

Naar een blauwdruk voor toekomstige ziekenhuiszorg Twente

Dialoogbijeenkomst met inwoners 1 van 5, 13 februari 2025

INHOUDSOPGAVE	pagina
Welkom en opening.....	1
Proces en aanpak participatie.....	1
In gesprek met ziekenhuisbestuurders	2
Vragen vanuit de zaal.....	3
Ophalen behoeften, zorgen en wensen	4
Aan de slag in groepen.....	5
Afsluiting en vervolg	6
BIJLAGEN: Terugkoppeling per tafel.....	7

WELKOM EN OPENING

Lea Bouwmeester opent de bijeenkomst. “Namens de ziekenhuizen MST en ZGT organiseren wij een participatietraject rondom de toekomstige ziekenhuiszorg in Twente. Dank dat u er bent! Uw gezamenlijke denkkraft is namelijk nodig. U bent nu lid van het collectieve burgerbrein van Twente. Samen helpen we de ziekenhuizen na te denken over de toekomst van ziekenhuiszorg. Door wensen, zorgen en ideeën met elkaar te delen, komen we tot nieuwe oplossingen.”

Lea inventariseert uit welke gemeentes deelnemers komen: Almelo, Borne, Dinkelland, Enschede, Haaksbergen, Hellendoorn, Hengelo, Hof van Twente, Losser, Oldenzaal, Rijssen-Holtten, Tubbergen, Twenterand en Wierden.

PROCES EN AANPAK PARTICIPATIE

Lea Bouwmeester legt uit hoe het proces van participatie er de komende maanden uitziet. We gaan met verschillende groepen in dialoog:

1. Medewerkers van MST en ZGT
2. Inwoners
3. Zorgpartners
4. Gemeenten
5. Verzekeraars

We gaan op drie manieren met inwoners in gesprek. Hoe meer mensen meedenken, hoe beter we de ziekenhuizen kunnen adviseren.

- A. Er zijn vijf grote dialoogsessies met 75 inwoners. Vandaag is de eerste en u maakt hier dus deel van uit.
- B. Kleine dialoogsessies in de wijk ('de zachte stemmen')
- C. Digitale dialoog met alle Twentenaren

Dialoogsessies in de wijk

Maaïke en Patricia zijn aanwezig en lichten toe wat de kleine dialoogsessies in de wijken zijn.

“We gaan in gesprek met mensen die niet naar deze grote bijeenkomsten willen of kunnen komen, zoals dak- en thuislozen, kwetsbare ouderen, mensen met een beperking of een taalachterstand. Verschillende groepen van wie we het belangrijk vinden om hun mening te horen. Dat doen we in kleine settingen op de plekken waar het hen het beste uitkomt. Mocht u mensen kennen met wie wij in gesprek zouden moeten gaan, laat het ons dan weten. Kom vanavond naar ons toe of mail irene@burodebouwmeester.nl.

5 grote dialoogsessies in vogelvlucht

De bijeenkomsten met u doen we in 5 stappen:

1. 13 februari 2025: Ophalen van uw wensen, zorgen en ideeën voor de toekomst van de ziekenhuizen
2. 13 maart 2025: Het verdiepen en samenbrengen van losse punten naar thema's met concrete vragen
3. 17 april 2025: Het aanvullen van de ideeën en vragen door het uitnodigen van experts die met jullie gaan meedenken
4. 15 mei 2025: Het denken vanuit personen: over wie hebben we het eigenlijk?
5. 5 juni 2025: Het samenvoegen van alles tot een specifiek advies (de burgeraanbevelingen) voor de raden van bestuur van de ziekenhuizen. Zij vertellen vervolgens wat zij ermee gaan doen en hoe zij dat naar u terugkoppelen.

IN GESPREK MET ZIEKENHUISBESTUURDERS

Hilde Dijstelbloem, bestuursvoorzitter van Ziekenhuisgroep Twente (ZGT,) en **Miriam Vollenbroek**, lid Raad van Bestuur Medisch Spectrum Twente (MST), stellen zich voor:

- Hilde heeft van haar achtste t/m haar achttiende in Hengelo gewoond. Ze is opgeleid als klinisch chemicus en werkt de afgelopen zes jaar met heel veel plezier in ZGT, met locaties Almelo en Hengelo en een buitenpoli in Rijssen.
- Miriam is een geboren en getogen Tukker. Ze is voor haar studie biomedische wetenschappen naar Nijmegen gegaan, maar keerde daarna weer heel graag terug naar de regio Twente. Naast haar bestuursfunctie bij MST is Miriam professor Technologie ondersteunenden zorg voor ouderen bij de Universiteit Twente. MST heeft de hoofdlocatie in Enschede, poliklinieken in Oldenzaal en een buitenpoli in Haaksbergen.

Waar ben je het meest trots op?

Hilde: Het meest trots ben ik op dat we veel complimenten van patiënten en zorgprofessionals krijgen. ZGT is een erkend topklinisch ziekenhuis. Dat betekent dat we complexe zorg bieden die meer kennis, kunde en ervaring vraagt. Ook hoe we samenwerken in de regio en verbinden met andere zorgpartners in de regio maakt me trots.

Miriam: We staan in Twente voor de zorg naar onze burgers. Goed dat inwoners ook topklinische zorg dichtbij huis kunnen krijgen. MST is een traumacentrum en doet topklinische zorg rondom hart en zenuwstelsel. Ik ben er trots op dat we werkgever mogen zijn en dat onze ziekenhuizen veel mensen uit onze regio een prachtige baan bieden: dat zij zich kunnen ontwikkelen in de regio. Leren, werken én goede zorg krijgen in de regio.

Waarom organiseren de ziekenhuizen deze dialoogsessies?

De zorg staat onder druk. Dat geldt ook voor de ziekenhuiszorg. Er zijn uitdagingen in het Nederland en ook in Twente.

- De vraag naar zorg gaat toenemen: er komen meer ouderen en patiënten met (een combinatie van) complexe aandoeningen.
- Er zijn minder mensen die de groeiende vraag naar zorg kunnen leveren. Een groot deel van de huidige medewerkers gaat met pensioen en de jongerenpopulatie neemt af (dubbele vergrijzing). Kortom, de banen in de zorg zijn er wel, maar er zijn onvoldoende medewerkers. We proberen dit aan te pakken door bijvoorbeeld zorgverleners in de regio Twente op te leiden en mensen uit andere regio's te verleiden om bij ons te komen werken. Maar het is een uitdaging.
- We zetten technologie in zoals hulpmiddelen zoals meetapparatuur, digitale middelen (consult via telefoon of beeldscherm). Nieuwe ontwikkelen helpen maar zijn ook kostbaar, terwijl de financiële middelen beperkt beschikbaar zijn.

