomende een boekje te bestellen. 2 x 22 stuks = 44?” *Docent hogeschool*
- “Graag ontvang ik de bundel *Niet van later zorg*. In het kader van strategische personeelsplanning is het voor ons interessant om de scenario’s te betrekken in de bemensing van de toekomstige zorgvraag.”
HRM adviseur thuiszorg

“ Bij mijn collega zag ik de bundel *Niet van later zorg*. Ik werd er zeer door geïntrigeerd. Graag ontvang ik van u een exemplaar van deze bundel, zodat ik er zelf diepgaander kennis van kan nemen. ” *Een arts en manager in de AWBZ*

- “Met veel belangstelling heb ik de bundel ‘Niet van later zorg’ gelezen. Graag wil ik genoemde bundel binnen mijn afdeling verspreiden onder de verpleegkundig hoofden en andere leidinggevenden. Derhalve verzoek ik u mij een 20-tal exemplaren toe te sturen.” *UMC*
- “Graag ontvangen wij van u 50 exemplaren van de bundel *Niet van later zorg*. De exemplaren willen we ter beschikking stellen aan onze achterban door ze aan te bieden aan de mensen die onze ALV bezoeken half april. Tevens willen we de inhoud van de bundel bespreken in voorkomende overlegsituaties.”
Een Regionaal Patiënten Consumenten Platform
- “Met de diefstal van mijn laptop(tas) is helaas ook uw bundel *Niet van later zorg* ontvreemd. Wilt u zo vriendelijk zijn mij nogmaals een exemplaar toe te sturen?” *Een verzekeraar*
- “Ik zou graag de bundel *Niet van later zorg* willen ontvangen. Ik ben erg onder de indruk van de samenvatting die op internet zichtbaar was. Ik ben werkzaam als cardiothoracaal chirurg en op die manier sterk betrokken bij de zorg. Het hartcentrum vervult een belangrijke maatschappelijke functie. Meedenken over de toekomst heeft mijn interesse en grote belangstelling.” *Een cardiothoracaal chirurg*
- “Recentelijk hebben we uw brochure *Niet van later zorg* ontvangen waar we heel enthousiast over zijn. Graag willen we deze gebruiken bij een project waar we mee bezig zijn, is het mogelijk om 15 exemplaren te ontvangen?” *Een bedrijf in medische product innovaties*
- “Wij willen in onze organisatie het rapport *Niet van later zorg* uitgebreid met alle leidinggevenden bespreken.”
Ambulancezorg
- “Voor de ontwikkeling van mijn zorghotelplan ontvang ik graag de bundel *Niet van later zorg*.” *Een zorgondernemer*
- “Ik geef leiding aan een team consultants in de Gezondheidszorg. Graag zou ik hen deze bundel overhandigen. Kan ik in het bezit geraken van 35 bundels?” *Consultant*
- “Graag zou ik de bundel: *Niet van later zorg* willen ontvangen. Deze bundel kan worden verzonden naar: Ministerie van Defensie.” *Ambtenaar ministerie van Defensie*

“ Bij deze het verzoek om 5 maal de bundel Niet van later zorg naar mij op te sturen. Dit mede vanwege een discussie welke wij binnenkort willen gaan houden omtrent opleidingsbeleid verpleegkundigen. ” *Clustermanager zorg van een ziekenhuis*

De bundel wordt gebruikt bij congressen en debatten die door het zorgveld worden georganiseerd.

De bundel heeft ook geïnspireerd tot debat. Naast de vijf debatten die door het ministerie van VWS zijn georganiseerd, hebben ook anderen de bundel gebruikt als input bij debat:

- Naar aanleiding van de uitgave *Niet van later zorg* is tijdens een bijeenkomst van het Netwerk Zorgondernemers gediscussieerd over de toekomst van de zorg in Nederland. Iemand van het Ministerie van VWS is in een korte inleiding ingegaan op hoe Nederlanders naar de Zorg kijken, de Toekomstverwachtingen en de Toekomst scenario's. Na deze presentatie hebben de deelnemers van het Netwerk Zorgondernemers met elkaar gesproken over hun eigen ideeën en verwachtingen met betrekking tot de toekomstige zorg in Nederland. De krapte op de personeelsmarkt werd gezien als één van de grootste risico's voor zorgaanbieders de komende jaren. De grootste veranderingen worden verwacht in de thuiszorg, waar het personeelstekort groot zal zijn en het gebruik van domotica toepassingen zal groeien, en bij de chronisch zieken die veel meer aan zelfzorg zullen kunnen doen door ICT toepassingen.
- Tijdens een tweedaags congres van de Vereniging Managers Patiëntenzorg rondom het thema "Focus op de toekomst" staat op de tweede dag de bundel *Niet van later zorg* centraal. Na een inleiding over de vier scenario's worden de deelnemers elk in een scenario geplaatst. Ze krijgen stellingen voorgeschoteld waar ze, vanuit hun scenario en levend in 2020, een oplossing voor moeten bedenken. Zo bedacht men voor het personeelstekort in het scenario Samen Delen een sociale dienstplicht, terwijl men in het scenario Keuzerijk Perspectief dacht aan het aantrekken van buitenlandse verpleegkundigen. Daarna gingen de vier groepen onderling in discussie over de mogelijke oplossingen. Tenslotte werd de aanwezigen gevraagd om na te denken over wat er vandaag de dag zou moeten gebeuren om de uitdagingen in 2020 het hoofd te kunnen bieden.
- In het najaar van 2007 wordt een lustrumviering van een regionaal patiënten consumenten platform georganiseerd dat mede is vormgegeven aan de hand van de bundel *Niet van later zorg*. Na een algemene introductie door iemand van het Ministerie van VWS zullen de deelnemers in vier workshops discussiëren over de thema's langdurige zorg, curatieve zorg, zorg voor allochtonen en de jeugdzorg. Het is de bedoeling dat de deelnemers per workshop worden verdeeld over vier scenario's en dat ze vanuit dat toekomstperspectief inbreng leveren. Hierbij gaat het erover hoe het workshoponderwerp er in het jaar 2020 uitziet en wat de patiënten- en consumenteninbreng in het jaar 2020 is met betrekking tot het workshoponderwerp.
- Een expert in huisvestings- en vastgoedvraagstukken heeft de bundel gebruikt als input voor een discussiemiddag over de toekomst van de zorg.

- Een brancheorganisatie van/voor de producenten/handelaren in medische apparatuur gebruikte de bundel *Niet van later zorg* als inspiratie voor een seminar over de waarde van medische technologie.

De bundel wordt gebruikt als kernlesmateriaal bij een nieuwe cursus over de toekomst van de zorg die in het najaar start.

- STG Health Management Forum biedt een leergang 'Toekomstverkenningen en strategieontwikkeling gezondheidszorg' aan. De bundel *Niet van later zorg* is gebruikt bij de ontwikkeling van deze cursus en wordt als kernlesmateriaal gebruikt.

De bundel

“ Met de diefstal van mijn laptop(tas) is helaas ook uw bundel ‘Niet van later zorg’ ontvreemd. Wilt u zo vriendelijk zijn mij nogmaals een exemplaar toe te sturen? ” Een verzekeraar



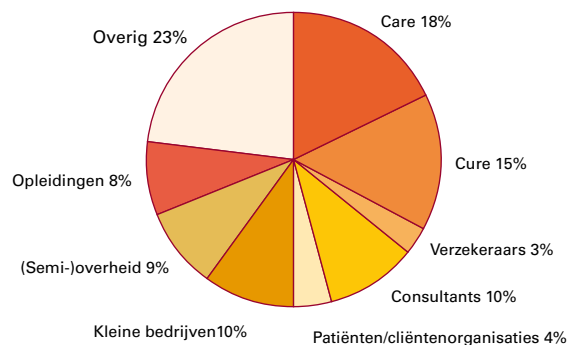
De debatreeks



De debatreeks

Het debat op 22 januari, waar de bundel Niet van later zorg gepresenteerd werd, vormde het startschot voor een intensieve gedachtewisseling met het zorgveld door middel van een landelijke debatreeks. In de maanden april, mei en juni zijn door het hele land vijf debatten georganiseerd waar iedereen zijn visie op de toekomst van de zorg kon laten horen. Per bijeenkomst werd er gediscussieerd over één thema. In onderstaande tabel staat wanneer, waarover en waar de debatten plaatsvonden.

<i>Datum</i>	<i>Thema</i>	<i>Locatie</i>
16 april	Solidariteit	CoornhertCentrum Den Haag
14 mei	Arbeidsmarkt	Erasmus MC Rotterdam
21 mei	Brede eerste lijn	Zorggroep Almere
7 juni	Dynamisch ondernemerschap	Medisch Centrum Leeuwarden
18 juni	Preventie	Pieter van Foreest, Delft



De debaters

Aan de vijf debatten hebben in totaal 725 personen uit het zorgveld deelgenomen. De animo voor deelname aan de debatten was veel groter. Maar de debatten zaten allemaal vol. Bij ieder debat waren er tussen de 108 en 166 deelnemers aanwezig, vrijwel gelijk aan de capaciteit van de zaal waar het debat plaatsvond. 84 deelnemers hebben deelgenomen aan meerdere debatten, waarvan er één heeft meegedebatteerd tijdens alle vijf.

De deelnemers aan de toekomstdebatten waren afkomstig uit alle hoeken van de zorg. In de tabel en grafiek is dit weergegeven. Eénderde van alle debaters was afkomstig van zorginstellingen uit de cure of de care. Daarnaast waren er verzekeraars, patiënten/cliënten-organisaties, consultants, kleine bedrijven, studenten en docenten en overheidsfunctionarissen bij de debatten aanwezig. De deelnemers die niet in één van bovenstaande categorieën konden worden ingedeeld, staan in de categorie overig. Dit zijn onder andere banken, zorgplatforms, samenwerkingsverbanden, enkele stichtingen, organisaties en bedrijven op het gebied van de Human resources en de grote industrieën van geneesmiddelen en medische apparatuur.

De debatreeks

Verdeling van de sectoren per debat

Sector	Solidariteit	Arbeidsmarkt	Brede eerste lijn	Dynamisch ondernemerschap	Preventie	Gewogen gemiddelde per debat
Care	38%	17%	20%	9%	12%	18%
Cure	9%	17%	19%	13%	16%	15%
Verzekeraars	4%	1%	4%	5%	4%	3%
Consultants	7%	4%	16%	13%	10%	10%
Patiënten/cliëntenorganisaties	3%	2%	5%	1%	9%	4%
Kleine bedrijven	6%	7%	10%	20%	8%	10%
Overheid	14%	10%	6%	5%	12%	9%
Opleidingen	6%	17%	2%	11%	2%	8%
Overig	13%	25%	17%	23%	27%	23%

Enkele opvallende conclusies die hieruit getrokken kunnen worden zijn:

- De caresector had grote interesse in het toekomstdebat met als thema solidariteit. Met bijna veertig procent van alle deelnemers zijn zij hier twee keer zoveel vertegenwoordigd als tijdens de andere debatten.
- De scholieren, studenten, docenten en bestuurders van onderwijsinstellingen hebben in groten getale deelgenomen aan het toekomstdebat over de arbeidsmarkt.
- Tijdens het debat over de brede eerste lijn is de aanwezigheid van deelnemers uit alle sectoren grotendeels gemiddeld.
- Bij het toekomstdebat met het thema dynamisch ondernemerschap waren de deelnemers van de kleine bedrijven, met twintig procent van de debaters, twee keer zo goed vertegenwoordigd als tijdens de andere debatten.
- De patiënten/cliënten-organisaties waren het meest aanwezig tijdens het debat over preventie. Eén op de tien deelnemers was tijdens dit debat afkomstig uit deze categorie.



Romp

Inspiratie uit de debatten
Kick off debat
Solidariteit
Arbeidsmarkt
Brede eerste lijn
Dynamisch ondernemerschap
Preventie



Inspiratie uit de debatten



Een bloemlezing uit de zes debatten die van januari tot en met juli 2007 in Nederland zijn georganiseerd

Kick off debat

22 januari 2007, Ministerie van VWS

Voor de bijeenkomst, waar de bundel *Niet van later zorg* werd gepresenteerd, is een aantal opinion leaders uit het veld uitgenodigd.

Aan het begin van dit debat is de bundel *Niet van later zorg* door de toenmalige SG Roel Bekker aan de demissionair minister Hans Hoogervorst aangeboden. Vlak voor het aantreden van het nieuwe kabinet, zegde Hoogervorst toe dat hij zijn opvolger dit boekwerk van harte zou aanbevelen. De bundel is immers bedoeld als inspiratie voor iedereen die betrokken is bij de zorg.

Het debat over de toekomst van de gezondheidszorg kent geen begin en geen einde. De bundel heeft dan ook niet als doel om te vertellen hoe de toekomst er exact uitziet, maar als doel om de discussie over de toekomst van de gezondheidszorg aan te jagen. De publicatie van de bundel kan gezien worden als het startsein voor deze discussie.

Debatleider: Felix Rottenberg, voormalig partijvoorzitter PvdA

Op de vraag van Rottenberg waarover het tijdens het debat zou moeten gaan, antwoorden de aanwezigen:

Preventie

Solidariteit

Transparantie

Zorg als baten

Hoe creëer je een werkgever waar iedereen trots op is

Arbeidsmarkt

ICT, innovatie, dynamisch ondernemerschap

Patiënt empoweren

Brede eerste lijn

**Inspiratie uit
de debatten**



Mede door de uitkomsten van het eerste debat op 22 januari is besloten in de vijf landelijke debatten in te gaan op de volgende thema's: solidariteit, arbeidsmarkt, brede eerste lijn, dynamisch ondernemerschap en preventie. In de nu volgende blokken worden per debat enkele kernegevens en quotes uit de presentaties gegeven.

