

Naar een blauwdruk voor toekomstige ziekenhuiszorg Twente

Dialoogbijeenkomst met inwoners 2 van 5, 13 maart 2025

INHOUDSOPGAVE	pagina
Welkom terug	1
In gesprek met bestuurder en zorgverzekeraar	1
Ronde 1: Belangrijkste thema's en doelen.....	3
Ronde 2: Doelen, problemen en ideeën	4
Ronde 3: Delen van ideeën en expertise bepalen.....	4
Plenaire terugkoppeling.....	4
Afsluiting en vervolg	7
BIJLAGEN: Terugkoppeling per tafel.....	8

WELKOM TERUG

Lea Bouwmeester opent de bijeenkomst. “Dank dat u er weer bent! We zijn met een grotere groep dan tijdens de eerste bijeenkomst op 13 februari. Welkom ook aan een aantal mensen nieuwe mensen. Fijn dat u met de ziekenhuizen MST en ZGT wilt meedenken over de toekomstige ziekenhuiszorg in Twente. De vorige keer heeft u zeer veel waardevolle bijdragen geleverd. Met die output gaan we vandaag in drie rondes aan de slag:

1. Focus aanbrengen op de belangrijkste thema's en kiezen van belangrijkste doelen
2. Welke ideeën hebben we hiervoor?
3. Wat is er nodig om deze ideeën verder te brengen, zoals kennis, voorbeelden, praktijkervaring? Wie of wat kan ons helpen om tot een nog beter advies te komen?

IN GESPREK MET BESTUURDER EN ZORGVERZEKERAAR

Jan den Boon, bestuursvoorzitter Medisch Spectrum Twente, en John de Kruiff, manager zorginkoop Menzis, vertellen waarom dit proces zo belangrijk voor hen is.

John: Wij kopen zorg in bij het Medisch Spectrum Twente (MST) en de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT). Wij vinden het heel belangrijk om op te horen wat jullie, inwoners en verzekerden, belangrijk vinden voor de ziekenhuiszorg van de toekomst.

Jan: Ik ben weer onder de indruk dat jullie met zo velen ons jullie tijd en energie lenen om met ons mee te denken in de keuzes die we moeten maken voor de toekomst. We zijn een ziekenhuis dat patiëntenzorg levert aan mensen die dat nu nodig hebben. En we willen we ons ook organiseren zodat het ook in de toekomst kan.

Lea: Waar zijn jullie benieuwd naar vanavond?

Jan: Dat jullie de thema's die jullie de vorige keer hebben aangedragen omzetten naar concrete adviezen. Dat gebeurt niet alleen vanavond maar in alle vijf de bijeenkomsten.

John: Wat vinden jullie belangrijk in de rol van zorgverzekeraar in die toekomstige ziekenhuiszorg?

Lea: Wat vind je spannend?

Jan: In de zorg zijn we gewend om de problemen van vandaag aan te pakken. Lukt het ons de stap te maken die grote keuzes op tafel te leggen die nodig zijn voor de zorg van morgen? En, als dat is gelukt, lukt het ons om die keuzes waar te maken?

VRAGEN UIT DE ZAAL

VRAAG: Wil het ziekenhuis meewerken aan 'de buurt als ecosysteem'? Dat is een concept, ondertekend door de Santeon Ziekenhuizen, om ziekenhuiszorg dichterbij mensen te brengen. Het idee is dat door betere

samenwerking tussen ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg, thuis- en verpleegzorg met schaarse middelen betere zorg kan worden geleverd in de wijken. Het ziekenhuis moet zich meer inspannen om achter de voordeur en in de eerstelijns patiënten te helpen, zodat bijvoorbeeld oudere kwetsbare mensen anders geholpen worden. Zij leggen nu het meeste beslag op de ziekenhuiszorg.

Jan: Goede bereikbaarheid van zorg is een belangrijk thema voor ouderen en kwetsbaren. We denken vaak nog landelijk en regionaal, terwijl we op wijkniveau plannen moeten maken voor de zorg. Elke schaarse euro die we hebben, moeten we hierbij zo goed mogelijk uitgeven.

John: We willen zorg dichtbij mensen organiseren. Door de enorm grote zorgvraag moeten we die anders gaan organiseren en bijvoorbeeld ook kijken naar hoe we de zorgvraag voorkomen. Dat is een beweging die we allemaal ambiëren.

VRAAG: Tijdens de vorige bijeenkomst hebben wij zorgen en wensen aangedragen. Wat is jullie reflectie op die eerste bijeenkomst?

Jan: Wij waren onder de indruk van jullie input. Veel onderwerpen waren herkenbaar omdat deze ons ook bezig houden, zoals jullie oprechte bezorgdheid over het personeel in de zorg, het besef dat er ook buiten het ziekenhuis stappen gezet moeten worden, de grote rol die preventie heeft en de bereikbaarheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg.

VRAAG: Ik mis het onderdeel palliatieve zorg in het gesprek. Artsen blijven behandelen, terwijl het gesprek over niet-behandelen *not done* is.

Jan: Het gaat inderdaad over én passende zorg én geen onnodige verspilling van mensen en middelen.

John: Dit is een heel terecht punt. Palliatieve zorg is zeker onderdeel van de transformatieplannen van de regio.

VRAAG: Wat verstaat u onder de term zelfredzaamheid? Wat verwacht u van inwoners van Twente?

John: Zelf- en samenredzaamheid zijn inderdaad belangrijk. Voor mij betekent het dat het belangrijk is dat mensen zo lang mogelijk zelf in regie kunnen blijven en zelf kunnen organiseren. Dat kan alleen als je dat wilt, dat kan met de mensen om je heen. En als dat niet kan, dan moet er ondersteuning of zorg voor je zijn.

VRAAG: Ik zie in deze zaal een grijze afspiegeling van de maatschappij. Ik mis mensen met een migratieachtergrond. Worden hun meningen ook meegenomen?

Patricia (van team zachte stemmen): Maaiké en ik gaan met deze groepen in gesprek tijdens de kleine dialoogsessies, de gesprekken met 'de zachte stemmen'. We gaan in gesprek met mensen die niet naar deze grote bijeenkomsten willen of kunnen komen. Naar aanleiding van de oproep tijdens de vorige bijeenkomst zijn velen van jullie naar ons toegekomen om met ons mee te denken. Dat heeft ervoor gezorgd dat we al meer dan 10 kleine dialogen hebben kunnen inplannen. We gaan bijvoorbeeld naar inloophuizen voor kwetsbare ouderen, een dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking, mensen met dementie en hun mantelzorger en ook multiculturele zorgvragers. Dank u wel dat u ons zo heeft geholpen!

Lea: Goed dat u ons scherp houdt meneer. Houdt dit vast! U bent bij deze onze vaandeldrager: klopt de afspiegeling nog?

VRAAG: Ik werk met ggz patiënten die moeilijk bereikbaar zijn en een ongezonde leefstijl hebben. Is dat een groep aan wie we aandacht besteden?

Patricia: Met hen gaan we zeker ook in gesprek.

VRAAG: Zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen zullen hun rol moeten veranderen. Niet alleen maar voor mensen zorgen als ze ziek zijn, maar ook een proactieve instantie zijn om ziekte te voorkomen en de druk op de zorg te ontlasten. Is daar een visie op?