Onze ziekenhuizen werken intensief samen. In de praktijk lopen we helaas tegen grenzen aan, allerlei praktisch en wettelijke zaken. Bijvoorbeeld in hoe we het financieel regelen als we organisatieoverstijgend werken. Maar ook elkaars patiëntendossiers inkijken mag niet: dat zorgt ervoor dat je als patiënt hetzelfde verhaal meerdere keren moet vertellen en sommige onderzoeken dubbel moet doen. Daar proberen we nu al oplossingen in te vinden. We roepen daarbij de meedenkkracht van allerlei stakeholders op omdat we over 20 jaar nog steeds dezelfde ziekenhuiszorg willen kunnen bieden die burgers nodig hebben: beschikbaar, van goede kwaliteit en betaalbaar.

Wat verwachten jullie van die denkkracht?

Als we de samenwerking tussen de ziekenhuizen doorzetten kunnen we een deel van de problemen oplossen. Maar dat is niet genoeg. We willen de Twentse ziekenhuiszorg opnieuw uitvinden, beginnend met een wit vel papier. Hoe komt de zorg er over 20 jaar uit te zien? Dat het anders is dan hoe het nu is, is duidelijk. Hoe dat wordt, gaan we samen inkleuren. Welke zorg moeten we dichtbij organiseren en hoe doen we dat dan? Hoe behouden we de juiste zorg voor de inwoners in deze regio? Met jullie mening krijgen we een goed beeld. We vinden het belangrijk om iedereen die het aangaat te betrekken: zorg is van ons allemaal! Alle ideeën, oplossingsrichting en creatieve invallen helpen om de ziekenhuiszorg verder te helpen. Daarom organiseren we dialoogbijeenkomsten met:

- Onze medewerkers
- Alle inwoners van Twente
- Onze zorgpartners in de regio
- De gemeenten van Twente
- De zorgverzekeraar

VRAGEN VANUIT DE ZAAL

Hilde en Miriam beantwoorden vragen vanuit de zaal.

VRAAG: Het is duidelijk dat er zorgen zijn in de zorg. Ik heb de podcast “Het ziekenhuis is ziek” beluisterd. Wat mij het meeste is bijgebleven, is dat er meerdere werelden in de ziekenhuizen zijn en dat het stroef gaat tussen verschillende professies waardoor sommige mensen de zorg verlaten. Hoe gaat u daarmee om?

ANTWOORD: Dat is een terecht punt en moeten we aandacht geven binnen de ziekenhuizen. We betrekken ook eigen medewerkers, zoals dokters en verpleegkundigen, intensief bij dit traject. We willen een aantrekkelijk werkgever zijn en mensen binnen en buiten de regio aantrekken.

VRAAG: Jullie praten over de regio Twente, maar hoe zit het met de regio Europa? Kijken jullie ook over de grenzen?

ANTWOORD: We kijken zeker ook naar hoe we hoe we de krachten kunnen bundelen met andere ziekenhuizen. In de acute zorg werken we bijvoorbeeld samen met Duitsland bij de inzet van de traumahelikopter. Duitsland heeft echter dezelfde problematiek als wij. Daarnaast is bijvoorbeeld de uitwisseling van personeel en de financiering van zorgverlening van een Nederlandse patiënt in buitenland nog niet zo gemakkelijk te organiseren met zorgverzekeraars.

VRAAG: Waar knelt het precies in de ziekenhuiszorg in Twente?

ANTWOORD: De zorgvraag stijgt de komende 10 jaar met 8%. Dat betekent dat als we niets veranderen we dan 300 tot 400 zorgmedewerkers tekort komen. Dat is aanzienlijk op ons personeelsbestand. Het knelt met name in personeelstekorten in de acute zorg (de spoedeisende hulp), in de verloskunde, in de medisch specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen.

VRAAG: Is dit een probleem van Twente of is het overal in Nederland een probleem?

ANTWOORD: Deze problemen zijn niet uniek. Er zijn wel regionale verschillen. Onze ziekenhuizen ervaren bijvoorbeeld minder schaarste in OK-medewerkers dan in West-Nederland. Wij staan aan de lat voor de ziekenhuiszorg voor alle inwoners van Twente. Als u zorg nodig heeft, moet u het kunnen krijgen.

OPMERKING: De essentie is dat er zorg wordt gegeven als dat nodig is. Ik vind het niet erg als dat verder weg is. Als degene die verzorging nodig heeft, maar geholpen wordt.

OPMERKING: Voor sommige zorg moet je soms wat verder reizen omdat het specialisme verder weg zit. Ik vind het persoonlijk geen probleem om daarvoor te reizen. Welke zorg moet je minimaal hier willen houden en voor welke zorg is het niet erg als het verder weg zit?

ANTWOORD: Er is niet 1 patiënt en 1 mening. Het is goed om een beeld te krijgen hoeveel mensen wel verder willen en kunnen reizen en hoe groot het deel is dat dat niet kan en wil. Er zullen altijd specifieke aandoeningen zijn waarvoor je nu ook al naar buiten Twente moet reizen. Als het de kwaliteit van zorg ten goede komt, zijn wij voor concentratie van zorg. Kinderhartchirurgie

gebeurt bijvoorbeeld niet in Twente. Als we het dichtbij kunnen aanbieden, verdient het de voorkeur. Medisch specialisten werken bovendien liever in een ziekenhuis met een breed pallet van hun specialistische zorg. Goed om dat ook in gedachten mee te nemen. Alles hangt met alles samen.

VRAAG: Ik snap het vraagstuk en jullie vraag om input van mensen. Iedereen kan er vrij over denken en discussiëren. Wat gaan jullie concreet met al die input doen?

ANTWOORD: Het wordt de leidraad voor de keuzes die we gaan maken. We weten nog niet wat eruit komt, dus het is ook spannend.

VRAAG: Welke ruimte hebben jullie als ziekenhuizen zelf om zaken in te vullen? Zijn jullie niet geboden aan ministeries, de Zorgautoriteit, de Autoriteit Consumenten Markt, de zorgverzekeraar en banken?

ANTWOORD: We nemen als ziekenhuisbestuur eigen besluiten maar we zijn inderdaad gebonden aan het zorgstelsel en de wet- en regelgeving.