Solidariteit

16 april, Humanitas Groep Den Haag, CoornhertCentrum

<i>Gastheer:</i>	Joost Happel, Bestuurder Humanitas Groep Den Haag CoornhertCentrum
<i>Vertegenwoordiger VWS:</i>	Jet Bussemaker, Staatssecretaris
<i>Debatleider:</i>	Paul Schnabel, Algemeen directeur Sociaal en Cultureel Planbureau
<i>Spreker VWS:</i>	Frido Kraanen
<i>Externe spreker:</i>	Lodewijk de Waal, Directeur vereniging Humanitas

Joost Happel: "Verzorgingshuizen zijn geen verouderd concept en zijn met 90 euro per dag relatief goedkoop."

Jet Bussemaker: "Solidariteit is een bindmiddel in onze samenleving. Daarom moeten we onderlinge betrokkenheid stimuleren. Ik nodig hierbij iedereen uit om vrijuit mee te denken over de toekomst van de zorg."

Frido Kraanen: "Ik ga het vandaag hebben over de formele solidariteit: geld dus. Iedereen weet dat de uitgaven aan de gezondheidszorg stijgen. Dat is niet erg als iedereen bereid blijft om deze stijgende kosten collectief te betalen, maar daar zit de uitdaging. Het draagvlak om de alsmaar toenemende uitgaven voor de gezondheidszorg te betalen stijgt niet hard genoeg mee. Ik wil u daarom de volgende vraag stellen: hoe kunnen we de noodzakelijke financiële solidariteit voor de toekomst veilig stellen?"

Lodewijk de Waal: "Ik ga het vooral hebben over een andere vorm van solidariteit; informele solidariteit. Vrijwilligers en mantelzorgers zijn heel belangrijk voor het in stand houden van de zorg. Maar de overheid moet niet meer taken richting het vrijwilligerswerk schuiven vanuit de bezuinigingsgedachte. Bovendien zou de overheid er goed aan doen het vrijwilligerswerk financieel te ondersteunen. Ik ben wel optimistisch over de warme solidariteit, ook in de toekomst, als we het juiste klimaat scheppen in de zorg, waarbij we de regie van het leven weer terug geven aan de mensen zelf."

Na de inleiding volgde het debat met de zaal onder leiding van Paul Schnabel.



Arbeidsmarkt

14 mei, Erasmus MC Rotterdam

<i>Gastheer:</i>	Hans Büller, Voorzitter Raad van Bestuur Erasmus MC
<i>Vertegenwoordiger VWS:</i>	Ab Klink, Minister Jet Bussemaker, Staatssecretaris
<i>Debatleider:</i>	Paul Iske, Chief dialogue officer ABN AMRO
<i>Spreker VWS:</i>	Han Middelplaats
<i>Externe spreker:</i>	Marc Berg, Partner Plexus Medical Group

Hans Büller: “Welkom in de collegezalen van het Erasmus MC. Ik ben verheugd de minister na afloop van het debat iets te kunnen laten zien van het arbeidsmarktbeleid van het universitaire ziekenhuis.”

Ab Klink (mede namens staatssecretaris Bussemaker): “Het aanpakken van de knelpunten op de arbeidsmarkt is een speerpunt gedurende deze kabinetsperiode. Daarbij willen wij de rol benadrukken die innovatie hierbij zal gaan spelen. Daarnaast is het belangrijk dat de zorg niet alleen als kostenpost wordt gezien, maar dat meer in termen van baten wordt gedacht.”

Han Middelplaats: “In 2020 zijn er 480.000 meer arbeidskrachten nodig in de zorg dan nu. Het aantal werkenden in Nederland groeit in die periode met 250.000. Dus zelfs als die allemaal in de zorg gaan werken komen we nog bijna 50% te kort. Naar verwachting zullen tekorten zich het eerst en het ergst voordoen in de langdurige zorg. Om de verwachte tekorten te beperken zijn er verschillende oplossingsrichtingen, waaronder: voldoende en goed opleiden, investeren in lager opgeleiden en zij-instromers en het creëren van een uitdagend werkklimaat.”

Marc Berg: “Binnen de organisatie van de zorg zijn verbeteringen mogelijk waardoor minder arbeidskrachten nodig zijn. Zorg van hogere kwaliteit leidt tot lagere kosten. Daarnaast kan de zorg naar schatting nog zo’n 30% efficiënter georganiseerd worden. Transparantie en het juiste bekostigingssysteem vormen de randvoorwaarden die de kwaliteit zullen verhogen en de arbeidsproductiviteit laten stijgen waardoor ook de kosten zullen dalen.”

Na de inleiding volgde het debat met de zaal onder leiding van Paul Iske.



Inspiratie uit
de debatten



Brede eerste lijn

21 mei 2007, Zorggroep Almere, Archipel Centrum voor Wonen, Zorg en Welzijn

<i>Gastheer:</i>	Rob Kuster, Locatiemanager Archipel
<i>Vertegenwoordiger VWS:</i>	Theo van Uum, Directeur directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid
<i>Debatleider:</i>	Ben Crul, Hoofdredacteur Medisch Contact
<i>Spreker VWS:</i>	Fred Krapels
<i>Externe spreker:</i>	Jos Stienen, Voorzitter Raad van Bestuur Zorggroep Almere

Inspiratie uit
de debatten

Rob Kuster "Ik heet iedereen van harte welkom in de Archipel. De Archipel is een woonzorgcentrum dat deel uitmaakt van de Zorggroep Almere. Ik hoop dat u vandaag een nuttige discussie heeft over de brede eerste lijn, iets waar we in Almere al geruime tijd aan werken."

Theo van Uum "Een goed georganiseerde brede eerste lijn wordt steeds belangrijker met het oog op de toename van het aantal chronisch zieken en de co-morbiditeit. Ik ben dan ook uiterst benieuwd naar uw gedachten over hoe de brede eerste lijn er in de toekomst uit zou kunnen zien."

Fred Krapels "De uitdagingen van de toekomst gecombineerd met de wensen van de klanten zouden moeten leiden tot een bredere eerste lijn dan de eerste lijn die we nu op de meeste plaatsen zien. Op dit moment verstaan we onder een brede eerste lijn het slimmer organiseren en samenwerken, maar voor de toekomst zal een netwerk nodig zijn met alle mogelijk partijen die buiten de instellingen en ziekenhuizen werkzaam zijn."

Jos Stienen "Ik laat u zien hoe de eerste lijn in Almere georganiseerd is. Wij werken hier met doelgroepenbeleid:

- Allereerste de vitale burger
 - die is gezond en vraagt zich af hoe hij dat kan blijven
- Dan de onzekere burger
 - die is ziek en vraagt zich af hoe hij beter kan worden
- Ten slotte de zorg en regie zoekende burger
 - die is afhankelijk en wil dat verminderen

Het Almeers model heeft 2 ketens: de herstelketen en het ondersteuningsnetwerk. Wat wij geleerd hebben hier is dat samenwerking binnen de ketens niet vanzelf ontstaat."



Na de inleiding volgde het debat met de zaal onder leiding van *Ben Crul* aan de hand van een viertal casussen:

- Een alleenstaande, lichtdementerende vrouw.
- Een vader met jonge kinderen, met een in het buitenland verblijvende vrouw en ver weg wonende ouders, die tijdelijke een gezondheidsprobleem heeft.
- Een kind met overgewicht in een probleemwijk.
- Een gelovige allochtone vrouw die geen Nederlands spreekt en AIDS heeft.

Dynamisch ondernemerschap

7 juni 2007, Medisch Centrum Leeuwarden, georganiseerd in samenwerking met Stichting Zorg Innovatie Forum

Gastheer: John van Eindhoven, Vice-voorzitter Raad van Bestuur
Medisch Centrum Leeuwarden

Vertegenwoordiger VWS: Geert van Maanen, Secretaris-generaal Ministerie van VWS

Debatleider: Gerrit Ybema, Voorzitter Stichting Zorg Innovatie Forum en
voormalig staatssecretaris van Economische Zaken

Spreker VWS: Frido Kraanen

Externe spreker: Hans van Putten, Initiatiefnemer Thomashuizen

John van Eindhoven: "Welkom in het beste ziekenhuis van Nederland in 2006 volgens het AD. De toekomst is moeilijk te voorspellen, maar het is wel nuttig om na te denken hoe de zorg er over 10-15 jaar uitziet."

Geert van Maanen: "Dit is mijn eerste optreden buiten het departement. Ik zit als nieuwe SG van het ministerie van VWS nog in mijn eigen 100 dagen en kom dus vooral luisteren. Ik heb hiervoor bij het ministerie van Verkeer en Waterstaat gewerkt en zie dat beide ministeries te maken hebben met een complex veld. Volgens mij biedt dynamisch ondernemerschap kansen voor kostenreductie en kwaliteitsverbeteringen in de zorg."

Frido Kraanen: "Dynamisch ondernemerschap verbetert de uitkomsten van de gezondheidszorg en verhoogt de prestaties van de zorgsector. Er is veel weerzin tegen het woord 'marktwerking'. Maar we moeten voorbij het idioom; de essentie van competitie is dat je de effecten van je eigen gedrag ervaart. Ondernemen zou een noodzakelijke strategie voor zorgaanbieders moeten zijn, het dwingt je namelijk

Inspiratie uit
de debatten



te formuleren waarin je wilt excelleren en hoe je dat gaat waarmaken. Waarbij ik vandaag de vraag aan u wil voorleggen hoe uw talent, creativiteit en professionaliteit beter tot hun recht kunnen komen?"

Hans van Putten: "Ik was ontevreden over de zorg rondom mijn zoon en heb daarom de Thomashuizen via een franchisemodule opgezet. Op dit moment breid ik de formule uit naar België. De belangrijkste lessen die ik jullie mee wil geven zijn:

- Er zijn altijd 1000 motieven om iets niet te doen
- Houd het simpel
- Kwaliteit is het belangrijkste
- Continuïteit moet je kunnen garanderen
- Blijf de waarom-vraag stellen

Ik wil ook een aantal opvallendheden terugkoppelen die ik heb overgehouden van de reguliere zorg:

- Als je als buitenstaander er achter komt hoeveel iets kost in de zorg, word je vanzelf chagrijnig.
- Er loopt veel personeel rond in een zorginstelling, toch krijgen klanten maar een half uurtje zorg, dat kan niet kloppen."

Na de inleiding volgde het debat met de zaal onder leiding van [Gerrit Ybema](#).

Preventie

18 juni 2007, Zorginstellingen Pieter van Foreest, locatie Bieslandhof te Delft

<i>Gastheer:</i>	Hans Klein Breteler, Voorzitter Raad van Bestuur Pieter van Foreest
<i>Vertegenwoordiger VWS:</i>	Ab Klink, Minister van VWS
<i>Debatleider:</i>	Godelieve van Heteren, Senior gezondheidszorgconsultant BMC
<i>Externe spreker:</i>	Marieke van der Waal, Directeur Nederlandse Public Health Federatie

Hans Klein Breteler: "Bij preventie wordt niet vaak gedacht aan een verpleeghuis. Maar in een verpleeghuis vindt wel degelijk preventie plaats om de kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te houden en de kosten te beperken."

Ab Klink: "Iedereen heeft belang bij preventie. Allereerst de persoon zelf, maar ook zijn familie, de werkgever en de overheid. We moeten gebruik maken van deze parallelle van belangen. Preventie zou veel meer deel moeten uitmaken van ons dagelijks leven. Ook in de zorg, zowel in de cure als in de care kunnen we nog meer aandacht besteden aan preventie. Na het zomerreces stuur ik een preventievisie naar de Tweede Kamer, de input van dit debat zal ik daarin meenemen."

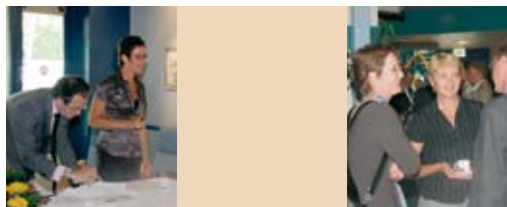
Marieke van der Waal: "De relatie tussen preventie en cure, kan versterkt worden door betere samenwerking. Ook in de care valt winst te behalen. De thuiszorg is een mooi voorbeeld van een professional die dicht bij de patiënt staat en een rol kan hebben in het inventariseren en het ingang zetten van maatregelen. Hierbij zouden centra voor ouderen een rol kunnen spelen. Verder vindt de NPHF dat er te weinig aandacht is voor beroepskrachtenplanning in dit veld van de gezondheidszorg."

Na de inleiding volgde het debat met de zaal onder leiding van Godelieve van Heteren aan de hand van het volgende schema:

- parallelle belangen en nieuwe bondgenoten
- publieke gezondheid en verbinding cure en care
- kennisontwikkeling, wie en wat is nodig
- lastige kwesties, geld/bureaucratie



Inspiratie uit
de debatten



1. Een hond is goedkoper dan een fysiotherapeut.

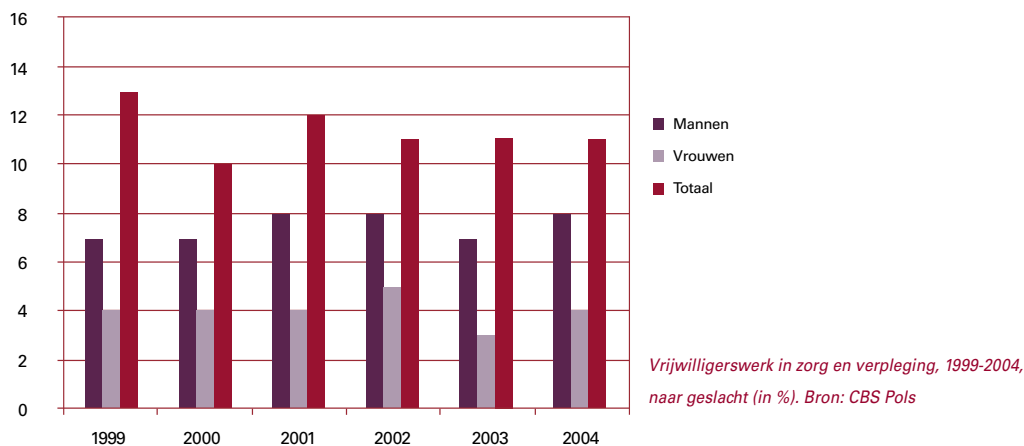
Zorg voor een huiselijke omgeving in een instelling. Voor de bewoners van de instelling is dit immers hun thuis. Bewoners zitten dan ook niet te wachten op steriele muren en plastic stoelen, maar zoeken warmte en gezelligheid. Richt je dus op de mens in plaats van op de patiënt en laat de autonomie van iemand zo lang mogelijk voort bestaan. Dit zorgt in de eerste plaats voor een waardig bestaan en een psychisch welbevinden, maar heeft ook nog prettige neveneffecten. Wat is er tegen als iemand in een instelling een hond wil hebben? Als iemand met zijn hond elke dag een stukje gaat wandelen, heeft diegene in ieder geval geen looptherapie nodig van een fysiotherapeut.