Jan: We zijn een ziekenhuis en in de doelmatigheid moeten we ons dan ook beperken tot de mensen die ziekenhuiszorg nodig hebben. Maar we kijken en helpen zeker ook aan de voor- en achterkant van de keten, bijvoorbeeld door met digitale middelen ervoor te zorgen dat mensen beter zijn voorbereid op een ziekenhuisopname. We zien nog veel mogelijkheden.

John: Onze rol als zorgverzekeraar zien we zeker veranderen. De toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg wordt steeds belangrijk. Die staan onder druk. We hebben een zorgplicht en dus hebben we als zorgverzekeraar een rol om daar proactief in te handelen.

VRAAG: In hoeverre is Menzis bereid om de productieprikkel uit het zorgproces te halen? Het kan toch niet de bedoeling zijn om de productie te financieren?

John: Daar staan we zeker voor open. De kwaliteit van zorg staat voorop, de financiering moet dat faciliteren.

Jan: We hebben als ziekenhuizen en zorgverzekeraars verschillende rollen in de zorg. Zo is de zorg en het stelsel in Nederland ingericht. Onze doelen voor de inwoners en de zorg in Twente zijn hetzelfde. We kunnen het systeem en de rollen niet veranderen maar daar wel zoveel mogelijk samen in optrekken om onze doelen te realiseren.

VRAAG: Mantelzorg is een belangrijk thema. Dat hebben we nodig met de hoge druk op de zorg. Wat is het toekomstperspectief voor mantelzorgers. Hoe zorgen we ervoor dat ze goed geschoold zijn, dat ze het aankunnen dat de druk niet te hoog wordt?

Jan: Dat is een inderdaad thema dat nog onvoldoende aandacht krijgt. Het is een heel belangrijk thema dat vanavond in een van de groepen uitgewerkt zou moeten worden.

RONDE 1: Belangrijkste thema's en doelen

Menno van Tartwijk blikt terug op de bijeenkomst van 13 februari. U heeft uw zorgen en wensen kenbaar gemaakt en bent aan de hand daarvan met eerste ideeën aan de slag gegaan. Op jullie verzoek hebben wij naar alle opmerkingen en data gekeken in de Circle Lytics tool waarmee we hebben gewerkt. Als je naar daarnaar kijkt, zijn dit jullie zeven thema's.

1. **Bereikbare zorg voor iedereen**
 - **Reistijd**, voervoermiddel en kosten
 - Fysieke en digitale **toegankelijkheid** voor patiënten
 - Begrijpelijke taal, inclusief voor anderstaligen
2. **Beschikbaarheid van zorg**
 - **Wachttijden** en personeelstekort
 - Te weinig zorgverleners en zorgcapaciteit, zowel fysiek als digitaal
3. **Kwaliteit van zorg**
 - **Communicatie** tussen zorgverleners en met patiënten
 - Inzage in het **medisch dossier** (samen weten om fouten te voorkomen)
 - Behoud van **zorgkwaliteit** in de regio
 - Goede opleiding en deskundigheid van zorgprofessionals
4. **Samenwerking in de zorg**
 - Gegevensuitwisseling en overleg tussen zorgprofessionals en met de patiënt
 - **Samenwerking** tussen:
 - Ziekenhuizen onderling
 - Ziekenhuizen en zorgpartners in de brede zorgketen
 - Zorgaanbieders en het persoonlijke netwerk van patiënten
 - Samenwerking in de keten/ zorg (verschillende definities hiervan bespreken)
5. **Preventie**
 - Vroegtijdige **signalering** en het voorkomen van zorgvragen
 - Bevorderen van een gezonde **leefstijl**
6. **Digitale zorg en innovaties**
 - **Technologie** inzetten om zorg toegankelijk te houden
 - Eigen **regie** en zorg op maat versterken met technologie
7. **Beschikbaarheid van specifieke zorg**
 - **Acute** zorg en **verloskunde**
 - Behoud van beschikbaarheid en bereikbaarheid

In deze thema's zijn zowel doelen als middelen genoemd. Daar hebben we een onderscheid in gemaakt door deze te vertalen naar 7 hoofddoelen die jullie belangrijk vinden.

Doel 1: Goede zorg door samenwerking met zorgverleners en patiënten (met naasten)

Doel 2: Iedereen toegang tot zorg zonder drempels (fysiek, financieel, taal, digitale zorg)

- Doel 3: Beschikbaar houden van spoedzorg en verloskunde
Doel 4: Beschikbaar houden van planbare zorg/complexere zorg
Doel 5: Behoud van voldoende zorgverleners en aantrekkelijk werkklimaat
Doel 6: Gezonde levensstijl & vroeg signalering (preventie als middel)
Doel 7: Omzien naar elkaar: een zorgcultuur van solidariteit, waarin we gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor elkaars gezondheid en welzijn
Doel 8: Openhouden voor aanvulling en als vrije ruimte

Dit is de samenvatting van de opbrengst van alle data en daarmee ons vertrekpunt voor vandaag. Menno licht de samenvatting van elk doel toe en vraagt of het overzicht klopt en of er nog doelen missen.

UIT DE ZAAL: Ik mis palliatieve zorg.
Menno: Hij valt impliciet onder doel 1. Laten we hem in dat doel meenemen.

UIT DE ZAAL: Waar komt de informatievoorziening tussen arts en patiënt terug?
Menno: Informatievoorziening is een middel dat bij verschillende doelen belangrijk is. Het komt dus bij meerdere doelen terug.

UIT DE ZAAL: Ik mis de (EU)regio.
Menno: Zou je hem bij doel 1 (goede zorg door samenwerking) kunnen plaatsen? Praat erover door aan tafel 1.

UIT DE ZAAL: Ik heb een voorstel voor doel 8: 1 ziekenhuis in plaats van 2, met 1 Raad van Bestuur.

UIT DE ZAAL: Ik mis specifieke aandacht voor de culturele en sociale achtergronden, de zorg voor gehandicapten en kinderen. Dat zijn specifieke doelen.
Menno: Dat hoort bij doel 2: iedereen toegang tot zorg zonder drempels.

RONDE 2: Doelen, problemen en ideeën

Welk doel spreekt u het meeste aan? Ga aan de tafel zitten waar dat doel besproken wordt. De aanwezigen verdelen zich over de verschillende tafels waarbij ze het doel en de uitdagingen verder bespreken. In kleinere groepen worden specifieke problemen en mogelijke ideeën en/of oplossingen uitgewerkt.

RONDE 3: Delen van ideeën en expertise bepalen

Alle deelnemers keren weer terug naar de tafels waar ideeën met tafelgenoten worden gedeeld. Vervolgens praten de groepen door over wat er nog nodig is om het verder te brengen en welke expertise of praktijkvoorbeelden er zijn om van te leren.

