



# Tafelcanvas

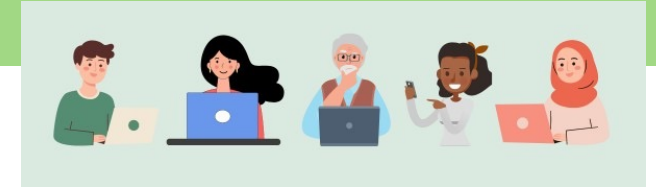
Praat mee tafel 'Zorg in de Mijnstreek'

12 december 2023 - Heerlen

# Praat mee tafel 'Zorg in de Mijnstreek'



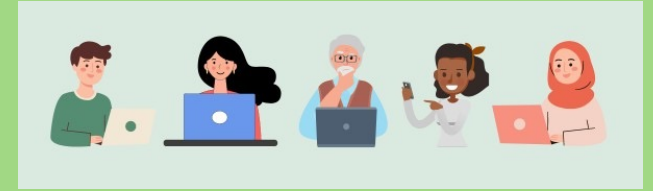
# Praat mee tafel 'Zorg in de Mijnstreek'



## Top 5 - Resultaten digitaal Praat Mee programma










1. Gevolgen van de sluiting van het ziekenhuis in Heerlen. Realiseren de **250.000** inwoners van Parkstad wat dat betekent voor **een regio waar tgv sociaal-economische achterstand** (project Noord-Heerlen) de zorgvraag hoog is ?
2. Hoe kan er betere **continuïteit van zorg** geboden bij hulpbehoevende / dementerende bejaarden die in de eigen woonomgeving verblijven? NB mantelzorg en thuiszorg kunnen maar beperkt aanwezig zijn per 24 uur en in de overige uren gebeuren ongelukken!
3. Vergrijzing in Parkstad is bovengemiddeld. Enige jaren geleden zelfs de hoogste van heel Nederland! **Meer oudere mensen betekent meer zorgbehoefte**. Hoe strookt dat met de voorgenomen reductie van zorgaanbod/ zorgmogelijkheden in Parkstad?
4. Hoe ziet het uit als je met een ambulance vanuit bijvoorbeeld Epen naar Sittard moet? Welke risico's komen dan naar voren? Wordt het OV geoptimaliseerd? Nu ben je vanuit het Heuvelland 1,5 uur per rit kwijt om in Sittard te komen. → **bereikbaarheid/vervoer**
5. De verhouding **Seh** casussen is 2/3 Heerlen en 1/3 Sittard vanwaar nu de voorkeur voor Sittard? Suggestie **personeelstekort** bv in Heerlen werken 400 specialisten als iedere specialist 2x per jaar een dienst draait dan helpt dit mee.

# 1. Waar zit je grootste wens?

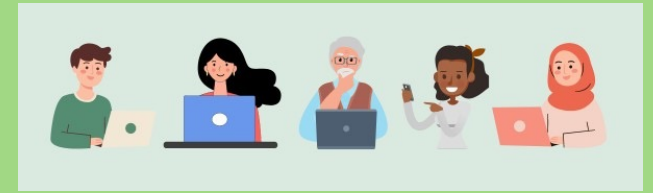


## Top 5

- Een betaalbare zorg die bereikbaar is
- Goede, op elkaar afgestemde, **ketenzorg** voor iedereen maar zeker voor de allerswaksten
- Bereikbaarheid
- Zorg en ondersteuning lokaal en betaalbaar houden
- Dat **zorg** betaalbaar en bereikbaar blijft, minder **macht** voor de zorgverzekeraars.