VRAAG: De ziekenhuizen hebben veel gebouwen. Wat gaat daarmee gebeuren?

ANTWOORD: Het begint niet bij de gebouwen. Belangrijk is dat we met over de inhoud en het proces van zorg praten en van daar uit te kijken naar welke gebouwen passen daarbij.

VRAAG: Ik word blij van hoe dit proces gaat. En ik zou graag aandacht willen vragen voor inwoners van Twente met een niet-Nederlandse achtergrond. Hoe spreek je met mensen met een andere cultuur?

ANTWOORD: Terechte opmerking. De hele regio is de hele regio. We hebben heel veel waardering voor uw komst, maar gaan zeker ook andere gesprekken voeren. De medewerkers in ziekenhuizen zijn ook meer divers dan hoe we hier bij elkaar zitten. Als u contacten en kennis heeft van mensen of groepen die we zouden moeten spreken, horen we het graag.

VRAAG: De gezondheidszorg in de regio is meer dan alleen ziekenhuiszorg.

ANTWOORD: We voeren ook gesprekken met ketenpartners in de zorg: huisartsen, fysiotherapeuten, andere ziekenhuizen, ouderenzorgorganisaties, mentale gezondheidszorgorganisaties. Maandag 10 februari is hiervoor een eerste bijeenkomst geweest.

VRAAG: Ik mis vanavond de zorgverzekeraar Menzis aan tafel.

ANTWOORD: Zorgverzekeraars zijn nauw betrokken bij dit proces. Helaas was Menzis vanavond verhinderd, maar ze lezen het verslag en zijn er de volgende avond bij.

LEA: Waar zijn jullie als ziekenhuisbestuurder het meest nieuwsgierig naar?

ANTWOORD: Naar de mooie gesprekken met elkaar. Naar de frisse blik van u als inwoner voor ons als ziekenhuiszorg als input voor de keuzes die we gaan maken. We zijn blij met uw betrokkenheid en de vragen die u nu al stelt: kritisch en open minded.

LEA: Wie heeft een briljant idee voor de bestuurders en wil dat delen?

VANUIT DE ZAAL: Ik heb een groot hart voor mantelzorgers. Kunnen we niet één punt in het ziekenhuis maken waar mantelzorgers alle informatie kunnen vinden over het traject dat na het ziekenhuis plaatsvindt? Zodat zij voldoende informatie hebben om de zorg thuis over te nemen?

VANUIT DE ZAAL: De ziekenhuizen hebben transferafdelingen, met mensen die als taak hebben dit voor te bereiden.

OPHALEN BEHOEFTE, ZORGEN EN WENSEN

Deelnemers komen via een QR-code in de online omgeving waar ze in een eerste ronde aangeven wat de grootste behoefte of wens is als het gaat om ziekenhuiszorg in Twente en wat de grootste zorg is. In een tweede ronde krijgen deelnemers antwoorden van anderen te zien, die ze waarderen. Op die manier prioriteren we gezamenlijk de uitkomsten.

ONZE TOP 5

Wat is je grootste behoefte of wens als het gaat om ziekenhuiszorg in Twente?	Wat is je grootste zorg als het gaat om ziekenhuiszorg in Twente?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kwaliteit van specialisten en medewerkers 2. Optimale samenwerking tussen ZGT en MST om zoveel mogelijk specialismen te behouden. 3. Toegankelijke zorg voor iedereen, wanneer verder weg dan goede interactie tussen ziekenhuizen. 4. Omzien naar alle burgers en daar dienstbaar voor zijn. En zorgen voor ziekenhuiszorg die voor iedereen bereikbaar is. 5. Meer gebruik van digitale hulpmiddelen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Onderlinge communicatie tussen verschillende disciplines. 2. Meer dossier transparantie 3. De wachtlijsten en onvoldoende personeel in de toekomst 4. Samenwerking in de keten, vanaf het moment dat een patiënt bij de zorgverlener (huisarts) komt. 5. Meer samenwerking rondom preventie en meer samenwerking rondom acute zorg zodat dit beschikbaar blijft.

Lea vraagt enkele aanwezigen om toelichting op de punten:

- Meer gebruik van digitale hulpmiddelen: Mijn man is longpatiënt en heeft bijzonder prettige ervaringen met een app. Hij vult wekelijks vragenlijsten in en kan via de app contact leggen of contact opnemen. Er wordt direct gekeken naar wat nodig is. Hij hoeft niet te wachten en niet onnodig naar het ziekenhuis.
- Meer dossier transparantie: je neemt aan dat de specialist of verpleegkundige alles goed opschrijft en dat daar duidelijkheid naar komt naar de patiënt. Niet alleen in het gesprek maar ook in het dossier. Er zijn vele mogelijkheden: het vereist transparantie en begrijpelijke communicatie en informatie.
- Samenwerking in de keten: Het ziekenhuis is een eindstation, maar er zitten veel stations tussen thuis ziek worden en het ziekenhuis. We moeten het ziekenhuis als een onderdeel van de totale keten zien. Wat moet het ziekenhuis daarin doen? Moet het ziekenhuis alles doen wat ze nu ook doen?
- Preventie en acute zorg: We kunnen veel meer aan preventie doen: in de hele keten en ook in de afstemming daarom heen. Met een betere samenwerking en triage in de eerstelijnszorg (bij huisartsen), hoef je misschien niet zo snel naar het ziekenhuis. Hoe voorkom je onnodige drukte in het ziekenhuis? De acute zorg blijft beter beschikbaar als je in de eerstelijns ook al zorg kan opvangen.

AAN DE SLAG IN GROEPEN

Aanwezigen gaan vervolgens in groepen aan tafels in gesprek om deze onderwerpen te verdiepen. Alle aantekeningen van de tafels vindt u op pagina 7 en verder van dit verslag.

Een aantal tafels geven een samenvatting van hun gesprek:

- Kwaliteit van zorg is belangrijk: zorg vraagt om samenwerken en niet concurreren. Geen specialisten maar generalisten.
- De bereikbaarheid van zorg gaat niet alleen over de fysiek reisafstand. Als je een acute blindedarmonsteking hebt en je hebt taalbeperkingen, hoe krijg je dan toegang tot de zorg?
- Taakdifferentiatie is belangrijk: niet alle zorg hoeft door medisch specialisten uitgevoerd te worden. Bij onze tafel werden meerdere praktijkervaringen gedeeld waaruit bleek dat om de patiënt de goede zorg te leveren die nog is, er een nieuwe rol nodig is. Iemand die kijkt naar wat echt nodig is, een spin in het web.
- Bij het inrichten van toekomstbestendige zorg moeten we kijken naar demografische ontwikkelingen. Welke zorg is in de toekomst nodig en welke mensen zijn nodig om dat te realiseren.
- Door de samenwerking te optimaliseren kan je de efficiency verhogen: standaardisatie van de basis zodat je zorg met elkaar kan uitwisselen.