Plenaire terugkoppeling

Tafel 7: Omzien naar elkaar: een zorgcultuur van solidariteit, waarin we gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor elkaars gezondheid en welzijn

- Belangrijkste doel: Het ondersteunen van mantelzorgers, zodat mensen die voor hun naasten zorgen dat op een gezonde manier kunnen doen
- Wat is daarvoor nodig: Een informatie- / steunpunt, digitaal, heel laagdrempelig waar je -heel compleet- kunt vinden wat je nodig hebt.
- Wat hebben we nodig om het verder te brengen: bundelen van kennis in de regio. Niet in een stad of dorp, maar in de hele regio. Daarmee kunnen mantelzorgers verder.
- Welke partners heb je nodig: gemeenten, maatschappelijk werk, sociaal werk, transferpunt ziekenhuizen
- Welke expertise is daarvoor nodig: ICT - over hoe bouw je het en hoe houd je het actueel? Een regionale, sociaal kaart met wat is er allemaal is in onze regio.

Lea: Deze groep krijgt de hashtags: #mantelzorgdoolhof #regiozorgkaart

Er zijn twee tafels met doel 1:

Eerste tafel 1: Goede zorg door samenwerking met zorgverleners en patiënten (met naasten)

- Belangrijkste doel: De juist zorg op de juiste plek bij de juiste mensen
- Wat hebben we nodig om dat verder te brengen: zorgcoördinatie naar transferverpleegkundigen. Transfer gaat van zorg naar zorg, terwijl zorgcoördinatie ook naar jezelf of je naasten kan gaan. Opleiding en belastbaarheid is daarbij belangrijk. Dure zorg uit ziekenhuis kan zelf gedaan worden of door mantelzorg.
- Welke partners heb je nodig om dit verder te brengen: goede communicatie en aandacht. De visie moet worden aangepast: kijken naar wat iemand wél kan.
- Welke expertise is daarvoor nodig: van de zorgvrager zelf, de wijkverpleegkundigen en het transferpunt. Iemand die naar het hele plaatje kijkt.

Lea: Is er al een plek in Nederland waar ze iets vergelijkbaars doen? #vooruitkijkenaarhuis

VANUIT DE ZAAL: - Transferverpleegkundigen weet soms niet hoe het er in de thuiszorg aan toegaat.

- Samen in de wijk in Arnhem waarin samen casussen worden besproken en niet gekeken wordt naar de zorg maar hoe mensen zelf in hun kracht wordt gezet.
- Mijn vrouw is schakelverpleegkundige van een wijkverpleging.
- In Hengelo is in januari een sociaal makelaar begonnen bij Wijkkracht voor basiszorg. Zij proberen mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.
- Wijkondersteuners zijn er voor het sociale aspect. Zij hebben een preventieve en signalerende functie. In Tubbergen doen we dat vanuit de Noabers.
- Wijkcoaches en medewerkers WMO vanuit de gemeente: zij weten wat al mogelijk is en waar te zijn.

Tweede tafel 1: Goede zorg door samenwerking met zorgverleners en patiënten (met naasten)

- Probleem: het tekort aan zorgmedewerkers.
- Idee: zorg aantrekkelijker maken
- Hoe willen we dit bereiken: oplossen van meer handen aan het bed.
- Wat is daarvoor nodig: bottom-up ophalen van goede arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden: financieel, veilige werkomgeving, goede balans werk en privé, erkend in professionaliteit, verminderen van de werkdruk. Echt vanaf de werkvloer ophalen.
- Welke expertise is daarvoor nodig: mensen die het lef hebben om out-of-the box te denken, *put the money where the mouth is*.

Lea: Wie weet welke expertise we hiervoor zouden kunnen uitnodigen?

VANUIT DE ZAAL: - Vakbondsleden.

- Verpleegkundig Advies Raad en/of de Ondernemingsraad van de ziekenhuizen.
- Staren we ons hier niet blind op de zorg? Moeten we niet juist de expertise hiervoor van buiten halen. ETC Nederland bijvoorbeeld?
- Er wordt gesproken over één ziekenhuis en één organisatie om kosten te besparen en gemakkelijker verpleegkundig personeel uit te wisselen. Echter, als je dat oplegt, gaat het niet werken. Is er iemand die daar promotieonderzoek op heeft gedaan of zich hierin heeft verdiept.

Tafel 3: Beschikbaar houden van spoedzorg en verloskunde

- Belangrijkste doel: centraliseren en versterken van de regionale samenwerking. Acute zorg is alles wat levensbedreigend is, waarbij zeer veel pijn is en waar een grote invalideringskans is als hulp niet snel wordt geboden. Het probleem ligt in de ligging van de ziekenhuizen en de aanrijdtijden.
- Wat is ervoor nodig? Beter intake bij spoedzorg, bijvoorbeeld door videobellen of een foto sturen waardoor mensen meteen naar het goede ziekenhuis gaan. Overdag decentraal waar het mogelijk is. Op momenten dat minder personeel beschikbaar is, zoals in de weekenden of 's nachts is langer rijden geen probleem als het maar in één keer op de goede plek is. Er valt nog veel te winnen op regionale samenwerking: kijk naar Deventer, Hardenberg en Gronau.
- Welke expertise is daarvoor nodig: ambulance medewerkers en artsen en triagist van de spoedpost en huisartsenpost om te horen waar zij tegenaan lopen. Externe expertise op planologie en besturen.

Lea: Dank voor de groep #zospoedigalsmogelijk #bereikbarespoedzorg

Tafel 4: Beschikbaar houden van planbare zorg/complexiteit

- Belangrijkste doel: beschikbaar houden van zorg door het wegwerken van tekort aan zorgmedewerkers.
- Idee: Een van de problemen is dat het verzuim onder zorgmedewerkers hoog is omdat zij zelf lang moeten wachten op planbare operaties. Zorgmedewerkers zouden we voorrang moeten geven sneller beter zijn.
- Welke expertise is daarvoor nodig: een ethicus

VANUIT DE ZAAL: - Als ik dus zorg nodig heb, ga ik in de zorg werken!

Tafel 5: Behoud van voldoende zorgverleners en aantrekkelijk werkklimaat

- Belangrijkste doel: ons credo: je kan veel meer dan alleen waarvoor je bent opgeleid.
- Wat gaan we niet meer doen? Wat zijn oneigenlijke taken? Wat doet nu wat en hoeft dat niet per se te doen?
- Wat is ervoor nodig? In onze groep kwamen voorbeelden van een loodgieter die nu in de zorg aan het werk is. Het gaat om het aanleren van een aantal zorgvaardigheden zodat mensen inzetbaar zijn op zorgafdelingen. De eindverantwoordelijkheid ligt uiteraard bij verpleegkundigen, maar er is veel aanvullend werk dat anderen kunnen verrichten. Bekwaam is bevoegd. Het ziekenhuis zou mensen sneller kunnen toerusten: een SEH-verpleegkundige doet 6 jaar over een opleiding. Met een aantal beroepsvaardigheden erbij, kunnen zij ook ingezet worden op IC of ICCU. Daar wordt te weinig bekendheid aan gegeven, terwijl het bijdraagt aan het binden en boeien van medewerkers.
- Welke expertise is daarvoor nodig: Een transitie manager of een manager van een leerhuis.
- Een Physician assistent of een huisarts ondersteuner: mensen die meer hun plek krijgen. Het betekent ook dat artsen iets van hun domein moeten afgeven. Wat kan je anders organiseren in de zorg?