2. Er is meer maatschappelijke waardering nodig voor vrijwilligerswerk.

Vrijwilligers hebben steeds vaker een reguliere baan naast het vrijwilligerswerk. De vrijwilliger van vandaag de dag verwacht iets anders van het vrijwilligerswerk dan vroeger. Zo verwachten zij onder andere maatschappelijke waardering. Een betere ondersteuning van vrijwilligerswerk zou daarbij helpen. Zweden is een voorbeeld waarvan wij op dit gebied iets zouden kunnen leren. Daar wordt vrijwilligerswerk niet als bedreiging voor betaald werk gezien, maar heeft het een grote meerwaarde naast betaald werk. Hierbij maakt vooral de sociale functie van het kunnen ontmoeten van andere mensen en het maken van vrienden het vrijwilligerswerk populair.

3. We moeten mannen stimuleren om ook vrijwilligerswerk te doen.

Er zijn in de zorg meer vrouwen die als vrijwilliger werken dan mannen. Er wordt van alles bedacht om vrouwen (meer) aan het werk te krijgen, maar we zouden ook iets moeten doen om mannen meer aan het vrijwilligerswerk te krijgen.



Staatssecretaris Bussemaker over vrijwilligerswerk.

“Zonder mantelzorg en vrijwilligerswerk zou de maatschappij er een stuk killer uitzien. We moeten onze mantelzorgers en vrijwilligers koesteren en laten blijken dat we hun inzet werkelijk waarderen. In de WMO is daarom voor het eerst vastgelegd dat vrijwilligers en mantelzorgers ondersteund moeten worden. Ook bestaat er het mantelzorgcompliment. Dit is een bedrag van 250 euro die mantelzorgers onder bepaalde voorwaarden kunnen ontvangen als blijk van waardering voor de zorg die zij aan iemand verlenen. Het zou prettig zijn als er ook wat meer mannen in de zorg als vrijwilliger aan de slag gingen. De invoering van de maatschappelijke stages biedt hiervoor kansen. Laten we ervoor zorgen dat niet alleen de meisjes stage gaan lopen in de zorg, laat ook jongens ervaring opdoen. Op die manier acht ik de kans groter dat deze jongens gaan werken in de zorg of er later vrijwilligerswerk gaan doen. Onbekend maakt immers onbemind.”

Inspiratie uit
de debatten

4. Maak een visie op naadloze zorg.

Er moet duidelijkheid zijn over wat een taak is van het vrijwilligerswerk, wat de mantelzorg geacht wordt te doen en wanneer aanspraak op formele zorg gedaan kan worden. De overheid zou de relatie tussen vrijwilligers, mantelzorgers en formele professionals moeten beschrijven.

5. De brandweer maakt kleinschalig wonen onmogelijk.

Het bouwen van kleinschalige woonvoorzieningen is financieel wel haalbaar, maar er bestaat allerlei aanpalende regelgeving die het aanbieden van kleinschalige woonvoorzieningen soms onuitvoerbaar of onbetaalbaar maakt. Zo staat in de regels van de brandweer bijvoorbeeld dat als iemand niet zelfstandig het huis kan verlaten er 24-uur per dag iemand aanwezig moet zijn om die persoon in nood te kunnen evacueren. Dit leidt onherroepelijk tot een kostenexplosie.

6. Waak ervoor dat zorg niet het imago krijgt van een product dat je gewoon in de winkel kunt kopen.

Zorg ervoor dat mensen de noodzaak blijven inzien van het zich verzekeren voor zorg. Het gevaar van zorg zien als een product, is dat het lijkt alsof je er ook voor kunt kiezen om het niet te kopen. Het principe van verzekeren gaat er juist vanuit dat je met z'n allen bepaalde (onbekende) risico's deelt. Voor het in stand houden van de solidariteitsoverdrachten is het van groot belang om ervoor te zorgen dat iedereen bereid blijft om zich te verzekeren.

7. De zorgverlener wil geen boeman spelen.

Verzekeraars of de overheid moeten keuzes maken over wat wel of niet vergoed wordt. Zij moeten dat duidelijk formuleren en zowel met de zorgverleners als met de klanten communiceren. Een zorgverlener wil niet gaan uitleggen waarom een patiënt ergens geen recht op heeft; een zorgverlener wil de beste zorg verlenen. Vaak begrijpt hij best dat niet alles kan, maar wil hij niet degene zijn die het beleid moet uitleggen aan de patiënt.

8. Mensen met een kind zouden minder zorgpremie moeten betalen dan mensen zonder kinderen.

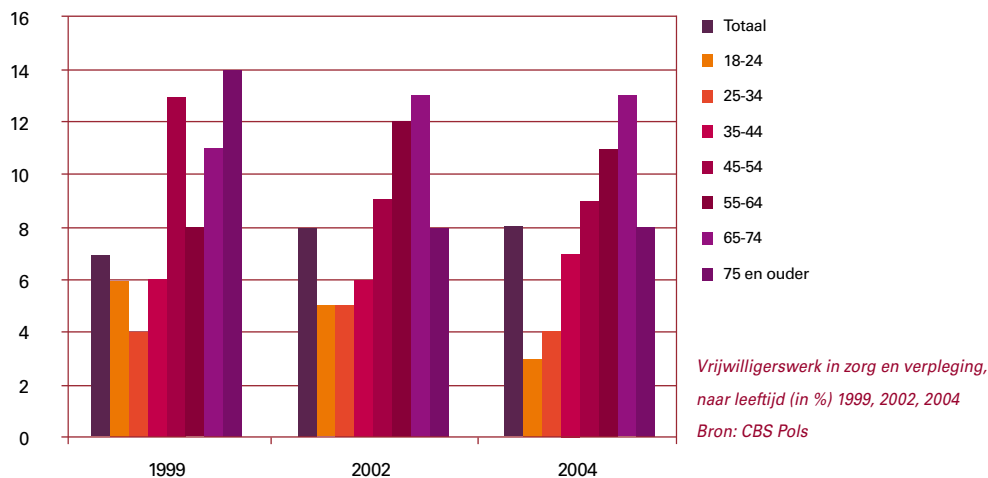
In Duitsland betalen mensen die kinderen hebben minder premie dan mensen die geen kinderen hebben. De gedachte hierachter is dat mensen met kinderen een vangnet hebben en aanspraak kunnen maken op hun kinderen als mantelzorgger.

9. Mantelzorg?? Nee, dank je.

Ouders willen niet afhankelijk zijn van hun kinderen. Ze willen zorg in eerste instantie inkopen en anders schakelen ze liever burens en vrienden in dan hun eigen kinderen. Informele zorg wordt gezien als meer betuttelend dan formele zorg. Mensen willen geen dankjewel hoeven zeggen.

10. De toename van het aantal ouderen is goed voor het aantal vrijwilligers en mantelzorgers.

Gezonde ouderen kunnen na hun pensioen ingezet worden om andere ouderen met zorgbehoefte te helpen. Ook kunnen ouderen met zorgbehoeften elkaar helpen, denk daarbij aan een concept als Seniorenstad. De ene kan zijn tuin niet meer onderhouden, terwijl de ander geen auto meer kan rijden. Samen redden ze het wel.



11. Onzichtbare solidariteit bestaat ook.

Een voorbeeld van onzichtbare solidariteit is de huishoudelijke hulp bij welgestelde ouderen. Welgestelde ouderen hebben vaak altijd al een hulp in de huishouding gehad en houden die vaak aan als ze hulpbehoevend worden. Zij doen dan geen beroep op de AWBZ om (een deel van) deze hulp betaald te krijgen uit collectieve middelen. Ze maken dus geen gebruik van voorzieningen waar ze op dat moment wel recht op hebben.

12. Ouder worden is gemedicaliseerd.

Freek Lapré, voorzitter International Association of Homes and Services for the Ageing



In het denken over ouder worden, wordt zorg veel te veel benadrukt, terwijl slechts twintig procent van de 65-plussers echt zorg nodig heeft. Natuurlijk, misschien loop je wat minder goed als je oud wordt. Maar dat is geen ziekte, dat hoort bij je leeftijd. Hoe komt dat nu dat de ouderenzorg vanuit gezondheid en ziekte worden benaderd? In Nederland zijn thuiszorg en verzorgingshuizen ontstaan vanuit de maatschappelijke dienstverlening en de verpleeghuiszorg vanuit de ziekenhuizen. Dit leidt tot referenties aan kwetsbaarheid en ziekte. Aanpassen aan de huidige tijdgeest blijkt moeilijk, omdat deze referentiepunten nog steeds diep verankerd blijken in de huidige ouderenzorg. Een toepasselijk voorbeeld hiervan is een verpleeghuisarts die standaard drie keer per week op visite gaat bij een dementerende oudere die in een kleinschalig woonzorg complex woont. Stelt u zich eens voor dat uw huisarts ongevraagd en zonder directe aanleiding drie keer per week aanbelt om te checken of alles goed met u gaat. Afgezien van het feit dat u er niet op zit te wachten, is het ook nog eens zonde van de tijd van de verpleeghuisarts. Niet alleen werknemers in de zorg kunnen de ouderen maar moeilijk los laten, ook de ouderen zelf zijn door deze jarenlange medische bezorgdheid gewend geraakt aan het fenomeen ouderenzorg. Ze verwachten dan ook dat de overheid deze zorg voor hen organiseert en betaalt.

Tijd voor een andere denktrant waarin de overheid een minder grote rol moet spelen. Dat kan ook omdat een groot deel van onze ouderen de beste pensioenen ter wereld heeft opgebouwd. Deze vermogende ouderen zouden best zelf wat kunnen bijdragen zodat collectief gefinancierde voorzieningen bereikbaar blijven voor minder vermogende ouderen. Waarom zouden ze wel zelf betalen voor een auto met automaat, maar moet de overheid de scootmobiel betalen die in plaats van de fiets komt? Waarom verhuizen ze wel naar een grotere woning met tuin als het tweede kind wordt geboren, maar moet de overheid zorgdragen voor het aanpassen van hun huizen als ze de trap niet meer op kunnen? Ouder worden is een fase in het leven, die je al lang van te voren ziet aankomen. Het is geen ziekte die je overvalt, sterker nog het is geweldig als je (gezond) oud wordt. Maar onze ouderenzorg is geheel gericht op de gebreken, waarvan iedereen wel weet dat ze met de jaren komen. Ouder worden is geen ziekte: het medisch model moet dan ook de verpleeg- en verzorgingshuizen uit: kwaliteit van leven staat voorop niet de kwaliteit van de handeling.

In Nederland zou het scheiden van wonen en zorg de ouderenzorg helpen een stap in de goede richting te zetten.

De instellingen zijn geen onderdeel van de zorg, ze moeten een thuis zijn voor onze ouderen. Waarom moet iedereen hetzelfde kamertje hebben in een verpleeg- of verzorgingshuis? In een woonwijk woont toch ook niet iedereen hetzelfde? Er komt een babyboomgeneratie aan met volgestorte pensioenen. Die willen meer. Verzorgings- en verpleeghuizen moeten in staat gesteld worden om de toekomstige babyboombejaarde met zakken pensioengeld meer luxe te bieden tegen een hogere prijs. Meer differentiatie in het aanbod dus en meer multideling in de ouderenzorg. Dát is klantgerichtheid! Ouderdom een probleem en vergrijzing onbetaalbaar? Hoezo?

13. Beslis niet over, maar met mensen.

Laat mensen mee beslissen als het om hun eigen leven gaat.

14. Ouderenzorg in het buitenland: een geweldige kans.

Als Nederlanders hun oude dag doorbrengen in een ander land, is dat mogelijk een goedkopere oplossing en het lost ook nog eens een deel van het arbeidsmarkt probleem op.

15. Gezondheid is geen hyperindividuele aangelegenheid.

Natuurlijk is iedereen zelf verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid. Maar als iemand ziek wordt heeft niet die persoon alleen ermee te maken. Familie, het werk, de vereniging waar hij actief is, iedereen heeft ermee te maken. Daarom is gezondheid niet puur een zaak van het individu maar een gedeelde verantwoordelijkheid met hem en zijn omgeving.

Minister Klink ziet de zorg niet als kostenpost.

“We moeten de gezondheidszorg niet alleen zien als een kostenpost, maar ook waarderen als een bijdrage aan mens en maatschappij. Zo heeft gezondheid haar uitwerking op de economie. Gezonde werknemers werken beter en kunnen langer doorwerken. Zieke werknemers keren sneller terug op de werkvloer dankzij de goede gezondheidszorg.

Bovendien, als je iemand vraagt wat hij het belangrijkste vindt in zijn leven, behoort steevast een goede gezondheid tot de top drie. We kunnen daarbij gelukkig ook de zegeningen tellen: veertig jaar geleden stierven mensen gemiddeld zes jaar eerder dan nu het geval is en liep bijvoorbeeld de aandoening kanker veel vaker slecht af voor de patiënt.