AFSLUITING EN VERVOLG

Lea stelt tot slot de zaal de vraag of er tijdens de volgende bijeenkomst 13 maart een journalist aanwezig mag zijn, onder duidelijke afspraken en voorwaarden. Er komen verschillende reacties uit de zaal:

- Komt het eerlijk in de krant?
- We zitten nog midden in een brainstormfase. Dat is lastig over te brengen in de krant. Nu is het nog veel te vroeg.
- We hebben juist pers en communicatie nodig om alle inwoners van Twente mee te nemen.
- Om sfeerimpressie te maken zijn ze bij het afsluitende kwartier welkom. Dan hebben we geen starende blikken in het voortraject en kunnen we dan rustig onderling communiceren.
- Als ze maar niet in de krant zetten: 'dit is het'.
- Vanuit gemeenteraad weet ik dat de pers er altijd een eigen draai aan geeft. Laat ze de laatste sessie maar komen.

De tussenconclusie is er zijn mensen vóór en mensen tegen.

De bestuurders geven wel aan dat ze ervoor hebben gekozen om dit traject transparant te doen. "Ik kan dus niet voorkomen dat de pers aandacht heeft voor het proces, over deze avond en over de inhoud. Zij zijn nieuwsgierig naar waarom doen mensen mee en waar gaat het ongeveer over."

Lea vraagt of er nog vragen voor de bestuurders zijn.

VRAAG: Hebben we het witte vel ingekleurd? Zijn we voldoende buiten de box gaan denken of binnen de lijntjes gebleven?

ANTWOORD: Het is de eerste avond van een reeks van vijf dialoogbijeenkomsten. We hebben een heel mooi begin gemaakt en een hele mooie opbrengst vanavond. U heeft ons al meerdere dingen meegegeven die wij als ziekenhuizen kunnen leren en verbeteren, zoals de onderlinge communicatie en dingen die we beter moeten uitleggen. Dat is waardevol. Daar kunnen we nu al mee aan de slag. Daarnaast hebben we veel onderwerpen opgehaald die relevant zijn voor het witte vel. Ik hoop dat we daarin nog veel meer stappen met elkaar maken.

VRAAG: We hebben twee top 5'en, maar nog veel meer wensen en zorgen ingevuld. Gaat daar nog iets mee gebeuren?

ANTWOORD: Die laten we zeker niet onbenut! Dat is zeker een terecht punt. Als we alles middelen, mis je het briljante idee en dat willen we niet missen.

VRAAG: Kunt u vannacht nog wel rustig slapen van de grote inbreng hier vanavond? Wordt het een droom of een nachtmerrie?

MIRIAM: Ik ben blij met de grote inbreng. Het is een ingewikkeld en spannend traject omdat wij ook nog niet weten wat eruit gaan komen. Ik zit nog vol adrenaline. Fijn dat we straks ook nog even rustig op de bank naar FC Twente kunnen kijken.

HILDE: Door uw inbreng slaap ik vannacht juist beter dan de afgelopen nachten. We zien jullie graag terug bij de vervolgbijeenkomsten.

BIJLAGEN – Terugkoppeling per tafel

Tafel 1 en 7	Thema: Meer dossier transparantie
<p><i>Eerst is door de groep gedefinieerd wat zij verstaan onder 'Meer dossier transparantie'. In grote lijnen kwam men tot de volgende definitie: Juiste dossiervoering over de gehele zorgketen</i></p> <p>1. Waarom is dit belangrijk?</p> <p>Kwaliteit van zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbeteren kwaliteit van zorg door kans op fouten te verkleinen/ vermijden - Duidelijkheid voor patiënt en naasten en behandelaar(s) <p>Procesoptimalisatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voorkomen verlies van kostbare tijd voor patiënt, naasten en behandelaar(s) - Efficiënter werken voor professionals - Effectiever consult/ behandeling door voorbereiding op consult: juiste up-to-date informatie - Vermindering van administratieve lasten <p>Patiënt beleving</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiënt voelt zich serieus genomen met juiste dossier informatie 	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Patiënt en naasten ➢ Professionals binnen ZGT en MST en buiten de ziekenhuizen zoals apotheek, huisarts, fysio, thuiszorg ➢ Zorgverzekeraars
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden?</p> <p>Digitalisering - Privacy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorginzage MST-ZGT via één handeling - Een EPD van huisarts t/m ziekenhuis voor de gehele zorgketen <p>Communicatie – Informatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duidelijk "levellen" in gesprek tussen patiënt en professionals - Eenduidig en duidelijk taalgebruik: Jip en Janneke - Een loket waar patiënt fouten/ onduidelijkheden in dossier kan melden met verzoek aan professional deze te corrigeren/ aan te passen (voorkomt dat onjuiste info blijft hangen in dossier) - Toepassen van iconen/ intuïtieve weergave <p>Toestemming</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toestemming van alle bewoners om zorg te delen in dossiers 	<p>4. Wat vraagt dit van wie?</p> <p>Professioneel werken</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Up-to-date" zijn als professional - Taalgebruik aanpassen - Tijd maken/ nemen voor patiënt <p>Digitale vaardigheden patiënt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting - Indien gewenst begeleiding <p>Privacywetgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanpassing wet- en regelgeving <p>Eigenaarschap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiënt (mede) verantwoordelijk maken voor eigen dossier - Hoofdbehandelaarschap duidelijk herkenbaar voor patiënt <p>Inzage dossier o.b.v. 'Need to know'</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indien nodig om zorg te leveren, toegang voor betrokken zorgprofessionals tot dossier in de gehele keten van de wieg tot het graf - Indien niet noodzakelijk, voor inzage altijd toestemming van patiënt
<p>Belangrijke opmerkingen, aandachtspunten, conclusies, eigen bevindingen</p> <p>Er is tevens grote behoefte aan een generalist in een rol als casemanager die supervisie heeft op dossier/ patiënt bij complexe casuïstiek</p>	

Tafel 2	Thema: Optimale samenwerking ZGT en MST om zoveel mogelijk specialismen te behouden
<p>1. Waarom is dit belangrijk?</p>	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Alle inwoners/ burgers van (toekomstig) Twente ➢ Medewerkers ziekenhuizen