Tafel 6: Gezonde levensstijl & vroeg signalering (preventie als middel)

- Belangrijkste doel: vroegtijdig signaleren: nog voor preventie.
- Welke expertise is daarvoor nodig: het begint bij de patiënt zelf. Die moet de verschijnselen herkennen en vroegtijdig aan de bel trekken. Ook de directe omgeving is belangrijk. Ik zag bijvoorbeeld zelf bij een deur-aan-deur actie een man die in de war en eenzaam was. Dat heb ik gesignaleerd bij de gemeente. Dat kan ik omdat ik de symptomen herken.
- Expertise: Kennis beschikbaar over verschijnselen. Ervarende deskundigen die hier meer over kunnen vertellen
- Uit het ziekenhuis: informatie die je mee krijgt die je kan delen met je omgeving. En voor mensen die dat niet kunnen: een kaartje mee waar heel duidelijk op staat wat er met hen aan de hand is.

Lea: Dank voor de groep #patientopleiding #geenpatient worden. Welke expertise kan ons hierop verder helpen?

VANUIT DE ZAAL: - Iemand vanuit de zorgverzekeraar en de GGD die kan vertellen wat we hebben geleerd vanuit alle preventieprogramma's. Daar zat heel veel kennis en ervaring.

Tafel 8: Out-of-the box: een UMC

De raden van bestuur hebben ons gevraagd om vanuit een wit vel te denken. Dan kiezen wij voor een shovel voor beide ziekenhuizen. Wat als we één centraal ziekenhuis kunnen bouwen, zorgt dat voor optimale zorg. Geen concurrentie, geen aparte afdelingen. Helemaal opnieuw opzetten. Met een groter en beter personeelsbestand. Dan willen we geen ziekenhuis: dan willen we een universitair medisch centrum (UMC) met een sociaal commercieel kijk op personeel. Business developers gaan de markt op en de winsten komen naar het ziekenhuis toe.

Expertise: De bestuurders van het nieuwe ziekenhuis dat bij Joure wordt gebouwd.

Tafel 2: Iedereen toegang tot zorg zonder drempels (fysiek, financieel, taal, digitale zorg)

- Belangrijkste doel: Eén systeem voor iedereen gemakkelijk te gebruiken, zonder drempels. Een website, chatten, berichten sturen en in meerdere talen beschikbaar.
- Wat is ervoor nodig: Ervarende deskundigen, training in digitale vaardigheden, kennis over verschillende culturen. Mensen die het ziekenhuis feedback kunnen en durven geven over wat beter kan.

- Expertise: ervaringsdeskundigen, communicatiedeskundigen

AFSLUITING EN VERVOLG

Lea vraagt Jan den Boon en John de Kruiff naar hun reflectie op de avond.

John: Er zijn heel veel ideeën om de zorg beter te maken. Niet alleen voor het ziekenhuis zelf maar ook voor de hele keten. Hier kunnen we echt iets mee. Dank voor jullie input.

Jan: Ik sluit me daarbij aan. Ik heb echt het gevoel dat we grenzen verleggen en verkennen. Ik leer van jullie. Bijvoorbeeld dat we als werkgever nog stappen hebben te zetten om van de zorg een swingende bedrijfstak te maken. We focussen ons wellicht teveel op wat er binnen de muren van het ziekenhuis gebeurt, terwijl we ons ook moeten focussen op de keten en de wereld buiten het ziekenhuis.

Lea: Welke experts zouden we kunnen uitnodigen om van te leren om het ziekenhuis een swingende organisatie te maken?

VANUIT DE ZAAL: Heleen van Royen, Elon Musk, de directie van AFAS, Bertold Gunster, de directeur van ASML, een gepensioneerde zorgmedewerker, MEE DAP (goed in zorgtechnologie, DAP is een platform mentaal welzijn dat data gebruikt om mensen te verbinden), Jan Rotmans, de zorggroep Mag ik u kussen? (TheaterMakers van Radio Kootwijk), Sabine Uitslag, Herman Finkers, Meso methode ouderen, vervoer expert, Joris Arts, de directeur van Thalys Gerben Edenlijn, de safetymanager van ETC Nederland, Bennie Jolink.

Lea bedankt iedereen voor de bijdrage. We gaan alle experts aanschrijven en zoveel mogelijk experts proberen uit te nodigen voor de volgende bijeenkomst. Dan organiseren we een kenniscarroussel waarin u in kleine kennissessies zoveel mogelijk experts kunt bevragen om uw ideeën te toetsen en te verrijken.

De volgende bijeenkomst is daarom ook een uur langer: donderdag 17 april van 17:00 – 21:00 uur

Als jullie tussendoor een briljant idee hebben of een voorstel voor een expert: laat het ons weten via irene@burdebouwmeester.nl.

Excuses voor het slechte geluid. Volgende keer beter!

Tot 17 april!

BIJLAGEN – Terugkoppeling per tafel

<p>Doel 1a: Goede zorg door samenwerking met zorgverleners en patiënten (met naasten)</p> <p>PROBLEEM 1: Tekort aan medewerkers</p> <p>Wat willen we met dit idee bereiken? Oplossen van het tekort aan handen aan het bed</p> <p>Wat is ervoor nodig? Omdenken van/binnen de organisatie: - Bottom-up beoordelen van arbeidsvoorwaarden en –omstandigheden, top down verbeteren ervan o Materiaal o Veilige omgeving o Balans werk/privé o Werkdruk o etc</p> <p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen? - Overheidsbemoediging en cao's - Samenvoegen van organisaties, bv fusie MST en ZGT - Kwaliteit/opbrengsten beoordelen en communiceren</p> <p>Welke expertise is nodig? - Out of the box denken - Visie</p>
<p>Doel 1b: Goede zorg door samenwerking met zorgverleners en patiënten (met naasten)</p> <p>PROBLEEM 2: Samen bespreken en besluiten</p> <p>Wat willen we met dit idee bereiken? Patiënt moet het gevoel hebben gehoord te worden.</p> <p>Wat is ervoor nodig? - Begrijpelijke communicatie richting patiënten - Artsen omdenken: artsen kunnen patiënten vaker en beter meenemen in hun beslissing (cultuurafhankelijk) - Kennis van andere culturen</p> <p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen? - (Bij)scholing m.b.t. cultuur en/of specifieke doelgroepen (dementie, verstandelijke lichamelijke beperking, enz.) - Bewustwording</p> <p>Welke expertise is nodig? - Communicatie expert met kennis van verschillende culturen - Jongere arts of arts in opleiding die kan vertellen wat er nu hierover in de opleiding wordt geleerd.</p>
<p>Doel 1c: Goede zorg door samenwerking met zorgverleners en patiënten (met naasten)</p> <p>PROBLEEM 3: Communicatie</p>

<p>Wat willen we met dit idee bereiken? Communicatie zorgverlener-patiënt op basis van gelijkwaardigheid (samen beslissen)</p>
<p>Wat is ervoor nodig? Op maat aangeboden informatie, inlevingsvermogen, goede informatie naar patiënt dat deze mee <u>moet</u> denken (mondeling, schriftelijk, in begrijpelijke taal)</p>
<p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen? PR en media- afdeling Communicatie; zorgverlener zelf, patiënt zelf</p>
<p>Welke expertise is nodig? Communicatieve vaardigheden → Bureau Pharos: Communicatiedeskundige</p>

