

	<i>pagina</i>
Acute zorg (zaal 1 t/m 4).....	1
Planbare zorg (zaal 5 en 6).....	7
Samenwerking in de zorg(keten) (zaal 8).....	13
Gezondheid en geluk (zaal 9).....	14
Zorgpersoneel (zaal 10 en 11&12)	17
Feiten en cijfers (zaal 13)	24

1. Acute zorg

Zaal 1.

- a. **Ton van Klaveren** (Oranje Kruis) benadrukt het belang van eerste hulp. Hij presenteert wat er met EHBO kan en hoe je daarmee de zorg kan verlichten. Aantal vragen door deelnemers, bijvoorbeeld over hoe EHBO al vanaf jonge leeftijd kan worden geleerd. Het streven om in 2030 in ieder huishouden iemand te hebben die eerste hulp kan verlenen. In Nederland is 17% EHBO-geschoold, om de zorg te ontlasten is het van belang dat dit percentage stijgt.
- b. **Jeroen Frequin** presenteert namens Meditta, waarbij het gaat over een goed functionerende huisartsenpost met huisarts en hun team. Hoe beter het in het huisartsenteam geregeld is, hoe meer de spoedzorg ontlast kan worden. Zij geven uitleg over de regio's en hoe grenzen van regio's onderlinge samenwerking bemoeilijken. Onderwerp is ook waarom de gezondheidsstatus hier in Zuid-Limburg lager is vergeleken met de rest van de Nederland. Samenwerking zoals bijvoorbeeld met VVT wordt genoemd.

Oplossing in de vorm van monitoringscentrum in de wijk, om contact te houden met de patiënten en hen op de hoogte te houden. Er moet een plek zijn waar de burger terecht moet kunnen met zijn/haar zorgvraag. Als dat in een andere hoedanigheid dan huisarts is, is dat geen probleem, maar deze kern moet er zijn. Als de huisartsen niet de mogelijkheid hebben om door te verwijzen naar de SEH, kunnen zij meer 'defensief' doorverwijzen.

- c. Meditta werkt onder andere samen met Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL). Van die samenwerking zijn **Miranda van Reisen** en **Patricia Vincken** aanwezig. Zij geven uitleg over de samenstelling en werkwijze van de Huisartsenspoedpost Heerlen: wat de triagist doet en wat hun werkzaamheden zijn. Een van de oplossingen is beeldbellen. Dat zorgt ervoor dat minder mensen fysiek naar de huisartsenspoedpost hoeven te komen. MoetIkNaarDeDokter en ThuisDokter zijn websites die ingezet kunnen worden om ervoor te zorgen dat mensen thuis met hun klacht 'zelf' triage kunnen doen. Probleem is dat dit pas bekend wordt als de patiënt belt of op de website kijkt. Daarom vanuit deelnemers opgemerkt dat hier breder op wordt ingezet. Door een goede triage kan een patiënt met een urgentie U1 (spoed ambulance zorg situatie) worden verplaatst naar een lagere urgentie. Op grond van feiten en kennis wordt bepaald of een patiënt moet komen ja of nee. Door het goed indelen van urgenties wordt de zorg behapbaar gemaakt. Vanuit huisartsen is een volwaardige spoedeisende hulp nodig om goede triage toe te kunnen passen, omdat:
 - Logistieke problemen worden voorkomen;
 - Een huisarts kan gebruik maken van de expertise die aanwezig is op de SEH;
 - Diagnostische voorzieningen van de SEH belangrijk zijn voor de huisartsenzorg;
 - Veilige zorg (vervoer instabiele patiënten?) -> verschuiving van behandelgrenzen van huisartsen? Het gevaar ligt op de loer dat met bepaalde wonden bijvoorbeeld

te 'licht' wordt omgegaan. Daarom moet er de mogelijkheid blijven voor een combi van zorg tussen de Spoedeisende Hulp en de Huisartsenspoedpost.

Vanuit HOZL is het **niet** hebben van een volwaardige SEH geen mogelijkheid.

Vraag vanuit de zaal: De bemensing van de huisartsenspoedposten kan een probleem worden. Vooral doktersassistenten zijn lastig om te vinden. Mogelijkheden om dit op te lossen is bijvoorbeeld omscholing van verpleegkundigen die zwaarder fysiek werk niet meer kunnen. Huisartsen hebben de verplichting om in omscholing te voorzien.

Adviezen vanuit HOZL:

1. Personeelsprobleem gaat verder dan Zuyderland. We moeten samenwerking zoeken in een efficiëntere inzet van personeel van Huisartsenpost, thuiszorg en Spoedeisende Hulp.
2. Meer inzetten op transmurale projecten om ziekenhuizen te ontlasten: meer zoeken naar wegen waar een patiënt terecht kan buiten de SEH.
3. Behoud van volledige spoedeisende hulp naast de huisartsenspoedposten in Zuid-Limburg

Het hard maken van deze adviezen vraagt om meer data. We moeten groter kijken dan alleen naar Heerlen en Sittard, ook naar Maastricht, Roermond etc. Dat biedt mogelijkheden.