In het licht van de toenemende vraag naar zorg is het dus van belang hoog in te zetten op het gebied van de volksgezondheid.

16. De bereidheid tot betalen voor zorg wordt vooral bepaald door het gevoel van saamhorigheid in de samenleving.

Mensen zijn bereid te betalen voor de zorg. Ook als deze duurder wordt. Het draagvlak hiervoor is echter afhankelijk van het solidariteitsgevoel dat men heeft. Wanneer je te erg focust op de onhoudbaarheid van de stijgende zorgkosten jaag je de mensen de stuipen op het lijf. In zo'n geschapen klimaat, neemt de bereidheid om de kosten van zorg te betalen dan ook af. Problematiseer daarom de solidariteitsdiscussie niet, maar bekijk deze vanuit kansen en oplossingsmogelijkheden.

17. Hoe kun je vrouwen meer laten werken?

Het grootste arbeidsmarkttekort zal zich gaan voordoen in de care. Hiervan werkt 85% van de vrouwen parttime. Om het arbeidsaanbod te vergroten is het dus een grote uitdaging om vrouwen te stimuleren meer uren te gaan werken.

18. De supermarktmedewerker is een potentiële verzorger.

Het arbeidsmarktpotentieel zit niet alleen bij de schoolverlaters, waar veel concurrentie is van andere bedrijfstakken. Een interessante doelgroep die benaderd kan worden zijn de jongeren die net iets ouder zijn en al enige tijd een baan hebben als supermarktmedewerker. Supermarkten vinden deze mensen te duur worden als ze 21 zijn. Bovendien hebben veel jongeren op die leeftijd meer waardering voor een baan waarbij ze iets positiefs aan de maatschappij kunnen bijdragen. Zijn er geen afspraken te maken met supermarktketens om deze jongeren om te scholen tot zorgwerkers?

19. Trek allochtone kinderen met hun ouders het verpleeghuis in.

Judith Wijnen, senior adviseur BMC

De verhouding tussen verpleeghuizen en de islamitische bevolking in Nederland is complex, maar biedt zeker kansen. Er bevinden zich relatief weinig allochtonen met een islamitisch geloof in een verpleeghuis. Dit geldt zowel voor de bewoners als voor de werknemers van het verpleeghuis. De oudere islamiet kan zich waarschijnlijk niks voorstellen bij een verpleeghuis waar je wordt gewassen door een vreemde en een buurvrouw krijgt die je niet kent. Ze zijn vanuit hun cultuur gewend om te worden verzorgd door familieleden. Het is voor hen gebruikelijker om met een van de kinderen in één huis te gaan wonen dan om naar een verpleeghuis te verhuizen.

Maar ook als werknemer is een islamiet relatief minder vaak te vinden in een verpleeghuis. Dit is opmerkelijk, omdat deze bevolkingsgroep van nature heel verzorgend is ingesteld. Kennelijk is het verzorgen van een familielid toch wat anders dan het zorgen voor vreemden.

Inspiratie uit
de debatten



Gezien de toename van het aantal islamieten in ons land, de vergrijzing (ook islamieten worden ouder) en het feit dat de tweede generatie vaker buitenshuis (wil) werken, zijn oplossingen gewenst.

De oudere islamiet zou waarschijnlijk al geholpen zijn als enerzijds het kleinschalig wonen doorzet, waardoor het gemakkelijker wordt om doelgerichter te werken en een islamitische woongroep gemakkelijker te realiseren is. Anderzijds zal het steeds centraler stellen van de client zeker leiden tot zorg die beter bij deze doelgroep past. Ook de thuiszorg biedt mogelijkheden. De oudere islamiet kan met behulp van de juiste thuiszorgmedewerker lang thuis blijven wonen.

Islamitische jongeren zouden door voorlichting op scholen uitgelegd moeten krijgen wat werken in de zorg inhoudt en dat het veel meer is dan alleen billen wassen. Een maatschappelijke stage op het vmbo zou voor deze groep een goed middel zijn om ze kennis te laten maken met de zorg.

Tenslotte zouden familieleden van islamitische ouderen het verpleeghuis kunnen helpen met de verzorging, dit zou zowel vrijwillig kunnen als in dienstverband. Een familielid zou samen met familieleden van andere islamitische bewoners de zorg voor hun ouders in een kleinschalig wooncomplex op zich kunnen nemen. De jongeren verdienen op die manier geld en hebben toch niet de 24-uurs verantwoordelijkheid en de ouderen worden gedeeltelijk door hun eigen familie en gedeeltelijk door geloofsgenoten geholpen.

20. Houd je niet aan rituelen.

In Saudi-Arabië worden vrouwen gewoon gewassen door mannen. In Nederland rust hier een taboe op. Je moet dit soort rituelen niet koesteren, maar een lans breken en proberen deze rituelen te doorbreken. Daarmee is efficiënter werken door zorgpersoneel mogelijk.

21. De paradox van de transparantie.

In zorginstellingen wordt er veel geregistreerd. Verkomen dient te worden dat de roep om meer transparantie zorgt voor een aantasting van de beroepstrots en dat er een gevoel ontstaat van: "waar doen wij het allemaal voor?" Teveel registratie moet worden voorkomen. Nu wordt nog steeds te vaak vanuit diverse instanties en instellingen om informatie gevraagd die steeds net iets anders is. Door het slimmer organiseren en beter afstemmen van de verschillende registratieverplichtingen, kan de tijd die het personeel hiermee kwijt is worden verminderd. Anderzijds blijft registratie natuurlijk een noodzakelijk onderdeel van het zorgproces.

Staatssecretaris Bussemaker ziet zorg als mensenwerk.

“Het is van groot belang dat we zorgen dat er genoeg handen aan het bed zijn. Ik zie dit als een speerpunt van mijn beleid. Minder bureaucratie en regeltjes en meer mensen die tijd hebben voor daadwerkelijke zorgverlening. Ik heb grote waardering voor de inzet en compassie van professionals op de werkvloer. Ik heb al aangekondigd dat er in de komende vijf jaar 6.000 verpleegkundigen en verzorgenden bij moeten komen. Ook zeg ik overal waar ik kom: ‘Laat mij weten welke regelgeving en administratie overbodig zijn, dan kan ik er wat aan doen.’ Ook hier doe ik deze oproep. Ik heb speciaal voor dit doeleinde een meldpunt in het leven geroepen: Meldpunt bureaucratie en regelgeving. Dit meldpunt is te vinden op de website van mijn ministerie. Laten we er met z’n allen voor zorgen dat iedereen die zorg nodig heeft, deze kan blijven ontvangen.”

22. Biedt ruimte voor de professionals op alle niveaus.

Boi Jongejan, Directeur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

De professional, van dokter tot verpleegkundige, is professional geworden vanuit de intrinsieke motivatie om zijn vak goed uit te oefenen. Toch dreigt er het gevaar dat de professional het gevoel krijgen van “waar ben ik nu mee bezig?”. Het is daarom nodig de professional voldoende ruimte te gunnen. Daarbij zijn een tweetal zaken van belang.

Allereerst dienen instrumenten om de effectiviteit/kwaliteit/doelmatigheid te bevorderen met een zekere terughoudendheid te worden ingezet. Natuurlijk is er kadering nodig, maar instrumenten mogen geen doel op zichzelf worden. Door het opzetten en inzetten van instrumenten vanuit het vertrouwen in de professionals en hun zelfregulerend vermogen, zullen professionals niet het gevoel hebben zich in een keurslijf te bevinden.

Daarnaast is het van belang de professional niet overmatig te belasten met allerlei lijstjes en formulieren. Een patiëntenorganisatie, de consumentenbond, een journalist, een koepelorganisatie, de overheid en de instelling zelf, allemaal sturen ze vanuit verschillende invalshoeken goed bedoelde lijsten de organisatie in. Natuurlijk zijn deze belangrijk voor de sturing, monitoring of het vergroten van transparantie. Maar op het niveau van de individuele professional moeten er soms in een zeer korte periode veel lijstjes worden beantwoord. Dat kan de professional het gevoel geven dat hij niet langer zijn vak uitoefent, maar enkel in de informatiebehoefte van anderen voorziet. Het is de kunst om de juiste balans te vinden tussen verkrijgen van voldoende informatie en de tijdbelasting van de professional die hiermee is gemoeid.

Inspiratie uit
de debatten



Wanneer alle partijen zich van bovenstaande zaken bewust zijn en de professional voldoende ruimte wordt geboden om zaken op eigen wijze in te vullen, blijft het aantrekkelijk om te werken in de zorg. Daarmee behoud je de huidige professionals en trekt het nieuw zorgpersoneel aan.

23. Zorg voor meer stageplaatsen.

Er zijn honderden leerlingen bereid om te werken in de zorg. Het is alleen zeer lastig om de studenten, die veel begeleiding nodig hebben, te voorzien van goede stageplekken. Dat is zeer jammer, want juist het doorlopen van een stage geeft goede mogelijkheden om verder door te groeien naar een baan. Van belang zijn goede leer-werkorganisaties. Verzorgenden worden op dit moment voornamelijk in de verpleeg- en verzorgingssector opgeleid, maar ze gaan ook in ziekenhuizen en GGZ-instellingen werken. Schakel daarom ziekenhuizen en GGZ-instellingen in voor stageplaatsen. De opleidingsinspanning en het leveren van stageplaatsen, zou evenrediger moeten worden verdeeld tussen cure en care.

24. Zorg dat mensen die aan een opleiding beginnen ook in de zorg terecht komen.

Opleiding	Afgestudeerd	Werkzaam in de sector
Geneeskunde	80%	75%
Paramedisch	68%	57%
HBO-verpleging	57%	52%
MBO-verzorging	66%	48%

*Gemiddelde 2002-2005
Bron: Prismant*

Het aantal studenten wat de eindstreep niet haalt is hoog. Bovendien gaan van degenen die hun opleiding met succes afronden velen niet werken in de zorgsector. Met interventies kan ervoor worden gezorgd dat studenten die beginnen aan een zorgopleiding ook daadwerkelijk gaan werken in de zorgsector.

25. Er zijn spelregels nodig voor afstemming, maar bemoei je niet met het spel.

Er is veel arbeidsproductiviteitswinst te behalen door afstemming tussen specialisten onderling en tussen verplegend personeel en specialisten. Dit kan door goed in spelregels vast te leggen wat je verlangt van het personeel. Vervolgens kan het zorgpersoneel zelf bepalen hoe zij de spelregels inkleuren. Dan blijft de motivatie behouden. Het is niet nodig de koffietijden te bepalen, maar je moet beheersen en controleren door te zeggen wanneer wat af moet zijn; stuur op output.

Minister Klink wil meer ruimte voor de professionals.

“De uitdagingen op de arbeidsmarkt zijn groot. We moeten er op allerlei manieren voor zorgen dat we voldoende personeel hebben en behouden voor de zorg. Het aantal studenten dat na een zorgopleiding daadwerkelijk in de zorg gaat werken moet omhoog. Een betere aansluiting tussen opleiding en praktijkbehoefte moet daaraan bijdragen. Ook moeten we zorgen voor voldoende en goede stageplaatsen. Dit alleen is echter niet genoeg, er moet ook meer ruimte worden gegeven aan de professionals. Dit maakt en houdt werken in de zorg aantrekkelijker en biedt kansen voor de professional die verder wil. Daarnaast kan het terugdringen van bureaucratie en het op een slimmere manier organiseren van de zorg extra handen vrijmaken. Ook preventie levert een bijdrage: als iemand niet ziek(er) wordt hoeft er geen zorg te worden verleend. Al met al een hele uitdaging, maar het is in het belang van ons allemaal dat we de uitdaging aangaan.”

Inspiratie uit
de debatten

26. Slim bouwen kan een bijdrage leveren aan het voorkomen van zorgvragen.

Door slim te bouwen wordt men minder afhankelijk van zorg en kan men langer zelfstandig thuis blijven wonen. Bijvoorbeeld door het verwijderen van drempels en installeren van brede deuren. Ook kan worden gedacht aan het toepassen van domotica (woonhuisautomatisering) in woningen.

27. Maatschappelijke stages kunnen zowel een kans als een bedreiging zijn.

Maatschappelijke stages kunnen helpen om het imago van de zorg te verbeteren. Als de stagiaire tijdens de stage slecht wordt begeleid kan het tegenovergestelde worden bereikt; namelijk demotivatie.

28. Een investering in sporten in het basisonderwijs zal uiteindelijk miljarden bezuiniging in de gezondheidszorg te weeg brengen.

Martien Conjaerts, Adjunct-directeur RVE Beschouwend, Centrum voor Chronische ziekten, Academisch ziekenhuis Maastricht

Het heeft grote voordelen om op de Nederlandse basisscholen te investeren in ongeveer 5 tot 8 uur sporten per week. Op korte termijn zijn er al baten voor de maatschappij. Allereerst levert meer uren sport op de basisschool werkplekken op voor sportleraren (extra banen in het onderwijs op mbo-niveau). Daarnaast kan de druk op de kinderopvang verminderen, waardoor meer vrouwen kunnen werken zonder extra stimulansen voor de overheid.



Bovendien zal er meer sportende jeugd zijn die blijft door sporten na hun twaalfde levensjaar. Dit geeft meer mogelijkheden voor sportverenigingen, sportbonden en de nationale teams.

Daarnaast zorgt het op de lange termijn voor een structurele afname van kosten in de zorg. Dit komt doordat chronische ziektebeelden worden tegengegaan. Mensen worden later chronisch ziek én minder mensen worden chronisch ziek. Bovendien zijn mensen die vitaler zijn minder snel ziek, waardoor het algemeen landelijk verzuimcijfer wordt teruggedrongen en mensen langer en meer kunnen werken.

29. Pas nieuwe werkvormen toe op de werkvloer met behulp van ICT.

Nieuwe werkvormen zouden sneller op de werkvloer moeten worden toegepast. Jonge zorgverleners zijn met computers opgegroeid en vinden het raar dat ze op hun werk maar zo weinig gebruik kunnen maken van computers. Zo zouden ze onder andere graag kennis uit willen wisselen via Internet.