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Versnippering van de zorg voorkomen en kwaliteit van zorg zo hoog mogelijk houden; mede door gelijk beleid/ gelijke werkwijze in de ziekenhuizen. <i>Standaardisatie zorgt dat je minder kwetsbaar bent.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Onderling uitwisselbaar, maakt voor huisarts niet meer uit waar je naar verwijst. - Uniform beleid - Opnemen van elkaars patiënten. <i>(Meerdere inwoners hebben ervaring dat specialisten van ZGT en MST elkaars patiënten niet wilden overnemen)</i> ➤ Voor de toekomst inspelen op demografische ontwikkelingen en daar specialismen op afstemmen. Keuzes maken voor superspecialisatie ➤ Prioritering aanbrengen: <ul style="list-style-type: none"> - Regionale functie: acute en levensbedreigende zorg DIRECT (dichtbij) beschikbaar en zo breed mogelijk - Hele traject in ogenschouw nemen, opvang van begin tot eind, waarbij bijv. 1^e screening direct beschikbaar en vervolgetraject anders/ elders inrichten ➤ Verhogen betaalbaarheid/ efficiency; als 2 gelijkwaardige ziekenhuis elkaar weten te vinden kun je optimaal gebruik maken van elkaar. Keuzes maken om bepaalde zorg op 1 locatie te doen want dan kunnen ondersteunende afdelingen samenwerken, 1 plek met dure apparatuur. Alles omwille van beschikbare zorg. Mits je toch op 2 locaties werkt, dan samenwerken en niet concurreren. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alle zorgverleners in de regio ➤ (-gemeenten/ zorgverzekeraars)
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Standaardisatie van werkwijzen ➤ Uitwisselen van personeel ➤ Keuzes maken voor de zorg/ specialismen ➤ Medisch specialisten verleiden, bottom-up aanpak ➤ Medisch specialisten allemaal in loondienst, dan uitwisselbaar tussen de ziekenhuizen ➤ Incentive vanuit bestuur ➤ Draagvlak van betrokken gemeenten 	<p>4. Wat vraagt dit van wie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Raden van bestuur</u>: werken vanuit visie en denken vanuit kansen om zorg naar hoger ➤ Niveau te tillen, maar ook <i>willen</i> samenwerken. Belang is benoemd van de visie uitdragen ➤ Zowel in- als extern ➤ <u>Afdelingen communicatie</u>: brede communicatie in de regio ➤ <u>Medisch specialisten</u>: bereidheid tot veranderen ➤ <u>Medewerkers</u>: mobiliseren en inbreng ophalen ➤ <u>Banken/ zorgverzekeraars</u>: kosten gaan voor de baten (en lange terugverdientijd) ➤ Burgers regio Twente: plannen uitdragen naar de burgers, inbreng ophalen
<p>Belangrijke opmerkingen, aandachtspunten, conclusies, eigen bevindingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Locatiekeuzes maken o.b.v. profiel. Eén groot ziekenhuis met bijvoorbeeld zeer specialistische zorg? Bulk hoeft daar niet. Samenwerking met ZBC's - Vroegdiagnostiek; als patiënt wil je zo snel mogelijk weten wat je hebt. Meer diagnostische centra? - Topklinische status behouden - Aansluiting tussen 1^e/ 2^e/ 3^e lijn van belang; bijv. waar eindigt HA zorg en waar start 2e lijn? - Huisarts vaak behoudend; culturomslag is nodig t.a.v. digitalisering/ inzet technologie. Meer in lijn met ziekenhuizen en de inzet daar van de technologie <p><u>Quotes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ “Niet kijken naar problemen van nu, maar richten op toekomstbestendige zorg” (Daphne) ➤ “Denken in kansen en niet in beperkingen” (Marjan) ➤ “Als je acute zorg nodig hebt, moet dat zo dicht mogelijk bij huis” (Rob) 	

<p>Tafel 3</p>	<p>Thema: Toegankelijke zorg voor iedereen, wanneer verder wel dan goede interactie tussen ziekenhuizen.</p>
<p>1. Waarom is dit belangrijk?</p>	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p>

<p>Toegankelijkheid van zorg wordt binnen deze groep gezien als een basisbehoefte. We zijn ons ervan bewust dat dat niet in de hele wereld zo is. Het is belangrijk om preventief bezig te zijn met je gezondheid, om erger te voorkomen en voor behoud van kwaliteit van leven.</p>	<p>Toegankelijkheid van zorg is belangrijk voor alle bewoners uit de regio. En met alle willen we graag ook de nadruk leggen op de kwetsbare inwoners van onze regio. Toegankelijkheid wil niet persé zeggen dat het fysiek dichtbij moet zijn. Zorg kan digitaal waar nodig en ook reizen wordt binnen deze groep niet gezien als een groot issue. Echter is de groep zich ervan bewust dat dat niet voor iedere inwoner geldt.</p>
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ervaring leert dat er veel verschil zit in wachtlijsten per specialisme per ziekenhuis. Hier is geen verdeeldheid van mening over in de groep. Een gezamenlijk capaciteitsorgaan, waardoor inzet van mensen en middelen efficiënter kan worden gezien als mogelijke oplossing voor het toegankelijk houden van de zorg. - Er werd lang gediscussieerd over een goede poortwachtersfunctie. De term poortwachter zorgt er bij sommige burgers aan tafel voor dat ze het gevoel krijgen dat deuren dicht moet worden gehouden en dat is juist niet wat er met toegankelijkheid wordt bedoeld. Samen komen we tot de conclusie dat laagdrempelig een afspraak bij de huisarts en een goede triage door deze huisarts ervoor kan zorgen dat de patiënten die het echt nodig hebben doorverwezen worden naar de beide ziekenhuizen. Er is een lichte verdeeldheid over de laagdrempeligheid van toegang tot het ziekenhuis. Het risico dat wordt benoemd is dat als iedereen maar naar het ziekenhuis verwezen wordt voor een kwaal die mogelijk ook in de 1^{ste} lijn opgepakt kan worden, dat dat juist de toegankelijkheid belemmert. Kortom: een goede triage (en het liefst niet door een doktersassistent aan de telefoon, maar met aandacht en door een arts) helpt om de zorg in de regio toegankelijk te houden. - Gesproken wordt over de contacten met ZBC in de regio. Waarom weet een patiënt niet dat als hij voor een ingreep naar de kaakchirurg moet dat er in Hengelo ook een ZBC zit die kortere wachtlijsten heeft en hem kan helpen. De aanwezigen zien een rol voor het ziekenhuis om hier actiever in te worden. Uiteraard wordt de commerciële insteek gezien van deze ZBC, maar de aanwezigen vinden dat zij zelf een keuze moeten kunnen maken waar zij heen willen voor hun zorg. Het zal helpend zijn als de ziekenhuizen daarin een actievere adviserende rol gaan spelen, in ieder geval bij wachtlijstproblematiek. - Het samenvoegen van de medici wordt gezien als oplossing voor een betere samenwerking tussen de twee ziekenhuizen en dus betere inzet van schaars personeel. We hebben hier niet heel uitgebreid meer over gesproken i.v.m. de tijd. 	<p>4. Wat vraagt dit van wie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samenwerking huisartsen – ziekenhuis, waardoor triage op een goede wijze kan worden gedaan. Laagdrempelig contact tussen huisarts en medisch specialist zorgt voor een éénduidig en kwalitatief goed advies naar de patiënt. Een goede triage vraagt ook wat van onze burgers. Ga laagdrempelig naar de huisarts, wacht niet te lang, want preventie voorkomt mogelijk opnames. En als er dan een advies gegeven wordt is het belangrijk deze op basis van respect en vertrouwen te aanvaarden. - Netwerk opbouwen tussen ziekenhuizen en ZBC's. Gebruik maken van elkaar in plaats van concurreren. - In het kader van de kwetsbare burgers vragen we ook een stuk eigenaarschap van het ziekenhuis op het sociale vlak. Het gaat hierbij niet om het overnemen van zorg die eigenlijk niet in het ziekenhuis hoeft plaats te vinden, maar verbinding maken tussen de verschillende instanties die patiënten verder kunnen helpen wordt in de huidige gezondheidszorg wel gemist.
<p>Belangrijke opmerkingen, aandachtspunten, conclusies, eigen bevindingen:</p>	