			
56	2.5	22	
54	2.3	23	
52	2.3	23	
52	2.6	20	
51	2.2	23	

## 2. Waar zit je grootste zorg?



### Top 5

- Goede betaalbare zorg voor de toekomst
- Dat de zorg anno 2030 nog door voldoende krachten gewaarborgd kan blijven
- Meer gezondheid risico's bij grotere reisafstand bij ambulances
- De zorg is steeds moeilijker bereikbaar en wordt wel steeds duurder
- Dat kosten en bedrijfseconomische argumenten zwaarder wegen in besluitvorming dan zorginhoudelijke argumenten

			
32	2.3	14	
32	2.3	14	
30	2.5	12	
30	2.5	12	
29	2.2	13	

# Praat mee tafel 'Zorg in de Mijnstreek'

## Top 5 – kernthema's

1. Behoud van acute zorg binnen Parkstad – bereikbaarheid ambulance
2. Goede, op elkaar afgestemde ketenzorg voor iedereen, maar zeker de allerzwaksten
3. Zorg die goed bereikbaar is en lokaal
4. Betaalbaar houden van zorg
5. Waarborgen van voldoende kracht in de zorg in 2030

# Thema 1. Behoud van acute zorg binnen Parkstad 1/5

**Thema:** *(Acute) Volledige zorg moet in Parkstad behouden blijven*

**Tafelnr:** 11

## **1. Wat willen we bereiken?**

- *Parkstad moet een ziekenhuis houden dat voorziet in alle zorg voor de kwetsbaren*
- *Minder reisbewegingen voor de regio*
- *Toegankelijk, bereikbare zorg voor de dichtbevolkte regio*
- *Medische en specialistische expertise in Parkstad*

## **2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?**

- *Waardering en beloning voor het personeel*
- *Verandering bij de zorggebruikers, minder 24-7 mentaliteit en meer geduld en beleefdheid*
- *Proeftuin zijn in regionale herinrichting van (keten)zorg zoals thuiszorg per wijk om schaars personeel effectiever in te zetten*

**Twee belangrijke zinnen:** *Volledige ziekenhuiszorg moet in de parkstadregio behouden blijven aangezien deze regio een grote bevolking vertegenwoordigt met veel kwetsbare mensen. Hiervoor moeten we randvoorwaarden regelen zoals aantrekkelijkheid voor medewerkers*

**Aantekeningen:**

# Thema 1. Behoud van acute zorg binnen Parkstad 2/5

Thema: (Acute) zorg in Parkstad

Tafelnr: 11

## 1. Wat willen we bereiken?

- Specialistische, volwaardige zorg in Parkstad
- Minder reizen, groener
- Voor iedereen toegankelijk en bereikbaar
- Huidige generaties niet direct op achterstand zetten
- Minder administratieve lasten
- Creatieve oplossingen voor inzetbaarheid personeel

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- Personeel: aantrekkelijk en waardering
- Mentaliteit zorggebruikers; minder 24-uurs, beleefder
- Nationale zorg fonds om kosten te spreiden en te drukken
- Laten we een proeftuin zijn in Parkstad om marktwerking buiten spel te zetten

**Twée belangrijke zinnen:** (Acute) volledige zorgaanbod in Parkstad

**Aantekeningen:**



# Thema 1. Behoud van acute zorg binnen Parkstad 3/5

Thema: Behoud 'Acute zorg' Parkstad

Tafelnr: 1

## 1. Wat willen we bereiken?

- Ziekenhuis als publieke voorziening noodzakelijk in Heerlen
- Acute zorg + Eerste harthulp + IC + Beddenhuis in Heerlen (= volwaardig ziekenhuis)
- Financiële bijdrage vanuit Den Haag of lokale overheden als dat nodig zou zijn

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- Reizen voor planbare zorg acceptabel, bij voorkeur alleen dagbehandeling.
- Inzicht in daadwerkelijke personeelsproblemen en ook onderbouwing waarom centralisatie dit probleem vermindert
- Flexibelere inzet van personeel, onder andere voor calamiteiten of pandemieën
- Meer verantwoordelijkheid van inwoners om niet onnodig of op ongewenste momenten naar ziekenhuis te gaan → remgeld inzetten (eigen bijdrage bij onnodig gebruik ZH-zorg)
- Mobiliteitsoplossingen voor kwetsbare mensen zonder eigen vervoer (bijv. dementerenden of gehandicapten (semi-spoed vervoer)
- Praktijkgericht in plaats van theoretisch opleiden inrichten