<p>Doel 1d: Goede zorg door samenwerking met zorgverleners en patiënten (met naasten)</p>
<p>PROBLEEM 4: Digitale uitwisseling gegevens</p>
<p>Wat willen we met dit idee bereiken? Meer inzage voor patiënten in hun eigen dossier, mede door bundeling van EPD's (elektronisch patiëntendossier) door alle zorginstellingen, zodat dit met elkaar communiceert.</p>
<p>Wat is ervoor nodig? Eén systeem voor alle zorginstellingen Gekwalificeerde ICT medewerkers</p>
<p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen? Softwarebedrijven moeten de input halen onder meer bij patiënten en natuurlijk bij uitvoerende medewerkers</p>
<p>Welke expertise is nodig? ICT'er/ontwikkelaar, bv Nedap, vanwege vergevorderd uniform gebruik Thuz (= bedrijf in België)</p>

<p>Doel 1e: Goede zorg door samenwerking met zorgverleners en patiënten (met naasten)</p>
<p>PROBLEEM 5: Bijscholing</p>
<p>Wat willen we met dit idee bereiken? Meer tijd en geld voor scholing</p>
<p>Wat is ervoor nodig? Geld</p>
<p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen? Beleidsmakers ziekenhuizen/bestuurders/zorgverzekeraar</p>
<p>Welke expertise is nodig? Goede opleidingsfaciliteiten, onderwijskundige, financieel expert</p>

<p>Doel 1f: Goede zorg door samenwerking met zorgverleners en patiënten (met naasten)</p>
<p>PROBLEEM 6: Samenwerking, minder versnippering</p>
<p>Wat willen we met dit idee bereiken? Optimaliseren van samenwerking tussen zorgverlener, zorginstelling, patiënt en naasten</p>
<p>Wat is ervoor nodig? Goede, betrouwbare en veilige ICT; overlegvormen in de totale keten (MDO, digitaal, fysiek)</p>

<p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen? Alle partijen in de keten: patiënte-huisarts-thuiszorg-2^e lijn- etc</p>
<p>Welke expertise is nodig? ICT'ers, mensen die betrokken zijn bij ketenzorg</p>

GEZAMENLIJKE OPBRENGST 1 a t/m f (expertise en conclusies):

- **Pharos:** Rosaline Mentink MD, Senior projectleider/adviseur en teamcoördinator Persoonsgericht werken in de zorg

Communicatie expertise op het gebied van andere culturen

- ICT expertise
- Arts, of arts in opleiding
- Onderwijsdeskundige
- Ketenzorgexpert

<p>Doel 2a: Iedereen toegang tot zorg zonder drempels (fysiek, financieel, taal, digitale zorg)</p>	
<p>IDEE 1: Één nieuw ziekenhuis</p>	
<p>PROBLEEM 1: Fysieke bereikbaarheid</p>	
<p>Wat willen we met dit idee bereiken?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Specialismen in Twente houden, digitale zorg uitbreiden, betere toegankelijkheid van MST; nu midden in de stad, enorme parkeerplaats, rolbanden; erg overweldigend 	
<p>Wat is ervoor nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nieuw ziekenhuis naast Twente Stadion, dicht bij het station. Betere verbinding tussen de ziekenhuizen in de regio gefaciliteerd door het ziekenhuis. - Samenvoegen van specialismen; centraliseren; 1 groot ziekenhuis met daaromheen satellieten. - Acceptatie van digitalisering door patiënten; goed toegankelijke en begrijpelijke apps. Eigen dossiers zijn nu moeilijk te begrijpen. 	
<p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flyer meegeven met uitleg over digitalisering. 	
<p>Welke expertise is nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Universiteit Twente, start-ups, communicatieadviseurs, gemeente en taxibedrijven kunnen meedenken over vervoer. Automaatje is een initiatief dat hier al mee bezig is en in kan adviseren. 	

<p>Doel 2b: Iedereen toegang tot zorg zonder drempels (fysiek, financieel, taal, digitale zorg)</p>	
<p>PROBLEEM 2: Communicatie</p>	
<p>Wat willen we met dit idee bereiken?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communicatie die aansluit bij vaardigheden, cultuur en mogelijkheden van mensen 	
<p>Wat is ervoor nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meerdere kanalen; website, apps, video, meerdere talen en vooral simpele taal - Responsnelheid moet gelijk zijn bij mail en telefoon; zou beide op dezelfde dag reactie moeten zijn - Bewustwording en begrip 	
<p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les in cultuurverschillen voor hulpverleners. Cursus digitale vaardigheden voor patiënten. Bibliotheek biedt al les in digitale vaardigheden aan; mensen daarheen verwijzen. - Meer transport tussen de ziekenhuizen - Eenvoudige digitale systemen met een 'rode knop' voor als mensen vastlopen. Dan kan er meteen online hulp worden geboden. Gebruikersplatform MST en ZGT zou hetzelfde moeten zijn. - Evaluatie van ervaringen om het systeem te verbeteren 	

Welke expertise is nodig?

- Ervaringsdeskundigen, iemand op het gebied van gebruiksvriendelijkheid van systemen, communicatiedeskundigen

Doel 2c: Iedereen toegang tot zorg zonder drempels (fysiek, financieel, taal, digitale zorg)

IDEE 3: Betere triage
PROBLEEM 3: Wachlijsten en tijden

Wat willen we met dit idee bereiken?

- Een betere coördinatie van het zorgaanbod door vooraf inventarisatie van klachten en mogelijkheden.

Wat is ervoor nodig?

- Betere triage en een centraal computersysteem.

Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?

- Goed opgeleide mensen om te bemiddelen; digitaal vaardig; ICT, medisch geschoold, meertalig voor betere triage. Zo kunnen zorgvraag en aanbod sneller bij elkaar worden gebracht.

Welke expertise is nodig?

- ICT'ers, communicatie experts, medici; zowel huisarts als specialisten uit het ziekenhuis

GEZAMENLIJKE OPBRENGST 2 a t/m c (expertise en conclusies):

Communicatieadviseurs, UT, gemeente, vervoersbedrijven (automaatje), ervaringsdeskundigen, ICT'ers kunnen meedenken hoe zorg voor iedereen toegankelijk kan worden.

Doel 3a: Beschikbaar houden van spoedzorg en verloskunde

IDEE 1: Centraliseren/ regionale samenwerking
PROBLEEM 1: Combinatie van ligging ziekenhuizen (fysieke plekken van ziekenhuizen liggen vooral in zuidelijk deel van Twente)/ Zorgen over aanrijtijden SEH Noord Twente

Wat willen we met dit idee bereiken?

Dat iedereen die dat nodig heeft snel terecht kan voor acute zorg. (acute zorg = levensbedreigende aandoeningen/ pijnbestrijding nodig bij zeer ernstige pijn/ grote invalideringskans als hulp niet snel wordt geboden)

Wat is ervoor nodig?

- Goede intake/ triage waardoor juiste zorg op de juiste plek (bijv. als helder is dat er een polsbreuk is, niet eerst spoedpost, maar meteen naar SEH van ziekenhuis voor foto)
- De keuze maken om in de nacht- en weekend uren één SEH in de regio bemand te hebben in plaats van twee om zo o.a. personeel efficiënt in te zetten, kosten te besparen.

Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?

- Alle specialistische spoedzorg en verloskunde zowel in Enschede als Almelo aan kunnen bieden. Uiteindelijk twee grote ziekenhuislocaties onder één bestuurlijke organisatie
- Afstemming in de (Eu)regio → Gronau, Deventer Hardenberg etc.

Welke expertise is nodig?

- ambulancedienst verpleegkundige + arts SEH + centralist die triage doet

(Voor later: bestuurlijke expertise/ bedrijfskundige expertise/ ruimtelijke, planologisch expertise)

Doel 3b: Beschikbaar houden van spoedzorg en verloskunde

IDEE 2: Zuivere beoordeling (triage) én deskundigheid
PROBLEEM 2: Afstemming tussen huisartsenpost en acute zorg

Wat willen we met dit idee bereiken?

- Betere samenwerking, alleen echte spoedgevallen naar acute zorg ziekenhuis
- Zoveel mogelijk in acute huisartsenposten opvangen

<p>Wat is ervoor nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisartsenpost 24/7 beschikbaar en bereikbaar, voldoende personeel met vereiste kennis → en ook met skills om vertrouwen bij patiënt en mantelzorgers te creëren dat ze de juiste zorg krijgen (ook al worden ze bijvoorbeeld niet naar de SEH doorgestuurd) - Als ziekenhuizen actiever sturen op de (voor)keten - Mogelijkheid voor digitale consultatie/ bereikbaarheid 24/7 tussen ziekenhuis en huisartsenpost
<p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voldoende competentie/ juist geschoold personeel bij de huisartsenpost → wat zit nu in de weg? Salaris, arbeidsomstandigheden, ontwikkelmogelijkheden. Zorgen dat dat de werkplek interessant is en mensen juist daar graag willen werken - Vraag als ziekenhuis blijven stellen: had dit niet op een andere plek gekund?
<p>Welke expertise is nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisartsen + traumachirurg + expert voor inrichting digitale communicatie

GEZAMENLIJKE OPBRENGST 3a en 3b (expertise en conclusies):

Expertise: - huisarts

- ambulancedienst verpleegkundige
- arts SEH/ traumachirurg
- centralist die triage doet
- expert voor inrichting digitale communicatie

Conclusie: - Samenwerking tussen de ziekenhuizen op het gebied van de verloskunde is al best goed geregeld

- Voor acute zorg inzetten op goede triage en daarmee juiste zorg op de juiste plek, mede door goed bemande acute huisartsenposten die 24/7 beschikbaar en bereikbaar zijn en goede voorzieningen voor digitale consultatie
- Mogelijkheid onderzoeken voor SEH op één locatie gedurende nacht- en weekend uren
- Inzetten op samenwerking in de (Eu)regio

<p>Doel 4a: Beschikbaar houden van planbare zorg/complexere zorg</p>	
<p>Wat willen we met dit idee bereiken?</p> <p>Zorg om de patiënt heen; dichtbij. De patiënt = de expert samen met 1^e of 2^e lijn.</p>	
<p>Wat is ervoor nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wijksamenwerking – dichtbij de patiënt - Elkaar kennen als zorgverleners - Het goede gesprek met de patiënt over de zorg zodat je 'aan de voorkant' begint - Het dossier is van de patiënt en niet van de instantie - Onnodige verwijzingen voorkomen maar veel meer directe lijnen bij patiënten die al bekend zijn. Voor patiënt betekent dit: Zij hoeven dan niet eerst terug naar de huisarts maar kunnen rechtstreeks contact opnemen omdat er eerder al een DBC geopend is geweest (in geval van terugkerende problematiek). Voor de huisarts betekent dit: snel schakelen met een specialist. Voor de specialist betekent dit: ruimte voor andere patiënten. 	
<p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Begin bij de voordeur: pak de oorzaak aan / start bij preventie om te voorkomen dat patiënten naar het ziekenhuis gaan. Met name bij ouderen; samen om tafel voor het goede gesprek; wat wilt u nog? Hiermee voorkom je onnodige doorverwijzingen. 	

- Dossier begrijpelijk houden; medische google translate op het dossier loslaten zodat als de patiënt het dossier opent deze direct de juiste vertaling heeft voor de patiënt. Als de zorgverlener hem opent idem dito, hier mogen dan alle Latijnse / specialistische woorden in staan. De inzet van AI zou hierbij kunnen helpen
- Vertrouwen in elkaar in plaats van controle.

Welke expertise is nodig?

- Specialist Ouderen Geneeskunde – bij voorkeur mevrouw Esther Bertholet vanuit het MESO project.
- Menzis; voor de DBC – in verband met verwijzingen
- Ziekenhuis; mogelijk geriater in verband met doelgroep ouderen.

Doel 4b: Beschikbaar houden van planbare zorg/complexere zorg

IDEE 1: Gebruik maken van zorgmedewerkers met een migratieachtergrond

PROBLEEM 1: Tekort aan zorgmedewerkers

Wat willen we met dit idee bereiken?

Meer zorgmedewerkers beschikbaar maken voor planbare/chronische/complexere zorg. Mensen met een migratieachtergrond (in de breedste zin van het woord) kunnen naast zorg ook goed inspelen op de culturele verschillen van onze patiënten. Op dit moment lijken er veel zorgmedewerker in de regio te zijn die wel de kennis, ervaring en opleidingen hebben, maar niet in NL hun expertise mogen en kunnen inzetten.

Daarnaast is gesproken over zorgmedewerkers uit Duitsland. Nederland lijkt zorgmedewerkers meer autonomie te geven dan Duitsland (en België). Er lijkt een kans te liggen om de arbeidsmarkt over de grenzen uit te breiden.

Wat is ervoor nodig?

Duidelijkheid in wat er voor nodig is om wel in de zorg te mogen werken. Mogelijk wel een HR-medewerker van het ziekenhuis die per casus bekijkt wat er nodig is, er boven op zit en deze mensen faciliteert en ondersteunt om zo snel mogelijk inzetbaar te zijn in het ziekenhuis.

Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?

-

Welke expertise is nodig?

- HR manager met ervaring op het gebied van personeel met migratieachtergronden. Daarnaast is er gesproken over een best practice van een reumatoloog uit het Radboud, die verhuisd is naar Noorwegen en na een medische taal cursus van een x-aantal weken aan het werk is als reumatoloog.

Doel 4c: Beschikbaar houden van planbare zorg/complexere zorg

IDEE 2: Zorgmedewerkers voorrang geven op planbare zorg

PROBLEEM 2: Tekort aan zorgmedewerkers

Wat willen we met dit idee bereiken?

Een tekort aan zorgmedewerkers komt deels door hoog ziekteverzuim. Dit ziekteverzuim is op zijn beurt weer deels hoog omdat er lange wachtlijsten zijn in de zorg. Wachtlijsten voor electieve zorg zorgen voor lange doorlooptijden, ook voor de zieke zorgmedewerkers. Ons idee is om zorgmedewerkers voorrang te geven voor electieve en planbare zorg, zodat zij zo snel mogelijk weer kunnen zorgen voor anderen.

Wat is ervoor nodig?