Mantelzorgers zijn essentieel in het toegankelijk houden van zorg. Oog voor de mantelzorgers, vooral in het traject na opname, zou een mooi verbeterpunt zijn voor de ziekenhuizen. Als een mantelzorgers goed wordt voorbereid, dan kan de patiënt eerder met ontslag, zijn er minder vragen na ontslag en is er weer plek voor een nieuwe patiënt. Koester de mantelzorgers en zet die in zijn kracht. Biedt ze een helpende hand in de vorm van voorlichting, training enz.

Tafel 4	Thema: Omzien naar alle burgers en daar dienstbaar voor zijn. En zorgen voor ziekenhuiszorg die voor iedereen bereikbaar is
<p>1. Waarom is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Omdat er goede zorg voor iedereen moet zijn. ➤ Omdat ongelijkheid in geboden zorg niet wenselijk is en niet afhankelijk mag zijn van kennis, taal en kunde, dus ook voor patiënten die bijvoorbeeld de NL taal niet machtig zijn. ➤ Ook voor patiënten met minder middelen moet goede zorg voorhanden zijn/blijven 	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p> <p>Voor alle inwoners met aandacht voor de mensen voor wie de ziekenhuiszorg in Nederland niet bekend is vanwege allerlei verschillende redenen en mensen met minder middelen.</p>
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Voor fysieke bereikbaarheid vervoer optimaliseren tussen de verschillende ziekenhuizen ➤ Échte samenwerking ziekenhuizen onderling (waarbij een goede overdracht maar een voorbeeld is) ➤ Bereidheid tot samenwerken door alle professionals (goede ketenzorg startend bij de HA.) ➤ Taakherschikking: meer inzet verpleegkundig specialist en physician assistants daar waar kan, zodat medisch specialisten meer tijd hebben voor de complexere zorg. Ook in de huisartsenzorg meer taken naar verpleegkundigen daar waar kan. ➤ Digitalisering verder inzetten ➤ Inzetten op kortere ligduur waardoor er meer bedden in "omloop" komen ➤ Meer inzet van MTH teams waardoor ziekenhuisopname kan voorkomen worden ➤ Eigen regie van de patiënt ondersteunen, daar waar kan. 	<p>4. Wat vraagt dit van wie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Van de patiënt vraagt dit dat hij/zij zich realiseert niet alleen maar "consument" te kunnen zijn maar ook een eigen verantwoordelijkheid draagt en eigen regie op gezondheid voert. ➤ Patiënt krijgt de informatie (van zorgprofessionals?) hoe hij/zij deze positie kan pakken ➤ Inzetten op 'samen beslissen' ➤ Van de zorgprofessional vraagt het om meer in te zetten op de eigen regie van de patiënt. ➤ Niet zorgen voor maar zorgen met ➤ Van de ziekenhuizen vraagt dit meer aandacht voor voldoende kennis bij de patiënt bij ontslag ➤ Het ziekenhuis moet inzetten op betere/duidelijker 'bereikbaarheid' waar patiënten met hun vragen terecht kunnen
<p>Twee belangrijke zinnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Ziekenhuiszorg van allemaal, voor allemaal" - "Bereikbaarheid is niet alleen fysieke bereikbaarheid maar ook je digitale bereikbaarheid en de beschikbaarheid/toegankelijkheid binnen en buiten het ziekenhuis". 	

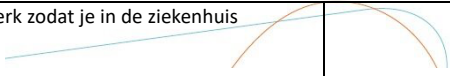
Tafel 5	Thema: Digitale middelen
<p>1. Waarom is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Snel contact met specialisme – je hoeft niet naar het ziekenhuis ➤ Medicatieapp: medicijnen bestellen en aftekenen ➤ Korte lijnen zorgverlener – patiënt kan problemen oplossen ➤ Videobellen / beeldbellen ➤ A1 gebruiken ➤ Afspraken die uitlopen > patiënt weet dat hij eventueel nog koffie kan drinken ➤ Voor bijvoorbeeld wondzorg: foto kunnen beoordelen ➤ Efficiënter ➤ Klantgericht ➤ Patiënt journey: dus al voor 2^e huisbezoek via app een behandeltraject kunnen krijgen. 	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Voor patiënt / behandelaar / zorgverlener ➤ Wisselwerking personeel / patiënt ➤ Patiënten die lang moeten wachten weten dat het later wordt of later kunnen gaan (tijdbewaking) ➤ Patiënten met wonden ➤ Personeelstekort ➤ Patiënt die meerdere afspraken heeft in 1 week misschien wel op 1 dag te plannen
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wekelijkse vragenlijst -> patiënt wordt gebeld door arts ➤ Evaluatie van de app in thuiszorg voor medicatie 	<p>4. Wat vraagt dit van wie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Je hebt professionals nodig die deze app beantwoorden / deskundig ➤ Goede beveiliging van de app, ook juridische aansprakelijkheid bepalen