30. Niet iedereen wil en kán alles.

Soms lijkt het wel zo te zijn dat het werken alleen maar aantrekkelijker kan worden door op een hoger niveau te gaan werken. Maar niet iedereen heeft daarvoor de capaciteiten. Het is de kunst om juist op ieder niveau voor de ruimte en vrijheid te zorgen zodat werken in de zorg aantrekkelijk blijft: functiedifferentiatie. Zorg voor een prettig, uitdagend en veilige werkomgeving waar personeel optimaal tot zijn recht komt.

31. Coördineer het geregistreer.

Er worden vanuit zoveel instanties (de zorginstelling zelf, een zorgkantoor, de inspectie, de koepels, het ministerie, enz.) allerlei zaken geregistreerd dat niemand het overzicht lijkt te hebben. Hierdoor gebeurt waarschijnlijk veel registratiewerk dubbel. Dat is onnodige tijdsbelasting voor de zorgverleners. Met meer afstemming tussen de instanties kan zorgen dat er minder 'dubbel werk', waardoor er meer tijd overblijft voor de zorgverlening aan het bed.

32. Zorg dat de huisarts over legosteentjes beschikt.

De huisarts zit in een optelsom van verschillende zorgketens en heeft daarom te maken met diverse ICT-programma's. De uitdaging is hoe we de ICT-programma's zo bouwen dat de huisarts er mee uit de voeten kan. Idealiter is er van al die verschillende ICT-programma's, net als met lego-steentjes, een mooi bouwwerk te maken.

33. Voor een jong gezin behoort het regelen van de tijdelijke zorgvraag tot de eigen verantwoordelijkheid.

In de toekomst behoort het regelen van een tijdelijke zorgvraag tot de eigen verantwoordelijkheid. Eventuele kosten van de tijdelijke zorgvraag komen op rekening van het individu. Aan de tijdelijke zorgvraag kan op allerlei

manieren worden voldaan. Iemand kan ervoor sparen in de vorm van een levensloopregeling, de partner kan spaarverlof opnemen, eventuele kinderen kunnen extra dagen naar de kinderopvang worden gebracht enz. enz.

34. Met één telefoontje zet je de zorgmakelaar aan het werk.

Een transferverpleegkundige / zorgmakelaar / casemanager wordt benaderd en zoekt in het basisnetwerk en regelt alles waarin moet worden voorzien. Zij neemt alle zorgen voor de persoon uit handen en maakt gegeven de thuissituatie aanvullende afspraken en voorziet in alle zaken.

35. Het maakt niet uit wie de regie voert, als hij maar wordt gevoerd.

Een brede eerste lijn vereist goede coördinatie en afstemming. Daarbij is het van belang dat iemand de regie heeft en de keten coördineert. Iedereen heeft ook budget voor samenwerking en regie, spreek ze daar op aan. Afhankelijk van de situatie kan de persoon die de regie voert verschillen. Laat zo mogelijk cliënten zelf bepalen wie de regie mag/moet voeren.

Je dient de eerste lijn zo te organiseren dat iedereen de regie kan voeren als daar een beroep op wordt gedaan. Mensen kunnen er dan op aangesproken worden om in een gegeven situatie de coördinatie te voeren.

36. Richt de infrastructuur van de eerste lijn zo in als bij het basisonderwijs.

Nico Bernts, directeur Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

Ouders met hun kinderen zijn de klant in het basisonderwijs. Daarbij is het voor ouders een vanzelfsprekendheid dat de basisschool als een voorziening bestaat. Het is voor ouders niet nodig leraren te stimuleren om samen het onderwijs in een school te geven of te zorgen dat er afstemming is tussen verschillende leraren die een deel van het onderwijs verzorgen. Integendeel, de school wordt gezien als een basisvoorziening in de wijk. Hierbij kunnen de ouders in een bepaalde wijk zelfs meestal kiezen tussen enkele scholen. En willen de ouders een bepaald soort onderwijs, dan is dat vaak net iets meer reizen.

Waarom zouden wij de brede eerste lijn niet zo inrichten? Zou het niet mooi zijn als eerstelijnscentra in de wijk net zo'n vanzelfsprekendheid zouden zijn als een basisschool nu? Dat je je geen zorgen hoeft te maken over de afstemming tussen de verschillende zorgverleners. Dat het gewoon mogelijk is te kiezen tussen een paar verschillende centra. En als de patiënt/cliënt zorgverlening op bijzondere wijze wil, dit mogelijk is, maar wel door iets verder reizen.

Wanneer wij gezondheidscentra even vanzelfsprekend laten zijn als het basisonderwijs betekent dit ook dat er ruimte komt om ze te bouwen. Nu reserveert een gemeente in een nieuwe vinexwijk standaard ruimte voor

Inspiratie uit
de debatten



een nieuwe basisschool. Maar waarom niet voor eerstelijnscentra? Laten wij proberen de bouwstenen te leggen zodat de voorzieningen voor een goede brede eerste lijn er komen. Dat vereist een andere manier van denken en een actieve rol voor alle partijen: overheid, verzekeraars en zorgaanbieders in de eerste lijn.

37. Ziekenhuizen moeten ouderen-proof worden.

Jaap Hatendoer, Adjunct-directeur / Manager bedrijfsvoering UMCG Ambulancezorg



Inspiratie uit
de debatten

In ziekenhuizen is men gericht op het genezen van mensen. Iemand komt met een kwaal het ziekenhuis in, wordt behandeld en gaat er gezond weer uit. Maar voor de steeds groter wordende groep ouderen gaat dit niet op.

Ouderen zijn een zwakke kwetsbare groep met een permanente zorgbehoefte. Zij bezoeken veelal het ziekenhuis niet om weer volledig beter te worden, maar om de kwaliteit van leven te verbeteren. Daar lijken ziekenhuizen nog voldoende op ingericht te zijn: het denken over de groep ouderen staat nog in de kinderschoenen.

In de reeds sterker vergrijsde samenleving van Japan is het denken al een stuk verder. Daar wordt op de vraag: "Hoe ga je om met oudere cliënten?" geantwoord met: "Verplaats ouderen zo weinig mogelijk van plek naar plek, creëer een vertrouwde omgeving en beperk het aantal handelingen tot een minimum." Ouderen zijn niet bestand om binnen een ziekenhuis dertig keer hand tot hand te gaan. Zij hebben behoefte aan één persoon die hun hand gedurende het hele proces vasthoudt.

Binnen onze ambulancezorg proberen wij hier nu invulling aan te geven. Zo wordt bijvoorbeeld een oudere vrouw die voor een korte behandeling naar het ziekenhuis toe moet opgehaald door een speciaal ambulanceteam dat is getraind op ouderenvervoer. Eerst wordt met aandacht de zorgverlening van de mantelzorg overgenomen. Daarna loopt een persoon van het ambulanceteam gedurende het gehele traject in het ziekenhuis mee met de patiënt. Tot slot wordt de oudere vrouw weer met hetzelfde team terug naar haar woning gebracht. Daar volgt dan ook gelijk de terugkoppeling met de mantelzorger. Zo worden de eerste stappen naar cliëntgericht zorgverlening in ouderen-proof ziekenhuizen – of liever gezegd gezondheidshuizen – gezet.

38. Noteer overal en altijd een telefoonnummer van een mantelzorger.

Het is handig altijd een cliënt te koppelen aan zijn mantelzorger. Dat kan een kind zijn maar ook een buurvrouw. Maar wanneer iedereen in de eerste lijn één vast contactpersoon heeft, geeft dit kansen op betere zorgverlening.

39. Je kunt je patiënt pas goed behandelen als je haar/zijn cultuur begrijpt.

Gezondheidsbeleving verschilt per cultuur. Een goede gezondheidszorg vereist dan ook begrip van de verscheidenheid aan culturen. Je bent er niet met alleen een tolk die de taalbarrière kan overbruggen. Kennis van de waarde en normen en van

de gezondheidsbeleving zijn van groot belang om iemand van een andere cultuur op een waardige en zinvolle manier te kunnen helpen.

40. Een dik vet probleem los je niet op met superstructuren.

Kinderen uit probleemgezinnen met veel aanpalende problematiek hebben geen belang bij een superstructuur waarin beschreven wordt wie naar wie rapporteert en wie waarvoor verantwoordelijk is. Het werkt veel beter om een brandpunt-functionaris in te stellen die gebeld kan worden in tijden van nood.

41. Aan goede intenties geen gebrek, doch het verwezenlijken is lastig.

Er bestaan overal goede initiatieven in de eerste lijn, laten we niet telkens het wiel opnieuw uitvinden. We moeten een manier bedenken waardoor we van elkaar kunnen leren. Bij de ziekenhuizen heeft het Sneller Beter traject enorm geholpen bij het verspreiden van kennis. Kunnen we niet ook zoiets naast het initiatief van denieuwepraktijk.nl opzetten voor de eerste lijn?

42. Gemeenten: neem alle zelfstandige beroepsbeoefenaren in loondienst.

Om alle problemen rondom coördinatie uit de weg te gaan, kunnen gemeenten alle zelfstandige beroepsbeoefenaren als huisartsen en fysiotherapeuten in loondienst nemen. Ze zijn dan beter te sturen.

43. De eerste lijn moet actief op zoek naar de kwetsbare, oudere patiënt.

De eerste lijn heeft een grote rol als het om preventie bij kwetsbare ouderen gaat. De eerste lijn heeft een taak om deze actief op te sporen en in de gaten te houden.

44. Laat de gemeente een zorgtelefoonlijn openen, waar ze mensen kunnen helpen de weg te vinden in de eerste lijn.

Voor mensen die niet weten naar wie ze als eerste toe moeten gaan, de huisarts, de fysiotherapeut, de verloskundige of een psycholoog, kan een telefoonnummer helpen om hen de weg te wijzen.

45. Samenwerking en marktwerking moeten slim samengaan.

Samenwerking, afstemming en casemanagement zijn van belang om de dienstverlening aan de klant te verbeteren. Dit kan prima samengaan met marktwerking als marktwerking niet wordt gezien als een middel voor kostenbesparing maar als principe om kwaliteit te verhogen.

46. Samenwerking in de brede eerste lijn moet worden ondersteund.

Er is vaak veel geld beschikbaar voor projecten die samen worden opgezet, maar het is ook van belang financiële middelen vrij te maken voor de totstandkoming van netwerken en samenwerkingsverbanden die leiden tot projecten.

Minister Klink over een sterke, brede eerste lijn op wijk- of buurtniveau.

“De huisarts speelt al jarenlang een centrale rol bij de zorg in een wijk. Niet alleen als poortwachter, maar ook als vertrouwenspersoon en iemand die de geschiedenis van de familie kent.

De tijden veranderen. Problemen worden complexer en er zijn veel hulpverleners betrokken bij het oplossen ervan. Bovendien veranderen de huisarts en zijn klant. Had de huisarts 40 jaar geleden meestal een meer dan fulltime functie, tegenwoordig is 34% vrouw en ongeveer 40% van de huisartsen werkt parttime. De klant is mondiger geworden en heeft bovendien op Internet al wat voorwerk gedaan. Hij is vaker ouder, chronisch ziek en komt uit verschillende culturen.

Tijd voor verandering. De huisarts van tegenwoordig werkt samen met andere hulpverleners en aanpalende disciplines. Niet alleen de wijkverpleegkundige of verpleeghuisarts maakt logischer wijs deel uit van de samenwerking, maar zonedig zijn er ook contacten met gemeenten, woningbouwcorporaties en jeugdzorg. De gidsfunctie, die mensen bij de hand neemt, is belangrijk. ”

47. Schaf de helft van alle instanties in de eerste lijn af.

Er zijn teveel partijen actief in de brede eerste lijn op velerlei deelgebieden. Daardoor ontstaan domeindiscussies. Voor een brede eerste lijn moeten wij ons concentreren op een aantal instanties die de taken in de eerste lijn vervullen.

48. De eerste lijn zou gezien moeten/kunnen worden als belangrijke partner in het sociale vangnet in wijken.

Johanna Haanstra, wethouder maatschappelijke participatie, ondersteuning en zorg gemeente Almere



Wanneer een patiënt bij de dokter komt, gaat het vaak over veel meer dan alleen een medische kwaal. Zo kan er een heel ander vraagstuk achter de buikpijn zitten dan je in eerste instantie verwacht. De buikpijn is bijvoorbeeld niet veroorzaakt door bijvoorbeeld verkeerd eten maar door de schuldpositie van die persoon. Je helpt de patiënt dan niet met het uitschrijven van een recept.

Daarom is het nodig om te (kunnen) kijken naar de échte vraag van de patiënt... en daar is maatwerk voor nodig. Voor het maatwerk is vaak een samenspel van disciplines nodig. Iedere keer in een andere samenstelling. Soms bestaat de ‘cocktail van deskundigen’ uit de huisarts en de jeugdzorg, de andere keer uit de sociale dienst, politie, de school en de maatschappelijk werker.

Het is daarbij belangrijk dat de eerste lijn zich openstelt voor betere samenwerking met andere disciplines. Voor een goed antwoord op de vraag van de klant ben je er niet met het geven van een briefje met een telefoonnummer van een andere instelling. Het vereist 'warme overdracht' en intensieve samenwerking bij meervoudige problemen. Het is dan noodzakelijk elkaar te informeren en het probleem gecoördineerd aan te pakken. Op deze wijze ben je dienstverlenend bezig en kun je de persoon geven wat hij nodig heeft.

Kortom, de eerste lijn is een belangrijke partner in de wijk.. Het is dan wel belangrijk de eerste lijn tijd, ruimte en vertrouwen te geven zodat zij deze taak ook goed kan vervullen. Daarbij moet samenwerking worden beloond, ook financieel!