**Twee belangrijke zinnen:** Zowel Sittard-Geleen als Heerlen verdienen een volwaardig ziekenhuis. Als dit echt niet mogelijk is door personeelstekort en concentratie nodig is dan moet Heerlen de locatie voor complexe (acute) zorg worden gezien aard en omvang van inwoners. Als geld het issue is zal Den Haag verkiezingsbelofte moeten inlossen door bij te dragen

### Aantekeningen:

Pas op voor semantiek: volwaardig ziekenhuis is veel meer dan alleen SEH  
Het beeld is er dat er al relatief weinig ziekenhuizen zijn in Zuid Limburg (vergeleken met bijvoorbeeld Utrecht)

# Thema 1. Behoud van acute zorg binnen Parkstad 5/5

Thema: Acute zorg beschikbaar in parkstad

Tafelnr: 14

## 1. Wat willen we bereiken?

- Stabiel en kwalitatief goed/volwaardig ziekenhuis in Heerlen
- Behoud van werkgelegenheid in de regio parkstad

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- Voldoende personeel
  - Minder administratie
  - Binden (nieuw) personeel
- Zelf doen; Kennis delen over zorgpreventie

**Twee belangrijke zinnen:** Behoud van een volwaardig ziekenhuis in Heerlen

**Aantekeningen:** Volwaardig betekent ziekenhuis met SEH, beddenhuis, operatiekamers en specialismen.

Bij schaarste aan middelen (geld/personeel) kunnen specialismen gecentreerd worden op één ziekenhuislocatie.

# Thema 1. Behoud van acute zorg binnen Parkstad 4/4

Thema: Acute zorg (behoud)

Tafelleider:

Tafelnr: 11

## 1. Wat willen we bereiken?

- Bejaardentehuizen terug
- Thuiszorg beter worden

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

Twee belangrijke zinnen: (Acute) volledige zorgaanbod in Parkstad

Aantekeningen:

# Thema 2. Goede, op elkaar afgestemde ketenzorg voor iedereen, maar zeker voor de allerzwaksten 1/3

**Thema:** Afgestemde ketenzorg voor iedereen, maar zeker de meest kwetsbaren    **Tafelleider:** Jeanine Kierkels    **Tafelnr:** 2

## 1. Wat willen we bereiken?

- Dat patiënten niet tussen wel en schip vallen en zorg voor iedereen toegankelijk/beschikbaar blijft
- Efficiënte samenwerkingen tussen zorgaanbieders zodat de patiënt 'ontzorgt' wordt (niet pampere, maar de basis moet op orde zijn!)
- Remmen van ongezonde verdienmodellen -> zorg heeft transparantie nodig

## 2a. Wie of wat hebben we nodig?

- De zorg moet meer oog krijgen voor vrijwilligers/informele zorg/mantelzorgers (bv. ondersteuning, compensatie, etc.)
- Delen van successen! Aandacht hebben voor kleine initiatieven die successen behalen, zodat men kan leren & groeien
- Niets ieders individuele belang als instantie maar gezamenlijk doel waarbij klant centraal staat.
- Zichtbaar/Transparant/begrijpelijk maken van zorgstructuren en systemen
- (transparant maken)

## 2b. Wat kunnen we zelf?

- Aanspraak maken op wat je nodig hebt ipv waar je recht op hebt!
- Terugkrijgen gemeenschapszin/samenredzaamheid/nabuurzorg -> we moeten ons meer bekommeren om de medemens en kwetsbaren
- Tip: Meer gebruik maken van onafhankelijke client ondersteuning (is er, maar niet voldoende bekend?)