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beeldbellen / facetime / eventueel zoom ➤ App zodat je weet als je een afspraak hebt of de afspraak uitloopt ➤ App om vervoer van/naar ziekenhuis in 1 app met alles daarin zoals beeldbellen app -> 1 grote app ➤ Geld ➤ Opgeleide mensen ➤ Veel ICT-mensen: betrek ook jongelui hierbij die iets kunnen ontwikkelen. ➤ Begin al op middelbare scholen met technologie in de zorg ➤ Kijk eens of andere ziekenhuizen dit al hebben: niet het wiel uitvinden 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Goede investering nodig ➤ Investeer in zorgverlener voor geaccrediteerde zorg ➤ Voor iedereen toegankelijk zijn volgens AVG-richtlijnen ➤ Goede marketing ➤ 1 lijn ZGT / MST / andere ziekenhuizen ➤ Huisarts specialist thuiszorg aan tafel zitten met elkaar ➤ Welke verantwoordelijkheid heeft welke discipline > dit moet duidelijk zijn ➤ Patiëntenvereniging erbij betrekken
<p>Twee belangrijke zinnen: Wergroep innovatie / digitale hulpmiddelen nodig. Is deze er al? Dan verdieping > patiënten-gebruikersinformatie meenemen.</p>	

Tafel 6		Thema: Onderlinge communicatie tussen verschillende disciplines	
<p>1. Waarom is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Effectiviteit / adequaat ➤ Professionaliteit & vertrouwen: onderling & in de relatie met de arts / behandelaar ➤ Begrijpelijke taal 	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alle stakeholders: de hele keten ➤ Patiënt 		
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 'Op ploppen' belangrijke informatie ➤ Digitalisering dossier / 'rechten' op dossierinzage ➤ AVG-wetgeving (aanpassen) proof ➤ 1 kapitein / hoofdbehandelaar <-> herkenbaar ➤ Aandacht voor claimcultuur 	<p>4. Wat vraagt dit van wie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Discipline van de disciplines ➤ Discipline van de patiënt / naaste ➤ Informatievoorziening onderling & naar patiënt / naaste 		
<p>Twee belangrijke zinnen: Ik ben (ook) verantwoordelijk / een discipline</p>			

Tafel 7 is gecombineerd met 1: zie tafel 1

Tafel 8		Thema: Wachtlijsten en onvoldoende personeel in de toekomst	
<p>1. Waarom is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verergeren van de gezondheidsproblemen <ul style="list-style-type: none"> i. Waardoor eerder sterven, langer zorg nodig, hogere kosten ➤ Goede kwaliteit van zorg behouden "Het hoeft niet altijd beter, goed is goed genoeg" ➤ Frustratie bij patiënten en personeel wordt groter 	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patiënten en mantelzorgers (kinderen, familie, partner, etc) ➤ Medisch personeel (artsen, secretariaat, verpleegkundigen, etc) ➤ Werkgevers (omdat zieken mensen langer niet kunnen werken) ➤ Andere zorgverleners om de patiënt heen (zoals huisartsen, ggz, etc. die de patiënt opvangen zolang die niet in het ziekenhuis terecht kan) 		
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Efficiënter werken ➤ Beter communicatie tussen: <ul style="list-style-type: none"> i. Artsen in het ziekenhuis ii. Tussen ziekenhuis en artsen daarbuiten (zoals bijvoorbeeld een huisarts) iii. Tussen ziekenhuis en patiënten (dat gaat nu niet altijd goed waardoor afspraken niet doorgaan of onduidelijk zijn) ➤ Toelatingseisen personeel versoepelen 	<p>4. Wat vraagt dit van wie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dit vraagt aanpassingen van iedereen ➤ Aanpassing van processen en beleid door management en beleidsmedewerkers ➤ Systemen op orde maken. Dat vraagt wat van beleid, ict en gebruikers ➤ Andere communicatievormen voor de patiënt (bijvoorbeeld de mogelijkheid om zelf een afspraak in te plannen) ➤ Werken met een buddy vraagt wat van HR, Scholen/ervaren medewerkers 		

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Werkend leren mogelijk maken (met een buddy aan het werk zodat je in de ziekenhuis omgeving opgeleid wordt) ➤ Enthousiast werven ➤ Werkdruk lager maken 	
<p>Twee belangrijke zinnen:</p> <p>“Patiënten moeten misschien ook pro-actiever worden” “Het (de zorg) hoeft niet altijd beter, goed is goed genoeg” “We (artsen en patiënten) zullen onze eisen die we stellen aan de zorg realistisch moeten bijstellen.”</p> <p>Aan tafel werd in het hele gesprek duidelijk benoemd dat het steeds wat vraagt van zowel de ziekenhuizen als de patiënten. Het is een samenwerking. “Het gaat twee kanten op”.</p>	