49. In een goede eerste lijn zijn wijkcentra en gezondheidscentra één centrum.

Door de wijk- en gezondheidscentra samen te brengen wordt de één-loket-functie verstevigd, juist voor de zwakkeren en ouderen.

Staatssecretaris Bussemaker over ouderen en gehandicapten.

“Alle burgers moeten zo lang mogelijk zelfstandig deel kunnen nemen aan de maatschappij. Voor ouderen en gehandicapten is zelfstandigheid en emancipatie wellicht nog belangrijker dan voor iemand zonder beperkingen. Om te stimuleren dat ‘het gewone leven doorgaat’ als iemand beperkingen heeft kan de lokale infrastructuur een belangrijke rol spelen. Gemeenten kunnen mensen helpen hun normale leven zo lang mogelijk voort te zetten. Dat kan via de integratie van wonen, welzijn en zorg en service-centra waar zowel ouderen en de gehandicapten, als buurtbewoners gebruik van kunnen maken. Dat vergroot ook de onderlinge betrokkenheid.”

50. We hebben geen ministerie van VWS meer nodig in de toekomst.

Als de zorg wordt gezien als een normale bedrijfstak is een ministerie van VWS wellicht overbodig voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het ministerie van Economische Zaken zou deze taken kunnen overnemen. Maar voor het waarborgen van de ethiek in de samenleving blijft het ministerie echter wel nodig. Bovendien zijn er verschillende soorten klanten die niet allemaal even goed hun belangen zullen behartigen. De overheid heeft daarbij een taak om ondernemerschap en zorg te stimuleren.

51. Redeneren vanuit het assistentieprincipe in plaats van het verzorgingsprincipe?

Hessel Bouma, Sr. Director Business Development, Philips Consumer Healthcare Solutions



In het kader van participatie in een visionair Duits project "Pflege 2020" van het Fraunhofer Instituut bezocht ik verschillende duitse instellingen. Zo zijn ze bij een grote zorginstelling in Hamburg inmiddels overgestapt naar het "Assistenz-Prinzip" i.p.v. het "Pflege-Prinzip". Dat betekende daar een grote verandering. Zo was het vroeger in deze instelling bijvoorbeeld gebruikelijk om gewoon de kamer van een cliënt binnen te lopen en deze vervolgens te verzorgen. Tegenwoordig wordt er op de deur geklopt. En wanneer het de cliënt niet schikt, gaat het personeel ook niet naar binnen. De cliënt wordt dan geassisteerd op een ander tijdstip dat hem wel uitkomt.

Met deze manier van werken staat de klant echt centraal en help je hem waar nodig. De cliënt blijkt ook meer zelf te (kunnen) doen, voelt zich meer volwassen behandeld en is meer tevreden.

Dit vereist wel een andere mindset voor cliënten en zorgpersoneel. Want 'assisteren waar nodig' is een andere werkwijze dan 'de cliënt volledig verzorgen'.

Ook voor het personeel was het een behoorlijke verandering en uiteindelijk ook naar tevredenheid door efficiëntie en hogere klanttevredenheid.

Inspiratie uit
de debatten

52. PGB's jagen dynamisch ondernemerschap aan.

Als mensen ontevreden zijn over de zorg vragen ze een Persoonsgebonden Budget (PGB) aan. De cliënt koopt dan zelf zijn zorg in. Hiermee wordt dynamisch ondernemerschap gestimuleerd. Denk hierbij maar aan de Thomashuizen. Als iedereen een PGB zou krijgen, zijn verzekeraars misschien niet langer nodig. Maar dan verliezen wij wel de verzekeraar die, door gebundelde krachten van cliënten, kan onderhandelen over prijs en kwaliteit. Bovendien zijn wij dan ook de meerwaarde van een verzekeraar kwijt, namelijk dat hij selectief goed kan inkopen en beter zicht heeft op kwaliteit.

53. Duurzaam ondernemen is het blijven investeren in personeel.

Smijt personeel niet zomaar weg, in de zorg als dienstverlenende sector is het een belangrijk productiefactor die zorgverlening mogelijk maakt.

54. Eten is een dagactiviteit.

Ondernemen is een kunst. In de Thomashuizen wordt eten niet naar binnen geschoven of op bezuinigd zodat gevaar van ondervoeding dreigt. Integendeel. Het eten vormt in de Thomashuizen een echte activiteit. En dan maakt het echt niet uit of je een biefstukje of bal gehakt voorzet. Eten is de goedkoopste kostenpost. De inzet van personeel kost veel meer.

Secretaris-generaal Van Maanen pleit voor meer innovatie in de zorg.

“Dynamisch ondernemerschap stimuleert innovatie en dat is belangrijk om verschillende redenen: Allereerst zorgen innovaties ervoor dat aandoeningen en ziekten beter of op een patiëntvriendelijkere manier behandeld kunnen worden.

Ten tweede leiden innovaties tot een efficiëntere zorg en/of een betere bedrijfsvoering waardoor patiënten sneller of beter geholpen worden.

Ten derde leiden innovaties in de ICT tot een betere communicatie tussen alle betrokkenen, waardoor informatie beter en sneller wordt overgedragen. Hierdoor kunnen fouten voorkomen en samenwerking verbeterd worden.

Ten slotte maken innovaties de zorg aantrekkelijker:

Werknemers werken liever in een sector die mee gaat met zijn tijd. Voor werkgevers bieden innovaties geweldige kansen, waardoor hun werk meer wordt dan alleen maar managen. En dan - en daar doen we het allemaal voor - de patiënt. Tja, die wordt natuurlijk ook graag door een innovatieve aanbieder geholpen die gemotiveerd is om hem de beste zorg te leveren.

Innovaties verhogen dus de kwaliteit van leven, ze kunnen de levensduur verlengen en zorgen voor een hogere arbeidsproductiviteit. De kosten van innovatie moeten niet worden vergeleken met de (collectieve) uitgaven aan zorg maar met de baten. Ook bedrijven kijken nooit alleen naar kosten. Het gaat om toegevoegde waarde. Zolang de waardetoevoeging groter is dan de kosten is een activiteit rendabel. Er komen grote uitdagingen op ons af, in volume en aard van de zorgvraag terwijl de basis smaller wordt. Innovaties kunnen een heel belangrijke rol spelen om deze wedstrijd te winnen. Bij dit alles is het van belang dat de sectoren in de zorg zelf de ruimte krijgen om te innoveren. Dit is nodig om ook de noodzakelijke samenwerking tussen sectoren te stimuleren. Het departement zal dus moeten loslaten en vertrouwen geven aan het veld.”

Inspiratie uit
de debatten

55. Het maakt niet uit of je een grote of een kleine organisatie bent, ondernemen kan altijd.

Innovatieve ideeën hebben niets met de omvang van een zorginstelling te maken, maar met de creativiteit van de mensen die er werken. Ondernemen kan overal als de patiënt maar centraal staat.

56. Het EPD bouwt bruggen tussen ondernemers.

Ondernemerschap kan worden gestimuleerd door samenwerking. Er zijn bruggen nodig tussen verzekeraars en ondernemers en tussen grote en kleine instellingen. Een voorwaarde voor efficiënt samenwerken is wel dat de

uitwisseling van dossiers mogelijk wordt. Daarvoor is een goede infrastructuur noodzakelijk, bijvoorbeeld in de vorm van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD).

57. Laat van 8.00 tot 17.00 uur het ziekenhuis een ziekenhuis zijn, van 17.00 tot 8.00 uur is er ruimte voor ondernemerschap.

Het meest optimale zou een 24-uursbezetting van bijvoorbeeld een MRI zijn. Door van 8.00 tot 17.00 de normale zorgbehandelingen en operaties uit te voeren is er 's avonds en 's nachts tijd voor ondernemerschap. Dit vereist wel een andere mentaliteit.

58. Focus, geloof en ga ervoor.

Er is sprake van veel diversiteit in de zorg, maar er lijkt soms wel eens een onuitstaanbare drang te bestaan om iedereen over één kam te scheren en voor iedereen dezelfde lijn uit te zetten. Dynamisch ondernemerschap kan gezien worden als: het focussen op verschillende mogelijkheden, kijken in welke mogelijkheid je geloofd en daarvoor gaan!

59. Er is geld nodig om te experimenteren.

Het is lastig te innoveren omdat er eerst hoge investeringkosten zijn en de baten pas veel later volgen. Er is financiële ruimte nodig om te kunnen experimenteren. Daarbij is het van belang dat ziekenhuizen die investeren en geld besteden aan de ontwikkeling van nieuwe medische product innovaties ook de revenuen kunnen behouden. Als een medisch specialist bijvoorbeeld iets ontwikkelt en het patenteert kan hij deze inkomsten in Nederland niet zelf behouden en wijkt dus uit naar het buitenland.

60. Om dynamisch ondernemerschap in dienst van de patiënt te stellen moet je de geldstromen op orde hebben.

Soms belemmeren de financieringsstromen doelmatige innovatieve zorg. Zo is thuisdialyse beter voor de patiënt en goedkoper. Toch vindt dialyse nog vaak in een ziekenhuis plaats, omdat het ziekenhuis de dialyse vanwege de inkomsten graag zelf willen behouden. Als de geldstromen betere prikkels zouden geven kan de beste en meest efficiënte zorg rondom de patiënt worden ontwikkeld.

61. Als kleine catamaran is het moeilijk om een olietanker van richting te laten veranderen.

Voor meer innovatie en dynamisch ondernemerschap in de zorg is een cultuurverandering nodig. De richting van de stroom door vernieuwing en innovatie in een andere richting buigen is echter lastig. Dat betekent in ieder geval dat er niet alleen geld gegeven moet worden aan initiatieven van koepels en grote organisaties maar juist ook geld beschikbaar moet zijn voor kleine innovatieve organisaties.

62. Privé-klinieken geven prikkels om te innoveren.

Het bieden van ruimte aan privé-klinieken in Nederland geeft meer diversiteit in het aanbod en prikkels voor reguliere instellingen om te innoveren. Een randvoorwaarde is wel dat iedereen dezelfde uitgangspositie moet hebben in termen van dezelfde wet- en regelgeving waar de instelling zich aan moet houden.

63. Zonder dynamisch ondernemerschap is er geen differentiatie in het aanbod.

Er bestaat geen “DE gezondheidszorg.” Als er écht over de klant wordt nagedacht zal er differentiatie van zorg noodzakelijk zijn. Zo is het goed denkbaar dat de klant langdurige zorg graag dicht in zijn eigen omgeving wil hebben maar dat de klant best bereid is om lang te reizen voor een specifieke behandeling in de curatieve zorg.

64. Ondernemersgeest komt vaak voort uit frustratie.

Innovatie wordt mogelijk door een houding van “ik pik het niet langer”. Veel innovatie ontstaat door een gevoel bij mensen dat zaken zo ondoelmatig gebeuren dat ze het zelf beter zouden kunnen organiseren. Als mensen gefrustreerd genoeg zijn gaan ze proberen om het zelf beter te doen.

65. Een flexibel personeelsbeleid maakt dynamisch ondernemerschap makkelijker.

Ondernemerschap kan bestaan uit het outsourcen van HR-activiteiten en alleen te focussen op zorgverlening. Een uitzendorganisatie kan hier bij uitstek een goede rol in vervullen. Echter, door de andere BTW-structuur is personeel van een uitzendorganisatie in ieder geval 19% duurder.

66. Het aanbod is krapper dan de vraag, daardoor ontbreken prikkels voor ondernemerschap.

De zorgvraag neemt de komende jaren, zeker door vergrijzing, toe. In Nederland zijn er altijd tekorten. Zolang een zorginstelling altijd voldoende cliënten heeft en het geld van zijn cliënten kan ontvangen zijn er geen prikkels voor ondernemerschap. Pas wanneer het lastig wordt om de capaciteit van de instelling te ‘vullen’ met cliënten zal de instelling worden geprikkeld tot ondernemerschap.

67. De tijd is rijp om telecare meer toe te passen.

De consument wil het, de zorginstellingen ook. Telecare kan de zorg kwalitatief verbeteren en efficiënter maken. Denk hier bijvoorbeeld aan Screen to Screen communicatie (of 2 weg video) tussen cliënt en zorginstelling en mantelzorger, maar ook het monitoren op afstand van chronisch zieken thuis. Daarnaast kan het grootschalig toepassen van telecare een (deel)oplossing vormen voor personeelsgebrek door de groeiende zorgbehoefte. Echter, grootschalige implementatie komt nog niet van de grond. Veel partijen lijken nu op elkaar te wachten. Beter structurele financieringsstromen zouden een oplossing kunnen zijn om de rem op de implementatie van telecare eraf te halen.

68. Er is nog een wereld te winnen bij preventie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

In de geestelijke gezondheidszorg en ook bij verslavingszorg kan door preventie veel voorkomen worden. Zeker gezien het feit dat een aantal van de aandoeningen die in de toekomst zullen toenemen, zoals depressie, zich in de hoek van de geestelijke gezondheidszorg bevinden, is meer aandacht voor preventie wenselijk. Op dit moment is preventie bij geestelijke gezondheidszorg, maar ook bij verslavingszorg nog het ondergeschoven kindje. Men richt zich veel meer op behandeling.

69. Kijk naar zorg in termen van baten in plaats van kosten.

Overal en altijd wordt de zorg in verband gebracht met wat het allemaal kost. Te weinig wordt gesproken over wat het allemaal oplevert. Het klopt dat we vandaag de dag meer betalen aan de zorg dan 40 jaar geleden, maar we krijgen er ook veel voor terug. Een aantal aandoeningen waaraan men vroeger overleed, zijn heden ten dagen chronische aandoeningen waarmee men oud kan worden. En dat is toch het uiteindelijke doel van de gezondheidszorg; om zo lang mogelijk, zo gezond mogelijk te blijven. Als je dat projecteert op preventie, is preventie het allerbelangrijkste. Hier liggen de grootste kansen en een belangrijke troef om langer gezond te leven!