**Conclusie (2 zinnen):** Er is in de basis een andere cultuur vereist, waarin instanties samen willen werken, zonder drempels en waarbij de patiënt echt centraal staat. Hierbinnen dient iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen (instanties én burgers)

**Aantekeningen:** verkenning thema door deze tafel ->

- Afgestemd: goed op elkaar afgestemd, het totale plaatje van zorg, geen hiaten
- Ketenzorg: samenwerking tussen ziekenhuis, fysio, thuiszorg, huisarts, huisvesting, apotheker, mantelzorg, wmo/wlz etc.
- Kwetsbaren : Mensen met minder draagkracht, die niet zelf in staat zijn de zorg te organiseren, de weg niet weten, niet in het standaard straatje passen en minder zelfredzaam zijn. Bv. kwetsbare ouderen, mensen met financiële problematiek of (geestelijke) gezondheidsproblemen, niet taal/digi vaardig

# Thema 2. Goede, op elkaar afgestemde ketenzorg voor iedereen, maar zeker voor de allerzwaksten 2/3

**Thema:** Afgestemde ketenzorg voor iedereen, maar zeker de meest kwetsbaren **Tafelleider:** Marieke Wolters **Tafelnr:** 7

## 1. Wat willen we bereiken?

- De commerciële / marktwaarde van de zorg verandert. Winst en zorg gaan niet samen.
- Betere en meer samenwerking/ afstemming binnen/ tussen de ketenpartners (zowel de zorg ketenpartners als de welzijn ketenpartners)
- Duidelijkheid in routes/ mogelijkheden van het aanbod binnen de zorg. Door de bomen het bos niet meer zien. Teveel bureaucratische regels die aanvragen onmogelijk maken en zorgen voor onnodig oponthoud in het leveren van adequate zorg. Afstemming van wachtlijsten binnen de ketenzorg zou beter geregeld moeten worden.

## Algemene opmerkingen

- Het gaat om ouderen en zorg voor ouderen
- Waar gaat wat we hier bespreken nu naartoe? Wie doet er wat mee en welk tijdspad wordt er aangehouden.
- Voorstel: Laat de opdrachtgever tussentijds presenteren wat de bijeenkomsten opleveren en aan het eind een presentatie over wat de opdrachtgever concreet gaat doen met deze input.
- We worden nu gehoord maar er zijn bedenkingen of er ook echt geluisterd wordt.
- Idee: betrek ook studenten van VISTA en Hogeschool Zuyd bij deze bijeenkomsten. Denk ook aan de vertegenwoordigers van de (toekomstige) hulpverleners. Denk ook aan de welzijnketen.
- 19 maart is in Sittard Sint Joep. Het centrum van Sittard is dan niet bereikbaar.

## Conclusie (2 zinnen):

- Goed op elkaar ingespeelde ketenzorg (inclusief welzijn) is van uitermost belang voor goede zorg
- Is het commerciële component van de zorg nu wel of niet ten voordele van goede zorg? Hier zou eens heel kritisch naar gekeken moeten worden.

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- Zorg op basis van vertrouwen ipv wantrouwen
- De menselijke maat terug krijgen in de zorg.
- De "oude wijkverpleegster" terug in de wijk. Die weet wat er speelt, is in contact met de wijk en speelt een belangrijke rol bij signaleren en verwijzen

## Opmerkingen t.o.v. goed afgestemde ketenzorg

- Preventie (zoals valpreventie) is als korte termijn oplossing helemaal prima. Om op korte termijn stappen te kunnen zetten denk vooral in kleine stappen zetten.
- Levensstijl verandering vooral bij de jeugd beginnen
- Gezond leven/sporten is duur hoe kan je dit toegankelijker maken
- Denk na over hoe zorg geboden kan worden net over de grens in België en Duitsland. Vergoedingen vanuit ziektekosten verzekeringen schijnen hierbij een uitdaging te zijn. Of dat zo is?
- De zorg is heel erg versplintert. Terug naar zorg in de wijk. Netwerken in de buurt waar zorgvragers op terug kunnen vallen. 1 aanspreekpunt met mandaat
- Hoe is de verhouding tussen privé klinieken en ziekenhuizen. Makkelijke operaties vinden buiten het ziekenhuis plaats, ziekenhuizen worden afgerekend op het leveren van mindere zorg. Hoe worden privé klinieken betaald? Is dit alleen mogelijk voor de rijke. Zij krijgen snel hulp en de armen staan lang op een wachtlijst? Positieve kant kan zijn dat door inzet van privé klinieken de wachtlijsten minder lang worden en er sneller adequate zorg geboden kan gaan worden.
- Er worden kansen gezien in het uitbreiden van huisarts+ praktijken. Specialisten worden toegevoegd aan de 1e lijns zorgverleners. Sneller adequaat behandelen. (TIPP)
- Er is meer mobiliteit gewenst voor minder valide
- Commerciële huisartsen verstoren de keten
- Zorgketen en welzijnketen gaan hand in hand. Kunnen niet zonder elkaar
- Buurtzorghuis (vd SP) deze opzet blijkt heel positief te werken. Meer denken vanuit HUBzorg