We zijn ons ervan bewust dat dit een out of the box idee is die verdere verkenning vraagt. Het is in ieder geval een ethisch vraagstuk, want mag je op basis van werk/functie discrimineren?

Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?

-

Welke expertise is nodig?

Een ethicus om samen dit ethische vraagstuk te verkennen.

Doel 4d: Beschikbaar houden van planbare zorg/complexere zorg

<p>IDEE 3: Inrichten van een maximaal ondersteunend MDO bij complexe doelgroepen/aandoeningen</p> <p>PROBLEEM 3: Tekort aan zorgmedewerkers</p> <p>Wat willen we met dit idee bereiken? Zorgmedewerkers effectief en efficiënt inzetten wordt gezien als basis, echter gebeurt dit nog niet altijd. Kijkend naar complexe zorg wordt er door ervaringsdeskundigen in onze groep aangegeven dat het MDO niet altijd effectief ondersteund wordt. Hierdoor kost het proces veel tijd, van veel mensen, die bezig zijn met taken die niet persé door hen gedaan moeten worden. Ook de terugvertaling naar de patiënt en het opvolgen van acties wordt niet altijd goed opgepakt. We denken dat er door een goede proceseigenaar bij complexe MDO's, die voorbereid, bij het MDO aanwezig is, rapporteert, acties opvolgt en de linking pin is naar de patiënt een hoop efficiëntie te behalen valt.</p> <p>Wat is ervoor nodig? Als zorgorganisaties moet je afgaan op de diagnostiek die al is uitgevoerd, geen dubbele onderzoeken uitvoeren. Daarnaast wordt door de ervaringsdeskundigen aangegeven dat het hebben van verschillende apparatuur voor inefficiëntie zorgt. Dit moet in de regio beter op elkaar worden afgestemd. Voorbeeld: een marker geplaatst in MST kan niet worden "uitgelezen" met de apparatuur in ZGT. Daarnaast wordt aangegeven dat het uitwisselen van patiëntgegevens makkelijker zou moeten. Waarom moet overal op een ingewikkelde en tijdrovende manier toestemming voor gevraagd worden. Het kan zoveel simpeler. Een mooi voorbeeld is deze bijeenkomst waarbij duidelijk wordt gevraagd dat als je niet op de foto wilt, je dit aan moet geven. De verantwoordelijkheid ligt bij de inwoner en we gaan niet middels toestemmingsformulieren om toestemming vragen. Daar zouden we meer naar toe moeten met elkaar.</p> <p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen? -</p> <p>Welke expertise is nodig? Er is een best practice in Limburg. Deelnemer Edith Haarhuis kan de informatie hierover opzoeken en aanleveren.</p>
--

Overwegingen van de tafels 4 b t/m d:

We hebben naast bovenstaande punten nog een korte tijd met elkaar gepraat over 'wat is de verantwoordelijkheid van een zorgorganisatie'. Een deelnemer vertelde dat in Afrika de verzorging door familie wordt gedaan en er zelfs door familie gekookt wordt voor patiënten die in een ziekenhuis liggen. Uiteraard zijn we ons bewust van de verschillen tussen Afrika en Nederland, maar het deed ons denken in dat wat we vinden dat het ziekenhuis moet doen. Als mensen thuis medicatie gebruiken: waarom moeten verpleegkundigen die dan in het ziekenhuis uitdelen tijdens hun rondes? Als er katheters aangelegd moeten worden, waarom kan de patiënt dat niet zelf? Een interessant punt, waar we niet voldoende tijd voor hadden om verder uit te diepen.

Daarnaast is er geopperd dat we veel meer in moeten zetten op innovaties. De zorg over 10 jaar wordt niet alleen meer door mensen gedaan, maar ook door robots die drankjes rond brengen of helpen bij het douchen. Waarom wel in de thuiszorg maar nog niet in het ziekenhuis? Een advies zou zijn om meer in te zetten op innovaties, ook al voelt dit als onnatuurlijk.

Interessante sprekers:

- Joris Arts, auteur van het boek 'Wat kan de zorg leren van....'
- Prof. Dr. Annemarie Weggelaar, bijzonder hoogleraar Innovatie en Transformatie van zorg, Tilburg University

<p>Doel 5a: Behoud van voldoende zorgverleners en aantrekkelijk werkklimaat</p> <p>IDEE 1: Team ziet, kent en hoort elkaar en de patiënt</p> <p>Wat willen we met dit idee bereiken? In de hele keten een helder overzicht van wat er van elkaar verwacht wordt. Teamsamenstelling passend bij de zorgwensen van de patiënt.</p> <p>Wat is ervoor nodig? Centrale organisatie rondom de patiënt en mantelzorgers. Veiligheid binnen de teams Gevoel van trots op wat we doen in de zorg</p> <p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?</p>
--

Mensen die het hele systeem kunnen overzien (artsen, verpleegkundigen, secretariaat, facilitair enz.) Waarbij er bij de groep op dit moment het gevoel heerst dat er soms verschillende belangen spelen (door bijvoorbeeld de maatschappen). Zij geven aan dat een externe dit wellicht het beste kan begeleiden

Welke expertise is nodig?

Expertise op het gebied van veranderkunde, iemand met een antropologische blik

Doel 5b: Behoud van voldoende zorgverleners en aantrekkelijk werkklimaat

IDEE 2: Ziekenhuizen moeten hun eigen personeel opleiden d.m.v. werkend leren + huisartsen moeten meer gebruik gaan maken van PA's (Physician Assistants)

PROBLEEM 2: Te weinig personeel

Wat willen we met dit idee bereiken?

- Dat nieuw personeel direct op de plek komt waar ze nodig zijn
- Het huidige personeel gaat minder werkdruk ervaren doordat er nieuwe mensen bijkomen
- Huisartsen worden ontlast en daarmee ook de 2^e lijn

Wat is ervoor nodig?

- Meer bekendheid over werken in de zorg door wervingsspotjes op tv en social media (zoals nu ook voor het onderwijs gebeurt)
- Leerlingen in een vroeg stadium al enthousiast maken voor de zorg (bezoeken op basisschool en voortgezet onderwijs)
- Goede contacten met de hogescholen
- Betere werkomstandigheden voor personeel. Beloningskloof tussen artsen en verpleging verkleinen. En denk aan voorwaarden als kinderopvang op locatie.

Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?

- Iemand met verstand van marketing
- Goede recruiter, die ook oog heeft voor de interne medewerker en met name het talent van deze medewerker
- Opleiders in de regio

Welke expertise is nodig?

Bedrijf Die Zit in Deventer

Doel 5c: Behoud van voldoende zorgverleners en aantrekkelijk werkklimaat

IDEE 3: Verschuiven van taken en verantwoordelijkheden, leren loslaten

Wat willen we met dit idee bereiken?

- Aantrekkelijk maken van de zorg voor niet-zorgmedewerkers (job rotation)
- Meer differentiatie, carriermoves makkelijker mogelijk maken

Wat is ervoor nodig?

- Laagdrempelige korte opleiding. Vanuit het gedachtegoed bekwaam is bevoegd
- Bepalen wat noodzakelijke verpleegkundige handelingen zijn (vanuit kwaliteitseisen). Overige handelingen kunnen dan door een ander uitgevoerd worden.
- Investeren in (kortdurende) scholing
- Wees creatief leidt een kok/loodgieter /technische dienst medewerker op om te kunnen helpen als hij/zij wil. Leidt vooral deze mensen intern op. Daarmee blijf je als werkgever ook boeien.

Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?

- Maak gebruik van een flexibel opleidingslabel

Welke expertise is nodig?

Bij zorgcentrum de posten zit een manager transitie die zich hier mee bezig houdt.

Doel 6a: Gezonde levensstijl & vroeg signalering (preventie als middel)

IDEE 1: Het hele systeem rondom de patiënt moet bekeken worden

<p>PROBLEEM 1: Kijk niet alleen naar het individu maar ook naar de omgeving eromheen</p> <p>Wat willen we met dit idee bereiken?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraagt maatwerk. - Preventiecoach die kijkt naar het individu en omgeving. Inzetten in het ziekenhuis. Laat specialist eigen werk doen <p>Wat is ervoor nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preventietaken beleggen bij preventie coach (voordat iemand patiënt wordt). Gemeenschappelijk doel. Vraagt tijd investeren <p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belangrijke rol voor de huisarts - Aandacht voor positieve gezondheid. Preventief inzetten. <p>Welke expertise is nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een revalidatie geneeskundige. - Zorgkantoor expertise preventieprogramma's – inzicht wat er verloren is gegaan toen preventieprogramma's niet langer bekostigd werden.
<p>Doel 6b: Gezonde levensstijl & vroeg signalering (preventie als middel)</p> <p>IDEE 2: Meer samenwerking rondom preventie, iedereen doet mee. In plaats van "dat is mijn taak niet". Samenwerking rondom het ziekenhuis</p> <p>PROBLEEM 2: Te weinig samenwerking</p> <p>Wat willen we met dit idee bereiken?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Door betere samenwerking in preventie minder ziekenhuis opnames. Kostenreductie <p>Wat is ervoor nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Politiek die de problematiek begrijpt - Gemotiveerde mensen die inzichten kunnen geven en anderen kunnen motiveren <p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Begrijpelijke programma's die aansluiten bij de verschillende doelgroepen <p>Welke expertise is nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Goede bestuurders met helicopterview en netwerken.
<p>Doel 7a: Omzien naar elkaar: een zorgcultuur van solidariteit, waarin we gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor elkaars gezondheid en welzijn</p> <p>IDEE 1: Samen verantwoordelijk voor de behandeling/proces/zorg</p> <p>PROBLEEM 1: Eigen verantwoordelijkheid realiseren</p> <p>Wat willen we met dit idee bereiken?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewustwording van de verantwoordelijkheden als patiënt - Stimuleren van patiënt om zelf mee te denken <p>Wat is ervoor nodig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vooraf informatie delen met patiënt over behandeling/proces, gebruikmakend van verschillende methoden om toegankelijkheid te bevorderen (schrift; filmpjes; geluid) - Verwachtingsmanagement als onderdeel hiervan - Rekening houden met context van een patiënt (jong/oud, alleenstaand, opleidingsniveau) <p>Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communicatiedeskundigen (vorm en inhoud) - Technologie/databases

- Reeds opgedane best-practice methoden. Voorbeeld: In MST werken ze bij de cardiologie met een informatiesysteem waar de patiënt door heen <u>moet</u> voordat hij/zij ingepland wordt voor consult/ingreep (?)
Welke expertise is nodig?
- Zie hierboven

Doel 7b: Omzien naar elkaar: een zorgcultuur van solidariteit, waarin we gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor elkaars gezondheid en welzijn	
IDEE 2:	Informatie (steun)punt voor mantelzorgers
PROBLEEM 2:	Onvoldoende informatie om thuis verder te zorgen
Wat willen we met dit idee bereiken?	
- Dat mensen die zorgen voor een naaste op een goede en gezonde manier kunnen zorgen! (mantelzorgers vinden het een “doolhof”!)	
Wat is ervoor nodig?	
- Informatie-steun-punt: digitaal (website) en/of fysiek. Laagdrempelig! Bijvoorbeeld gekoppeld aan transferpunt. Voorbeeld website/platform: www.armoedepact.nl	
Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?	
- Bundelen van kennis en informatie in de (gehele) regio!	
- Waar mantelzorgers verder kunnen!! En de zorg niet onnodig belast wordt!	
- Welke partners heb je daarbij nodig?	
- Gemeente/welzijnswerk/maatschappelijk werk/patiëntenorganisaties/ enz.	
Welke expertise is nodig?	
- ICT / expertise over mantelzorg (auteur boek Reisgids Mantelzorg 2.0?) / regionale zorgkaart / sociale kaart	
- Expert op het gebied van samenwerken: Gerard Nederpelt (voorheen Zorgselect, nu WGV)	

Doel 8a: Ziekenhuis van de toekomst	
Wat willen we met dit idee bereiken?	
Het ziekenhuis van de toekomst: 1 ziekenhuis in Twente	
- Optimale zorg voor de inwoners van Twente	
- Minder concurrentie	
- Huidige problematiek oplossen	
- Werken aan alle doelen (1 t/m *)	
- Visie kort – middel- lange termijn	
Wat is ervoor nodig?	
- 1 locatie centraal in Twente	
- 1 basis – starten met een schone lei	
- 1 nieuwe cultuur	
- 1 nieuwe inrichting	
- 1 personeelsbestand	
- Makkelijk aan te rijden	
Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?	
- Steun van inwoners	
- Best practice – Friesland nieuw ziekenhuis bij Joure (bouw 2034) RvB Fr Bestuurder Sneek en Heerenveen	
Welke expertise is nodig?	
- Lange termijn visie ontwikkelen	
- Communicatie	

- Alle expertise
- Wie wat wanneer hoe
- Plan van aanpak
- Financiën



Doel 8b: UMC Twente

UMC Twente

Idee: een commercieel sociaal ziekenhuis

Wat willen we met dit idee bereiken?

- Problemen 1 t/m 7 oplossen (tekort aan personeel en middelen) en zorg naar een hoger niveau tillen
- Er is een tekort aan artsen en verpleegkundigen die gaan wij opleiden (zelfvoorzienend)
- Het UMC Twente gaat proactief de markt op, gaat op zoek naar cofinanciering en laat de winst ten goede komen aan de zorg, onderwijs, etc.
- Tekort aan personeel en budget

Wat is ervoor nodig?

- Een andere proactieve out-of-the-box mentaliteit
- Risico nemend gedrag en kansen zien. En niet alleen afhankelijk zijn van de budgetten van zorgverzekeraars

Wie of wat hebben we nodig om dit verder te brengen?

- Een visionair
- Politieke wil / aanhaken minister Academische Ziekenhuizen
- Universiteit Twente
- Arno Rutte of Marcel Levi zou een sparring partner kunnen zijn

Welke expertise is nodig?

- Academische expertise
- Business developers

Besturingsvorm als RvB: driehoek met vertegenwoordiging van UMC Twente, onderwijs en bedrijfsleven.

Welke expertise is nodig?

- TechForFuture en/of Nedap Healthcare die de Digitale Hulpmiddelen-Assistent hebben ontwikkeld, een slimme AI-tool om zorgmedewerkers ondersteund.