70. Maak gebruik van steunpilaren in de velden waarmee je wilt samenwerken.

Zorg dat mensen die in andere velden werkzaam zijn zich willen inzetten voor de zorg. Kijk naar andere landen voor voorbeelden, zoals Zweden. Daar bouwen ze een netwerk van mensen die in organisaties werkzaam zijn waarmee de overheid wil samenwerken. Deze mensen worden bij nieuw beleid gebruikt om ideeën 'uit te rollen'.

71. Als ik moet kiezen: vergoed de tandheekunde dan volledig voor 18-22 jarige en laat de tandarts voor de rest maar buiten het basispakket.

De tandarts volledig vergoeden in het basispakket is eigenlijk zonde van het geld. De grootste winst, met het oog op preventie is te halen bij jongeren tot 22 jaar. Aangezien zij veel frisdrank drinken en tandarts bezoek uitstellen. Het geld zou beter besteed kunnen worden aan het vergoeden van alle tandartszorg aan jongeren onder de 22.

(Dit is inmiddels gebeurd. Jongeren tussen de 18 en 22 jaar krijgen de tandartskosten weer vergoed vanuit het basispakket.)

72. Integreer preventie in het dagelijkse leven.

Neem bijvoorbeeld obesitas. Het is veel effectiever om in te zetten op het voorkomen dat iemand obesitas krijgt: preventie dus. We moeten inzetten op gezond eten, meer bewegen. Maar verweef ook kennis over preventie in het standaard lessenpakket op school. Oftewel integreer het in het normale leven.

73. Preventie kan ook schadelijk zijn.

Sommigen zijn bang dat bepaalde vormen van preventie, bijvoorbeeld de medische checkups die bij de drogist verkrijgbaar zijn, schadelijke gevolgen hebben. Mensen worden onnodig ongerust gemaakt of voeren de test verkeerd uit. Ze hebben vaak geen idee wat voor waarde ze moeten toekennen aan de uitkomsten van een test.

74. Denk creatief na over bekostigingssystemen, dit stimuleert preventie.

Op dit moment bestaan er een aantal financiële prikkels die preventie tegenwerken. Zo heeft het ziekenhuis er geen belang bij om een gedeelte van de zorg naar de huisarts te verschuiven, terwijl dit soms zowel beter voor de patiënt kan zijn als ook goedkoper. Door creatief om te gaan met bekostigingssystemen stimuleer je creatieve allianties.

Minister Klink spoort ons aan om samen te zorgen voor preventie.

“De gezondheid in Nederland kan veel beter. Hoewel de gemiddelde levensverwachting nog licht stijgt in Nederland, stagneert deze voor vrouwen. Nederland blijft achter bij andere Europese landen en er zijn hardnekkige verschillen tussen bevolkingsgroepen. Leefden de Nederlanders in 1960 op één na het langst van alle Europeanen, nu is ons land gezakt naar een teleurstellende middenmoot. Bij het verhogen van de gemiddelde levensverwachting wil ik me met name richten op de toename van het aantal gezonde jaren en het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen.

Veel ziekte overkomt mensen, maar ziekte is ook vaak te voorkomen. Hoewel iedereen veel belang hecht aan een goede gezondheid, gedraagt de Nederlandse burger zich niet altijd even gezond. Roken, overmatig drankgebruik, overgewicht en gebrek aan beweging eisen hun tol. Steeds meer wordt duidelijk dat ongezondheid voor een deel is te beïnvloeden. Door burgers zelf, maar ook door scholen, bedrijven, zorgverzekeraars en de overheid. Al deze partijen hebben ook belang bij een gezonde bevolking. Een werknemer is productiever en valt minder snel uit, een leerling neemt de leerstof beter op en verzuimt minder en een verzekerde kost minder geld als hij gezond is. Preventie moet daarom niet alleen een plaats krijgen – meer dan nu nog – in de reguliere zorg, maar moet ook deel gaan uitmaken van het dagelijks leven.

Inspiratie uit
de debatten

75. Zie patiënten als partner en bondgenoot.

Een patiënt heeft er zelf het allergrootste belang bij dat dingen goed gaan en erger voorkomen wordt. De patiënt is ook degene die het best weet wat voor behandeling bij hem aanslaat. Praat daarom als zorgverlener met de patiënt en kom samen tot een oplossing.

76. Een betere zorg begint bij jezelf.

De keten van zorg waar altijd over gesproken wordt begint in wezen bij jezelf, daarna komt de thuiszorg, eventueel de huisarts en uiteindelijk het ziekenhuis. De financiering is echter andersom georganiseerd en begint

bij het ziekenhuis. Je zou de patiënt met zijn leefstijl veel centraler moeten stellen en moeten beginnen met zelfmanagement en telezorg voordat het medische circuit wordt ingeschakeld.

77. Bouw inefficiënt, zodat mensen moeten lopen.

Laat ze bij het bouwen van projecten bedenken hoe ze het gebouw dusdanig kunnen bouwen dat het uitnodigt tot bewegen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een brede uitnodigende trap en een weggestipte lift (in plaats van andersom).

78. Veel preventie ligt op andere terreinen dan de zorg.

We weten allemaal dat schoon drinkwater een veel grotere invloed heeft gehad op de stijgende levensverwachting van de bevolking dan een nieuw medicijn. Dat dingen buiten het gebied van de gezondheidszorg een grote invloed op onze gezondheid hebben gold niet alleen in het verleden, dat is nog steeds zo. De milieuvuiling, is niet alleen een probleem omdat het onze aarde opwarmt en de ijskappen doet smelten, het is ook slecht voor onze gezondheid.

79. Ga allianties aan met andere terreinen door een win-win situatie te creëren.

Preventie is voor veel organisaties een ver-van-mijn-bed-show. Bovendien worden bijvoorbeeld de woningbouwverenigingen ook niet afgerekend op hun bijdragen aan de gezondheid. Het is daarom belangrijk om hen te verleiden mee te doen aan preventie door een win-win situatie te creëren. Kijken naar wat er ook in hun belang zou kunnen zijn.

80. De politie lost het alcoholprobleem op.

Er moet op lokaal niveau één speler zijn die gezamenlijke en schurende belangen in kaart brengt. De schurende belangen moeten gaandeweg worden opgelost. In Zuidoost Brabant was de politie de initiatiefnemer en trekker van een oplossing van het alcohol probleem. Uiteraard werkte ze daarmee wel samen met andere partijen die ook met dit probleem bezig waren. Veel preventieve activiteiten moeten plaatsvinden op lokaal niveau. Ook de WMO biedt hier dus kansen. Er wordt hier kennis opgebouwd van de lokale bevolking, waar gebruik van gemaakt kan worden. Idealiter zorgt de wethouder voor politieke legitimatie en laat de uitvoering vervolgens aan de professionals.

81. Laten we nou eens gaan doen waar we het allemaal over eens zijn.

Er is al veel gesproken en geschreven over preventie. Laten we daar nou eens mee ophouden en gewoon wat gaan doen!

82. Open een consultatiebureau voor ouderen.

Iedereen kent het consultatiebureau voor kinderen, dat een erg belangrijke rol speelt bij het vormgeven van preventie voor kinderen. Laten we ook zoiets opzetten voor ouderen.

83. Zorg er tijdens de opleiding voor dat zorgwerkers zich bewust zijn van het belang van preventie.

Personeel in de cure en de care leren wel hoe ze moeten behandelen, maar niet hoe ze iets moeten voorkomen. Leer de mensen die in de zorg gaan werken tijdens hun opleiding hoe belangrijk preventie is en hoe ze eraan kunnen bijdragen.

84. Benut de rol van de kunsten.

Olivier Zwolsman, Winkelman en Van Hessen

Bij ziekte komt veel emotie kijken. De kunsten kunnen mensen helpen om op een andere manier naar ziekte te kijken en zo uit de vloedgolf van emotionele gevoelens weer het hoofd boven water te brengen en een weg naar de vaste grond te vinden. In Amerika wordt in veel ziekenhuizen tegenwoordig poëzie toegepast. Niet alleen patiënten hebben hier veel baat bij. Ook voor de artsen en verpleegkundigen blijkt de poëzie goede handvatten te bieden om beter om te kunnen gaan met de vaak heftige emoties die hun werk meebrengt. Ook in Nederland bestaan initiatieven om op een andere manier met ziekte om te gaan. De CliniClowns is hier het bekendste voorbeeld van. Verder bestaat er een initiatief waarbij gebruik gemaakt wordt van de diverse zintuigen als instrument. Zintuigen hebben we allemaal, maar in de praktijk beperken we ons vaak tot de spraak om contact te maken met elkaar. Dit initiatief laat zien dat er veel meer mogelijkheden zijn. Vooral in de opleiding geneeskunde zou hier meer gebruik van gemaakt kunnen worden. Ons specifieke onderwijssysteem staat dit echter in de weg, omdat studenten in Nederland nauwelijks de mogelijkheid hebben om eens buiten hun eigen vakgebied te kijken. Dat is jammer, want er valt nog een heel terrein te winnen. Bijvoorbeeld door eens te beginnen met het verschuiven van de aandacht voor het ongezonde naar het gezonde in de mens.



85. Biedt verzekerden en verzekeraars de kans om een langdurige relatie aan te gaan.

Het is voor verzekeraars niet aantrekkelijk om te investeren in een preventief programma voor zijn verzekerden, omdat deze verzekerden elk jaar kunnen overstappen naar een andere verzekeraar. De nieuwe verzekeraar plukt dan de vruchten van de investering van de oude verzekeraar.

86. Laat patiënten meer zelf doen, we halen tegenwoordig toch ook geen geld meer aan de balie van een bank.

Leo Vollebregt, Algemeen directeur, www.innosana.nl, Innovatoren in Gezondheidszorg



Inspiratie uit
de debatten

- 1 *De gezondheidszorg is in een aantal opzichten te vergelijken met de brandweer. Wachten tot er ergens problemen zijn en dan ingrijpen. Eigenlijk zouden we mensen moeten begeleiden naar de goede weg, dus voordat er problemen zijn. Meer inzetten op preventie, dus.*
- 2 *Steeds meer ziektebeelden zijn een gevolg van een leefstijl waarin te weinig bewegen, teveel en verkeerd eten, verslavingen aan alcohol en andere stoffen, leiden tot epidemiologische toename van overgewicht, diabetes, hart en vaatziekten, COPD en dergelijke. Al deze welvaartsziekten zijn niet te voorkomen als we de burgers niet in bew krijgen om hun leefstijl te veranderen, zelfmanagement, zelfkennis, zelfzorg en eigen gedragsveranderingen zijn de belangrijkste remedie voor een gezondere bevolking. Patient/burger empowerment is het devies.*
- 3 *We moeten hiervoor gebruik maken van diverse communicatie middelen. Maar massa-communicatie werkt niet, we moeten de informatie op maat aanbieden en dit zou wel eens kunnen betekenen dat we per doelgroep anders te werk moeten gaan. Een allochtoon die slecht Nederlands praat is niet geholpen met een brochure in het Nederlands, maar ook de timmerman begrijpt weinig van het medisch jargon waarmee de arts probeert uit te leggen wat de gevolgen van de aandoening zijn.*
- 4 *Nog beter zou het zijn om zoveel mogelijk taken te delegeren naar zo laag mogelijk in de gezondheidsboom. Dus zoveel mogelijk taken laten bij de persoon zelf en hem daar zo lang mogelijk in ondersteunen middels zelfzorg mogelijkheden. Als dat niet meer gaat kan een (wijk)verpleegkundige ondersteuning bieden. Pas als dat ook niet meer lukt gaat iemand naar de huisarts of specialist.*
- 5 *Op allerlei manieren kunnen mensen ondersteund worden bij het gezond blijven. Een middel, dat we in Nederland hiervoor wel gebruiken is straffen voor ongezond gedrag. Bijvoorbeeld door iemand die rookt een hogere premie te vragen. Beter werkt het om iemand te belonen voor goed gedrag. Bijvoorbeeld door iemand die stopt met roken een korting op de premie aan te bieden. In andere landen is hiermee al wat ervaring opgedaan.*
- 6 *Professionals in de gezondheidszorg zouden zich ook anders op moeten stellen. Niet zo zeer als betermakers, maar veel meer als gezondheidscoaches. Ze moeten proberen de cliënt zo gezond mogelijk te houden. (Wijk)verpleegkundigen kunnen hierin een grote rol spelen en zijn er, doordat ze dicht bij de cliënt staan, uitermate geschikt voor. Zij hebben een integrale aanpak van gezondheid en kunnen iemand op het juiste moment doorverwijzen naar de juiste persoon in het medische circuit. In Engeland hebben ze hier goede ervaringen mee, de Commune Nurse heeft deze rol.*

7 Als iemand dan toch ziek is geworden en doorverwezen wordt naar het medisch circuit is het van groot belang dat daar transmurale verbanden worden gelegd en disease-management moet de normaalste zaak van de wereld zijn. Goed samenwerken en behandelingen op elkaar afstemmen biedt kansen voor verbeteringen.

8 Het Elektronisch Patiënten Dossier kan daar ook een hulpmiddel bij zijn. We moeten echter oppassen dat we bij de ontwikkeling van het EPD de cliënt niet uit het oog verliezen. Het EPD biedt veel kansen voor het empoweren van de patiënt en vergroot de mogelijkheden voor zelfzorg. Het biedt cliënten de mogelijkheid om thuis hun dossier te beheren. Vergelijk het met een Internetrekening van een bank. Maar het EPD gaat zelfs verder dan de banken. Geld kunnen we niet printen thuis; in de zorg kunnen we wel verder gaan. De dokter of verpleegkundige kan best geraadpleegd worden via de computer. Vooral bij preventie biedt het gebruik van Telezorg kansen, omdat de cliënt op dat moment nog geen patiënt is en dus niet het medische circuit in hoeft. Het is veel laagdrempeliger als hij via de computer advies kan vragen. Daarbij is het dan wel belangrijk dat hij ook daadwerkelijk iemand ziet op het scherm en adviezen krijgt die op hem zijn toegesneden. E-zorg op maat, de persoonlijke gezondheidscoach.