# Thema 2. Goede, op elkaar afgestemde ketenzorg voor iedereen, maar zeker voor de allerzwaksten 3/3

**Thema: Ketenzorg en de meest kwetsbaren**

**Tafelnr: 12**

## 1. Wat willen we bereiken?

- Goed op elkaar afgestemde zorg,
- Maatwerk naar zorgvraag en –behoeften van een patiënt
- Mondigheid en assertiviteit moet niet bepalen welke zorg iemand krijgt, professionals hebben een belangrijke rol in het signaleren van kwetsbare mensen en zouden dan extra ondersteuning moeten regelen waar nodig.
- Centrale coördinatie/begeleiding voor kwetsbare personen, zo dicht mogelijk bij de mensen (in de wijk);

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- Afhankelijk van behoefte is het belangrijk dat een burger/patiënt terecht kan bij één aanspreekpunt, zo dicht mogelijk bij de patiënt, één loket voor zorg- en sociale vragen.
- Eigen regie en verantwoordelijkheid ligt ook deels bij burgers zelf, niet alles is op te lossen met zorg
- Zo thuis mogelijk, patiënten(/mantelzorger) moeten zelf doen wat zelf kan.
- Community inrichten rondom zorg in de breedste zin, kleine gemeenschappen waar mensen er voor elkaar zijn, laagdrempelig, toegankelijk en bekend bij de burgers. Ondersteund door gemeenten en in verbinding met de zorg.
- Gemeenten kunnen een coördinerende rol nemen in het signaleren, keukentafelgesprekken bij mensen thuis, schaamte zien te overbruggen.
- Minder financiële schotten, landelijk of regionaal anders inrichten.
- Creatieve oplossingen, bestuurders moeten onderling meer samenwerkingen.
- Zo goed als mogelijk aan de voorkant de zorg/hulpvraag in kaart brengen en zo gericht mogelijk verwijzen en triëren.

## Aantekeningen:

- Goed voorbeeld/positieve ervaring: casemanagement in het ziekenhuis bij oncologische zorgpaden, één aanspreekpunt voor de patiënt, 24/7 bereikbaar, afspraken naar behoefte van patiënt.
- Financiële schotten in de zorg hebben een negatief effect op ketenzorg
- Oplossingen ook samen met de burgers oppakken, burgers willen graag blijven meedenken.

# Thema 3. Zorg die goed bereikbaar is en lokaal 1/3

**Thema:** Zorg die goed bereikbaar is en lokaal

**Tafelnr:** 3

## 1. Wat willen we bereiken?

- a. (openbaar) toekomstbestendig vervoer tussen regio's en/of zorgaanbieders.
- b. standaard lokale bereikbare (basis) zorg.
- c. zorgpad/wachttijd reductie.
- d. splitsing specialistische versus basis zorg.
- e. digitale begeleiding/vaardigheid.
- f. benutting flexibiliteit 24/7 organisatie.