Tafel 9	Thema: Samenwerking in de keten, vanaf het moment dat een patiënt bij de zorgverlener/huisarts komt
<p>1. Waarom is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ontlasten van ziekenhuiszorg; zorg dichtbij patiënt, minder onnodige zorg door medisch specialisten; wachtlijsten korter. ➤ Kosten besparing (v.b. thuiszorg na ontslag niet beschikbaar daardoor 2 weken langer ziekenhuisopname) ➤ Besparen van leed voor patiënt, moeite van reizen ➤ Ketensamenwerking buiten de regio: kennis over beschikbare specialisme in andere regio's is nodig om patiënten keuze te bieden voor verwijzing (versus “je moet ermee leren leven”) 	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patiënt (die wacht, die moet reizen, die niet de zorg/aandacht krijgt die hij/zij wenst of nodig heeft om goed geïnformeerd keuzes te maken). ➤ Medisch specialisten die veel patiënten onnodig ziet en daardoor minder focus heeft voor specialisme ➤ Zorgverzekeraar ➤ Iedere burger. Werkt door bijvoorbeeld: medicatie efficiency – minder verspilling ➤ Alle burgers: vraagt aandacht voor passende interculturele zorgverlening en verkennen van de verwachtingen bij de zorgvraag.
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aanpassen belemmerende regels, wetten en afspraken zodat er (digitaal) consult dichtbij patiënt ingezet kan worden. (bv. iemand anders dan medisch specialist/huisarts die de zorgvraag beantwoordt). ➤ Introductie van nieuwe functie/rol: “spin in het web” door hele keten heen passend antwoord vinden voor patiëntvraag voorbij de “hokjes”. ➤ Criteria afstand meewegen bij beantwoorden van zorgvraag. Bijvoorbeeld: als afstand naar zorg >10 km is, kan de zorgvraag dan ook dichtbij opgelost (door andere professional of digitaal consult?) 	<p>4. Wat vraagt dit van wie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Specialisten (zowel medisch als specialistisch verpleegkundigen) die taken af moeten staan en uit hun ivoren toren moeten komen. Afstand doen van domeinbewaking. ➤ Opvoeden van patiënten /ondersteunen bij wat mogelijk is en wat niet mogelijk is. ➤ Opheffen van belemmerende regels. Voorbeeld: Als patiënt nog onder behandeling is van een medisch specialist (dossier nog niet afgesloten), mag de huisarts of specialistisch verpleegkundige post-operatief niet meekijken. ➤ Voorbeeld: laat fysiotherapeut triage doen voor doorverwijzing naar orthofoon. Scheelt veel onnodige consulten. ➤ Goede voorbeelden van samenwerking in de keten (voorkomen van 2/3^{de} lijnszorg) delen. Het gebeurt al.
<p>Twee belangrijke zinnen:</p> <p>“Je blijft afhankelijk van de expertise van je zorgverlener. Als hij/zij geen kennis heeft van jouw zorgvraag kom je nu niet verder.”</p>	

Tafel 10	Thema: Samenwerking op het gebied van acute zorg en preventie
<p>1. Waarom is dit belangrijk?</p> <p><u>Acute zorg:</u> Goede samenwerking scheelt tijd. Dit is het geval van acute zorg noodzakelijk. Hoe beter de overdracht tussen de verschillende zorgverleners, maar ook richting patiënt zijn/haar omgeving. Minder stress en dat is in dit geval erg belangrijk</p>	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p> <p><u>Acute zorg:</u> Voor de patiënt. Deze krijgt zo snel mogelijk de juiste zorg Zorgverleners hebben minder gedoe, het is helderder hoe de lijnen lopen</p>

<p><u>Preventie:</u> Voorkomen is beter dan genezen. Er kan beter gestuurd worden aan de deur.</p>	<p><u>Preventie:</u> Patiënt: Niet ziek worden is altijd fijner dan wel ziek zijn Zorginstellingen. Er werd eerder op de avond aangegeven dat sommige specialisten moeilijk te krijgen zijn in deze regio. Wanneer er ingezet wordt op meer preventie hebben we deze specialisten wellicht ook niet nodig in de regio.</p>
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden? <u>Acute zorg:</u> Vertrouwen in elkaar expertise Duidelijk afspraken Werken in hetzelfde systeem Informatie mogen delen gelijkwaardigheid</p> <p><u>Preventie:</u> Doel moet helder zijn. Preventie is gericht op lange termijn dus de urgentie wordt niet altijd gevoeld. Kijk niet alleen naar het individu, maar ook naar de omgeving eromheen. Komen afwijkingen bijvoorbeeld in de familie voor. Controleer dan vooral de hele familie preventief.</p>	<p>4. Wat vraagt dit van wie? <u>Acute zorg:</u> Gevoel dat we allemaal aan zet zijn (hele keten) Gelijkwaardigheid</p> <p><u>Preventie:</u> Het hele systeem rondom een patiënt moet soms bekeken worden Als de urgentie niet gevoeld wordt dan moet dit begrijpelijk uitgelegd worden. Door de preventie medewerker (wie dat dan ook is)</p>
<p>Belangrijke opmerkingen, aandachtspunten, conclusies, eigen bevindingen</p> <ul style="list-style-type: none"> Het was wel extra lastig omdat we eigenlijk 2 onderwerpen hadden: acute zorg én preventie Het viel op de kaart op dat de fysieke plekken van de ziekenhuizen vooral aan de Zuidkant van Twente zitten. Word je wel snel genoeg geholpen als je in bijvoorbeeld Vasse woont? Maak duidelijk dat er meer is dan alleen de ambulance, maar dat er ook buurtapps bestaan waarop een melding gedaan wordt bij een acuut probleem en dat dan ook andere mensen hulp bieden. Een deelnemer vertelde dat haar vader 2 weken geleden een hartinfarct had gehad. Dit was midden in Enschede. Zij gingen in verband met de drukte niet direct naar de Spoedeisende Hulp maar naar de Huisartsenspoedpost. Dit was heel verwarrend en er was twijfel of daar wel de beste hulp geboden werd. Nabijheid van een ziekenhuis zegt dus niet altijd iets. Preventie is heel moeilijk, omdat dat over de langere termijn gaat. Mensen leven in het nu en overzien niet altijd de gevolgen van hun daden. Richt je bij preventie op het hele systeem. Een kind met obesitas wordt ook ergens gevoed, wat is daar de achterliggende gedachte van. Hoeveel dikke Twentenaren zijn er? Er zat een constructieve energie in de groep. Er was een hoge mate van betrokkenheid bij het onderwerp. Iedereen is aan het woord geweest. Er was respect voor ieders mening. 	

Tafel 11	Thema: Kwaliteit van specialisten en medewerkers
<p>1. Waarom is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Regio aantrekkelijk houden ➤ Goede zorg leveren ➤ Werkgeluk voor specialisten / medewerkers 	<p>2. Voor wie is dit belangrijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ De zorgbehoevenden ➤ De medewerkers zelf ➤ Voor de zorg dichtbij te houden ➤ De toekomst
<p>3. Wat is ervoor nodig om dit mogelijk te maken of in stand te houden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Samenwerken ➤ De regio moet interessant blijven voor specialisten én medewerkers ➤ Kijken naar de opleidingen en scholing in relatie tot de tekorten die er zijn Moderniseren -> digitaliseren 	<p>4. Wat vraagt dit van wie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beloond worden voor goede zorg (financiën / loondienst) en niet voor declarabele uren ➤ Data uitwisselen en beschikbaar stellen voor elkaar. Geen dubbele dingen ➤ Welke taken en verantwoordelijkheden horen bij de verschillende functies: wie is waar goed in, en wat wil iedereen.

Twee belangrijke zinnen:

Geen specialisten maar generalisten! Zorgt vraagt om samenwerken en niet om concurreren. Help elkaar!