87. Als de zorgverlening goed georganiseerd is voorkomt dat eenzaamheid.

Door de manier waarop op dit moment de zorg soms voor iemand thuis wordt georganiseerd wordt iemand sneller eenzaam. Er komt namelijk vijf minuten iemand om je uit bed te helpen. Een uurtje later, zet een medewerkster je zo snel mogelijk onder de douche. Je maaltijd wordt aan de deur afgeleverd en 's middags komt er een half uurtje iemand die de ramen komt lappen, maar helaas geen tijd heeft voor een kopje koffie. Als bovenstaande activiteiten nou door één iemand in één keer gedaan zouden worden, heeft de medewerkster geen reistijd en dus wel tijd voor een kopje koffie en een praatje.

88. Positioneer preventie als maatschappelijk ondernemen.

Zorg dat gezond zijn sexy wordt. Neem het milieu; ieder bedrijf zorgt er wel voor om geen slechte reputatie op te bouwen op dit gebied. Sterker nog: 'groen zijn' is hip. Met name grote vervuilers als Shell, investeren ontzettend veel om aan te tonen dat ze zich bewust zijn van de problemen met het milieu. Zorg dat bedrijven als bijvoorbeeld fastfoodbedrijven (klein en groot), sigarettenfabrikanten, frisdrankfabrikanten ook zo met gezondheid om gaan. Door bijvoorbeeld sportverenigingen te sponsoren, gezonde alternatieven aan te bieden.

89. Kopiëren in plaats van innoveren.

Er bestaan al heel veel goede voorbeelden van preventie plannen die werken. Laten we nou niet allemaal het wiel opnieuw gaan uitvinden; kijk naar elkaar en leer daarvan. We moeten iets bedenken waardoor we deze goede voorbeelden kunnen verspreiden.



90. Een periodieke gezondheidscheck met persoonlijke follow-up voor burgers moet net zo gewoon worden als een bezoek aan de tandarts.

Coenraad van Kalken, Directeur NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics (NIPED)

Vaak worden patiënten en zorgverleners pas actief als er daadwerkelijk een probleem is geconstateerd. We lopen in de zorg daardoor te vaak achter de feiten aan. Het is belangrijk ons te richten op preventie en vroegtijdige diagnose, zodat personen met een hoog risicoprofiel kunnen worden opgespoord teneinde tijdig te kunnen bijsturen. Een goede geïntegreerde gezondheidscheck voor iedereen biedt hierbij uitkomst.

Met zo'n gezondheidscheck wordt voor ieder individu de gezondheid in zijn totaliteit in beeld gebracht. Daarnaast wordt de burger voorzien van een persoonlijk plan hoe de gezondheid op koers kan worden gehouden of gebracht. Van een gezondheidscheck alleen wordt niemand beter.

Met de resultaten van de gezondheidscheck moet namelijk wel wat worden gedaan. De burger is hierbij uiteraard zelf in belangrijke mate verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid en leefstijl. Echter, een gezondheidscheck met "op het lijf geschreven follow-up" heeft meer effect dan een moraliserend vingertje van de dokter die de patiënt (of liever de cliënt) bestraffend toespreekt. Een gezondheidscheck kan bijdragen aan een beter bewustzijn over de gezondheid, en is daarmee ook in het belang van werkgevers en verzekeraars.

Zit ik op koers of ben ik van koers af? Door de uitslag van een gezondheidscheck op papier onder ogen te zien en te kunnen raadplegen via het internet heeft de check meer impact op het menselijk gedrag. En dat is wat je hoopt. Dat mensen het persoonlijke follow-up plan gaan volgen, waardoor de belangrijke ziekteprocessen zoals hart- en vaatziekten, bepaalde vormen van kanker, maar ook chronische en psychische aandoeningen vroegtijdiger kunnen worden behandeld of – beter nog – vaker kunnen worden voorkomen. Dat is niet alleen pure winst voor de gezondheidszorg maar levert ook een bijdrage aan een hogere kwaliteit van leven.

91. Laat de doelgroep meedenken over preventie.

Ga bijvoorbeeld niet voor jongeren bedenken hoe ze van de drank, sigaret of drugs af moeten komen. Betrek de jongeren erbij, zij weten veel beter welke aanpak kans van slagen heeft.

92. Zet jongeren aan het werk in de zorg in plaats van in de horeca.

Veel jongeren hebben een bijbaantje in de horeca. Ze komen hier in aanraking met alle slechte gewoontes. Waarom hebben er niet veel meer jongeren een bijbaantje in de zorg? Daar leren ze veel nuttigere dingen.

93. Zet in op preventie door therapietrouw te verhogen, daar is een wereld te winnen.

Er is veel aandacht voor de behandeling van allerlei aandoeningen. Er is echter weinig aandacht voor het traject na de

behandeling. Veel mensen hebben geen idee wat ze moeten doen als ze thuiskomen: wanneer ze de medicijnen in moeten nemen; tot hoe lang na de operatie; of ze bepaalde oefeningen moeten doen.

94. Preventie bij de lagere economische klasse werkt het beste door een band met ze op te bouwen en ze daarna te verleiden.

Het is algemeen bekend dat de lagere economische klasse gemiddeld een lagere levensverwachting heeft. Als je kijkt naar de ervaren gezondheid scheelt het maar liefst 15 jaar met de hogere economische klasse. Er wordt ook relatief meer gerookt, gedronken en fastfood gegeten in deze klasse. Preventie is dus erg belangrijk. De algemene voorlichtingscampagnes, informatiefolders en ook de goede adviezen van een arts gaan vaak aan deze groep voorbij of worden niet begrepen. Preventie bij deze klasse heeft het meeste kans van slagen als iemand die ze vertrouwen hen ertoe verleidt. Door bijvoorbeeld samen met iemand naar een kookcursus te gaan waar men gezond leert koken. Mensen van het welzijnswerk of uit het onderwijs of sport lijken hiervoor de aangewezen personen.

95. Er is veel ellende bij mensen thuis, zoek ze op dan voorkom je erger.

Laat een wijkverpleegkundige of maatschappelijk werker jaarlijks bij 60-plussers langsgaan en een praatje met ze maken. Op die manier kun je inventariseren waar de problemen zitten en erger voorkomen.

96. Als gemeten kan worden of preventie succesvol is, zijn verzekeraars eerder geneigd om er wat mee te doen.

Verzekeraars hebben zeker wel interesse in preventie. Grote investeringen zullen zij echter niet zo snel doen als het rendement niet bekend is. Wel wordt al veel aan preventie gedaan in kleinere pilot projecten. Als grote belangenorganisaties in overleg gaan met verzekeraars, worden er echter op dit moment al vrij grote investeringen gedaan, maar de verzekeraar moet dan wel creatief omgaan met geld.

97. Gezonde mensen hebben ook gezondere donororganen.

Door gezond te leven, raken je organen minder beschadigd. Hierdoor kan preventie tijdens je leven zelfs na je dood nog levens redden.

98. Kennis over preventie moet naar de burger toe en niet de burger naar gezondheidsinformatie.

Vaak is er wel kennis beschikbaar over preventie, maar moet de burger er zelf actief naar opzoek. Het zou beter zijn om deze gezondheidsinformatie actief naar de burgers toe te brengen.

99. Lang zullen we leven!

Een goede gezondheid is voor iedereen belangrijk - zowel lichamelijk als geestelijk. Laten wij daarom inzetten op preventie en een goede gezondheidszorg zodat wij onze verjaardag in goede gezondheid zolang mogelijk kunnen vieren.



Staat

Het digitaal debat voor meer inspiratie



Het debat over morgen, houdt vandaag niet op!

Een debat over de toekomst houdt in principe nooit op, de toekomst ligt immers altijd voor ons. Hebben we het nu vaak over de toekomst in 2020, in 2020 aangekomen is de toekomst verplaatst naar 2040.

De publicatie van de bundel *Niet van later zorg* was het startschot van de discussie over de toekomst van de zorg. De bundel besteedde aandacht aan belangrijke trends in de zorg. Aan de hand van vier scenario's is gekeken naar hoe deze trends zich ontwikkelen. Door het gebruik van scenario's is het mogelijk gebleken om vooruit te kijken en te bedenken welke richting ontwikkelingen in de zorg op kunnen gaan. We hebben zelf maar beperkt invloed op deze richting, maar zijn afhankelijk van externe factoren als de economische groei en de maatschappelijke richting van de samenleving. De scenario's kunnen helpen ontwikkelingen en reacties die we tegenkomen of lezen in de krant te plaatsen, waardoor we beter weten hoe we moeten reageren.

De debatreeks die op de publicatie van 'Niet van later zorg' volgde, besteedde eerst aandacht aan de twee belangrijkste knelpunten uit de bundel:

- Hoe houden we de gezondheidszorg solidair, ook in de toekomst?
- Hoe zorgen we voor voldoende arbeidskrachten?

De drie debatten die daarop volgden, hadden elk een belangrijke oplossingsrichting als thema:

- Brede eerstelijns
- Dynamisch ondernemerschap
- Preventie

In de debatten zijn veel ideeën aangedragen over hoe we kunnen omgaan met deze belangrijke vragen. De meest opvallende en/of inspirerende uitspraken hiervan heeft u in deze bloemlezing kunnen lezen. Wij vinden het belangrijk dat het nadenken over de toekomst niet hier stopt. Dit sluit aan bij de gedachten die ook in het veld leven.

Het digitaal debat
voor meer inspiratie

Martijn Hulst, een deelnemer uit het zorgveld, schreef het volgende stuk op zijn weblog:

Afgelopen januari werd het rapport Niet van later zorg gepubliceerd met daarin een viertal scenario's voor de toekomst van de zorg. Met de blik op 2020 keek het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) naar de gezondheidszorg in Nederland. Het boekwerk bevat een aantal verschillende interessante doorkijkjes naar de toekomst. Bij de ontvangst van het rapport zei toenmalig minister Hoogervorst dat het nu het moment is om een begin te maken met de discussie over de inrichting van ons zorgstelsel: "Bestuurders van zorginstellingen, de verzekeraars, de patiënten- en consumentenorganisaties, de brancheverenigingen, onderzoekers en anderen krijgen de gelegenheid om mee te praten over de toekomst van onze zorg."

Om mee te praten worden er momenteel verschillende debatten georganiseerd. Huh? Ja, debatten, erg ouderwets vindt u niet?

In een tijd waarin de digitale media steeds meer mogelijkheden bieden en aantonen voor openbare discussies, kiest het ministerie van VWS nog voor de ouderwets aandoende debatten. Besloten bijeenkomsten, waar een ieder zich wel voor kan aanmelden, maar die slechts een beperkt aantal plekken kennen. Het onderwerp 'de gezondheidszorg' gaat echter ons allen aan. Een door de social media geïnspireerde site zou, eventueel naast de debatten, toch meer kunnen bieden.

De nieuwe minister Klink heeft aan het debatvoorstel van zijn voorganger niets veranderd, terwijl hij toch de kans had dit direct te doen. Zijn collega's gaan enigszins openbaar de discussie aan op Samen Werken aan Nederland, maar de discussie over de gezondheidszorg vindt hier niet plaats.

(...)

Kortom, mijns inziens, is de oproep en belofte van Hoogervorst een loze belofte. Het is een geregisseerde discussie, terwijl een open niet-geregisseerde (of door de betrokkenen gezamenlijk geregisseerde) discussie meer zou kunnen betekenen voor de gezondheidszorg. Van dergelijke nieuwe vormen van discussies zijn buiten de zorg al voorbeelden genoeg. De inspiratie voor de toekomst van de gezondheidszorg begint misschien wel met deze voorbeelden van buiten de zorg. De discussie zou in ieder geval daar kunnen starten.

Het Ministerie van VWS heeft nu besloten om het debat over de toekomst van de zorg verder te voeren via de digitale snelweg. We denken dat een digitaal debat kansen biedt voor ons allemaal om enerzijds van elkaar te leren en anderzijds ideeën op te doen.

Het digitaal debat voor meer inspiratie

Vanaf 3 oktober 2007 is het digitale debat geopend. Ga naar www.toekomstvandezorg.nl en debatteer mee. U kunt zich via de website ook aanmelden voor de nieuwsbrief die maandelijks een indruk geeft van het debat dat op de website plaatsvindt.

We beginnen het digitale debat met dezelfde thema's waarmee we het fysieke debat zijn ingegaan:

- Solidariteit
- Arbeidsmarkt
- Brede eerste lijn
- Dynamisch ondernemerschap
- Preventie

Op de website staat per thema een stelling waarop u kunt reageren. Deze stelling blijft gedurende één maand staan, waarna we een nieuwe stelling over hetzelfde thema op het digitale discussieforum zullen plaatsen. Het ministerie zal aan het eind van elke maand, als de stelling wordt afgesloten een samenvatting met daarin de belangrijkste punten van het debat schrijven. Deze samenvattingen krijgt u automatisch toegemailed als u zich aanmeldt voor de nieuwsbrief. Daarnaast zal het Ministerie van VWS, waaronder de minister en staatssecretaris, ook tussendoor meedoen aan het debat.

De spelregels voor het debat zijn eenvoudig en wijken niet af van de spelregels van de fysieke debatten:

- We zijn met z'n allen op weg naar dezelfde toekomst, laten we niet tegen maar met elkaar praten.
- We weten allemaal dat er op dit moment een aantal zaken vatbaar zijn voor verbetering. Laten we het digitale debat niet gebruiken om in herhaling te vallen, maar laten we elkaar inspireren met nieuwe en verfrissende ideeën.

Wij kijken er naar uit om het debat met u te continueren op: www.toekomstvandezorg.nl

Uitgave

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Postadres

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 79 11

Internetadres

www.toekomstvandezorg.nl
www.minvws.nl



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

VWS