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- a. slim toekomstgericht vervoer (op oproep?) + digimaatje om mensen hierin te helpen.
- b. wijkpunt/huiskamer in de wijk voor laagdrempelige (preventieve) zorg en zorgvragen + sociale contacten/controle. Ook informatieverstrekking en 'zwakkere' aan de hand nemen. Soort totaal loket over zorghotel, vervoer etc.
- c. intensieve samenwerking van zorgverleners in de gehele keten. Snellere doorstroom of alle afspraken op 1 dag waardoor gehele traject kan worden gecombineerd met vervoer, ondersteuning en eventuele nazorg (bijv. zorghotel).
- d. Voor specialistische zorg is men bereid verder te reizen, ook als men zelf geen vervoer heeft maar dit in wijk kan worden geregeld als onderdeel zorgproces.
- e. Digimaatje in de wijk (laagdrempelige hulp) bij alles rondom (na)zorg/vervoer.
- f. Bewustwording bevolking om flexibel mee in te spelen op 24/7 zorgaanbod ipv gewenste populaire tijden tussen 9-16u. Beter benutting zorgaanbod.

**Twee belangrijke zinnen:** Het is echt een gezamenlijke verantwoordelijkheid en dat betekent dat we (zorgpartners en bevolking) samen moeten (mee) bewegen.

**Aantekeningen:** Eerst is 'bereikbaar' gedefinieerd. Uitkomst: geografisch/demografisch, financieel, digitaal, lokaal en organisatorisch. Alle deelnemers belichten dit onderwerp vanuit een andere invalshoek.

# Thema 3. Zorg die goed bereikbaar is en lokaal 2/3

Thema: Zorg die goed bereikbaar is en lokaal

Tafelnr: 8

## 1. Wat willen we bereiken?

- Zorg in de wijk, huisartsen, 1,5 lijns zorg, minder loop naar ziekenhuis (blauwe zone) en daardoor sneller geholpen (zonder verwijzing)
- Marktwerking moet uit de zorg
- Artsen weer in loondienst
- Ongelijkheid wat betreft vervoersmogelijkheden t.o.v. randstad
- Praktijk in de wijk met oog op preventie om mensen te stimuleren

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- Politieke wil > landelijk
- Zorgverzekeraars moeten luisteren naar hun cliënten en de zorg in de wijk beter faciliteren > bijv. helpen met opzetten praktijk in de wijk
- Zelf gezonder leven, betere levensstijl
- Politiek: IZA tot uitvoering brengen
- Oplossing: Noodtaxi's voor de uren dat er geen OV is
- Maatschappelijk werker kan mensen bij elkaar brengen, mantelzorg, buurtgemeenschap verbinden van mensen met elkaar

**Twee belangrijke zinnen:** Spoedzorg in Heerlen blijft nodig, maar door goede zorg (1,5 lijns) in de wijken ontlast je het ziekenhuis waardoor medewerkers in de wijken kunnen werken (worden ingezet)  
Vervoersprobleem s' nachts oplossen door noodtaxi's in te gaan zetten

## Aantekeningen:

Woningtekort zorgpersoneel oplossen door beddenhuis Heerlen te verbouwen tot woningen



# Thema 3. Zorg die goed bereikbaar is en lokaal 3/3

Thema: zorg die goed bereikbaar is en lokaal

Tafelnr: 13

## 1. Wat willen we bereiken?

- **Benader bereikbaarheid vanuit breed perspectief; Financieel, tijd, logisch, praktisch en medisch/sociaal-emotioneel**
- **Centrale ontsluiting van informatie**
- **Neem mee dat de frequentie en inhoud van zorg meespeelt bereidheid van patiënt om 'afstand' (zie ook 1<sup>e</sup> punt) te overbruggen**

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- **Mogelijkheden zelf te kiezen als patiënt, zelf: hulp vragen van instanties, ((informeel) netwerk**
- **1 loket en duidelijke (uniforme) informatievoorziening, zelf: voorbereiden op geplande zorg en te weten komen hoe zaken werken**
- **Zorg die meebeweegt met deze behoeften op links**

**Twee belangrijke zinnen:** .....bereikbaarheid is individueel begrip, voor iedereen anders, daarom is het essentieel dat de oplossingen passend bij de behoefte op 1 centraal (informatie)punt gecommuniceerd worden, de patiënt maakt de keuze waar hij heen

**Aantekeningen:** .....

**Geen/ te weinig communicatie tussen hulpverleners/ instanties vergroot afstand**

.....

# Thema 4. Betaalbaar houden van zorg 1/2

Thema: betaalbaar houden van de zorg

Tafelnr: 4

## 1. Wat willen we bereiken?

- Goede betaalbare zorg voor de hele regio (niet onderscheiden tussen oost of westelijke, maar wellicht op heel Zuid Limburg richten)
- Continuïteit van zorg (ook voor generaties na ons)
- Efficiëntie van de zorg: kijk naar de hele mens en niet alleen naar de knie, maar ook naar de persoon achter de knie.

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- Mensen bewustmaken van de kosten van de zorg, je hoeft niet altijd van zorg gebruik te maken waar dat niet altijd nodig is.
- Gluren bij de burens, waarom is de premie in België zoveel goedkoper?
- Strenger zijn op fraude in de zorg, nu durven mensen geen actie te ondernemen, omdat er vaak geen actie volgt na melding.
- Zou een ethicus niet eerder het gesprek met mensen aan moeten gaan, vanuit de vraag wat is nog echt nodig in behandeling ipv de oncoloog die vaak op behandeling en dure oplossingen is gericht.

**Twee belangrijke zinnen:** Moet alles wat kan? : Moet er 100% excellente zorg zijn of is het acceptabel om lat op 80% te leggen en daarmee meer mensen kunnen worden

**Aantekeningen:** de laatste 6 weken zijn vaak hele dure zorg, meer inzetten op palliatieve zorg en eerder stoppen en accepteren dat leven eindig is.

Stimuleren en faciliteren van onderlinge (burens)hulp

# Thema 4. Betaalbaar houden van zorg 2/2

Thema: betaalbaar houden van de zorg

Tafelnr: 9

## 1. Wat willen we bereiken?

### > Financiering:

1. Financiële prikkel specialisten. (betaald per operatie, te duur, niet objectief)
2. Bureaucratie verminderen
3. Mensen moeten niet voor alles naar de huisarts

### > Noodzakelijke Zorg:

Mensen die uitbehandeld zijn zelf de keuze geven --> Wel of geen behandeling. Met in achthouding --> Transparante communicatie door de specialist, kwaliteit van leven. Meer inzetten op Eigen Regie.

### > Efficiëntere Zorg:

1. Geen 9 tot 5 mentaliteit. Kijk naar de zorg in België. Daar zijn ze altijd bereikbaar, geen wachtrijen en je wordt direct behandeld.
2. Direct alle noodzakelijke behandelingen uitvoeren. Dus 1x naar het ziekenhuis voor onderzoeken en advies door de specialist.
3. Inzet technologie zoals biometrie (smart watch detecteert als je valt, hart te snel klopt, etc.

### > Marktbewerking:

Zorg voor iedereen betaalbaar houden.

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

### > Wijkzorg:

Welzijnszorg en Zorg voor elkaar (1 geheel zoals de WijkPlus en Huisartsenpraktijk Plus)

### > 1 loket voor al je zorgvragen

> **Maatschappelijke stages** op scholen. Laat leerlingen en studenten al vroeg meelopen met de zorg. Laat hen zien wat ze kunnen doen en zorgpersoneel ontlasten.

### > Inzet vrijwilligers in de zorg

> **Inzet goedkopere krachten** die meelopen met specialisten en taken overnemen (buddy's) Deze pilot werkt in Maastricht.

### > Verminderen bureaucratie.

**Twée belangrijke zinnen:** Dit is nu te complex om op te lossen. Zorg dat de onnodige kosten (bureaucratie) per direct worden afgeschaft. Ben kritisch op wat niet nodig is en stop er direct mee. Stop met onnodige onderzoeken en behandelingen bij mensen die uitbehandeld zijn. Kijk naar de mens. Ben er in de wijk.

# Thema 5. Waarborgen van voldoende kracht in de zorg in 2030 1/2

Thema: Waarborgen van voldoende kracht in de zorg in 2030

Tafelnr: 10

## 1. Wat willen we bereiken?

- Instroom: Voldoende instroom menskracht om een goede zorgketen te behouden
- Behoud: Aan randvoorwaardes voldoen om personeel te behouden, bv. Dat mensen zich bezig houden met waar ze voor gestudeerd hebben
- Netwerk: Juiste personeel wordt aan juiste patiënten gekoppeld over alle zorgniveaus en de wensen van patiënt in acht nemend

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- Instroom
  - Genoeg opleidingsplekken
  - Beter imago en (fin.) beloning
  - Instroom uit het buitenland (tijdelijk en met Nederlandse taalkennis)
- Behoud
  - Beloon meer werken (full time en overwerken), zowel voor werkgever als werknemer
  - Start een pilot om te kijken of minder administratie leidt tot zorgpersoneel die bereid is meer te werken
- Netwerk
  - Zorgaanbod moet optimaal aansluiten bij zorgvraag
  - Faciliteer vrijwilligers en moedig het meer aan
  - Vergoed mantelzorg beter
  - PGB-mw beter faciliteren (o.a. scholing) en inzetten

### Aantekeningen:

Nodig een belastingexpert of jurist uit om mee te denken over vergoedingen en belastingvoordelen voor zorgpersoneel

# Thema 5. Waarborgen van voldoende kracht in de zorg in 2030 2/2

Thema: Nummer 5. Waarborgen van voldoende kracht in de zorg in 2030

Tafelnr: 5

## 1. Wat willen we bereiken?

- Meer zorgpersoneel in de regio
- BIG en andere kwaliteit registraties moeten de eisen van hier zien worden. Het moet makkelijker.
- Hogere echte waardering voor zorgpersoneel.
- Volledig waar geborgd ziekenhuis

## 2. Wie of wat hebben we nodig? Wat kunnen we zelf?

- Inservice (praktijk) opleidingen moeten terug komen.
- Interviews met (ex)-zorgmedewerkers en uitstromen over wat er nodig is. En waarom eix zorgmedewerkers gestopt zijn
- Marktwerking in de zorg eruit. Alles terug naar overheid (VWS)
- Sociale dienst plicht

**Twee belangrijke zinnen:** Zonder goed gewaardeerd\* zorgpersoneel geen zorg.

.....

**Aantekeningen:** \*intrinsieke waardering vanuit de mens

# Tafel met thema's buiten de 5 die zijn genoemd

Tafelnr: 15

## **Thema's die belangrijk zijn om mee te nemen:**

- Menselijkheid (zie uitwerking in kader hiernaast)
- Preventie (zie uitwerking in kader hiernaast)
- Kwaliteit van zorg
- Wachtlijsten
- Hoe de cliëntenraden meer te betrekken in besluitvorming (met name clientraden van de andere zorgaanbieders)
- Zorg in de hele EU-regio (dus hoe om te gaan met buitenlandse zorg)
- Nazorg
- Triage/juiste zorg op de juiste plek

## **Uitwerking Menselijkheid/menselijke maat:**

Wat willen we bereiken:

- Menselijke maat in patiëntenzorg leidt tot meer preventie, daardoor minder patiënten en meer ruimte voor meer patiëntenzorg
- Menselijke maat richting medewerker
- Zingeving
- Wie of wat hebben we nodig?
- Minder bureaucratie, handelen uit vertrouwen
- Zingeving
- Marktwerking matigen
- Meer vanuit en in de wijk regelen (jong en oud samen optrekken)

## **Uitwerking Preventie:**

Wat willen we bereiken:

- Vanuit zorgverleners meer aandacht voor preventie
- Meer eigen verantwoordelijkheid op preventie
- Preventie vanuit regionale overheid
- Preventie meer promoten vanuit zorgverzekeraar
- Wie of wat hebben we nodig?
- Voorlichting op laaggeletterd niveau
- Suikertax invoeren en geld gebruiken om btw van groente en fruit af te halen
- Op scholen meer aandacht voor voeding en beweging
- Moestuinen promoten
- Tijd bij zorgverleners