Een belangrijk onderdeel is de zelfredzaamheid van burgers. EHBO-cursussen worden door alle zorgverzekeraars vergoed. Dit biedt mogelijkheden om de zorg te verlichten. Dit vraagt om een cultuurverandering en het kost tijd om dat door te voeren.

Initiatief voor één systeem bij de huisartsen om gebruik te kunnen maken van elkaars personeel. Er zijn slimme oplossingen om de wachttijden aan de telefoon bij de huisarts te verkleinen.

Als vanuit HOZL verwezen wordt en ze weten niet naar welk specialisme precies, dan wordt er doorverwezen naar de SEH-arts. Deze arts vervult een 'algemene' functie. Hij/zij heeft het overzicht over het hele proces, meer een coördinerende functie. Als er geen SEH-arts aanwezig is, moet de huisartsen een brug vormen en de coördinerende functie deels overnemen.

De zorgvraag anders inrichten met domeinoverstijgende samenwerking en een toename van digitalisering kan helpen met het oplossen van het zorgprobleem. Een huisarts zou een patiënt liever op een andere plek zou willen behandelen dan het ziekenhuis heeft simpelweg geen mogelijkheid en zou die wel moeten hebben. Een ander voorbeeld is het feit dat er chirurgen werkeloos zijn en de kennis naar het buitenland vertrekt. Dit zou opgelost kunnen worden door meer regionale omscholing van dergelijk soort artsen.

Vraag over personeelstekort: Waarom wordt er nog geloot bij studenten voor de geneeskundestudie? Deel van deze vraag is niet te beantwoorden vanuit de zorg, maar ligt bij de politiek. Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) gaat over de inrichting de acute zorg in Limburg. Het staat nu hoog op de agenda maar vanuit Meditta en HOZL wordt aangegeven dat het soms niet mogelijk is om die aanpassingen nu al door te voeren/te halen.

Positieve reacties van deelnemers aan deze sessie dat hier het 'echte verhaal' wordt verteld. Dat Meditta en HOZL hun standpunt verkondigen dat misschien niet in lijn is met wat het meest wenselijk antwoord is. Ze geven aan dat het vertrouwen geeft in het proces.

EHBO scholing 'op niveau', aanpassen aan verschillende opleidingsniveau. Nu bellen bijvoorbeeld jonge ouders voor iets wat eigenlijk geen zorgvraag is. Dit zou deels ook kunnen worden opgevangen met gerichte scholing. De drempel is te hoog, vooral bij jongere generaties.

Belangrijkste 3 dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Geruststelling dat de experts mikken op twee ziekenhuizen met min of meer volwaardige SEH. Belangrijk om in beide regio's een SEH naast de HAP te hebben zodat doorverwijzing en samenwerking makkelijk is.
2. Zorg vindt plaats in schakels en ketens. Als bepaalde schakels verdwijnen komt de hele keten in gevaar. Daarom is het belangrijk dat de basisinfrastructuur blijft bestaan. De coördinerende rol van de SEH-arts is van groot belang. Blijkt dat het ook onderdeel is van ketenzorg en dat onderlinge samenwerking van belang is.
3. Een ziekenhuis moet niet geregeld worden voor één regio. Als de zorg op plek A (SEH) wordt afgeschaald, nemen de problemen bij plek B (Huisartsenpost) toe.
4. We kunnen creatief kijken voor oplossingen: bijvoorbeeld geneeskundestudenten als triagist of huisarts als SEH-arts.

Nu we deze informatie hebben zijn dit mogelijke richtingen...

- HAP al 'afvangen' van de SEH is van groot belang
- Samenwerking met andere partijen versnellen
- EHBO-cursussen (Oranje Kruis) op scholen en ervoor zorgen dat het financieel laagdrempelig is

Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheid verder uitzoeken...

- Vergeet het begin van de keten niet. Als schakel 1 wegvalt, komen de andere schakels ook in gevaar. Kijken hoe dit goed geregeld kan worden.
- Efficiëntie bij de HAP is van belang om ervoor te zorgen dat patiënten op de juiste plek terecht komen.

Zaal 2.

Experts:

- **David Baden**, SEH arts KNMG en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van *Spoedeisende Hulp Artsen*
- **Ingrid Verrijth-Wilms en Myriam Franssen**, SEH-artsen Zuyderland
- **Nicky Visser-Schmets**, SEH-verpleegkundige Zuyderland

Belangrijkste 3 dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Een afdeling acute zorg waar alle specialisaties zijn, want langer reizen (60 min) is niet gevaarlijker. 1 acute afdeling waar de HAP aan verbonden is.
2. 5% is echt spoed, minder dan we denken. Huisartsencontact verbeteren want dan is er minder onnodige spoed. Contact met de huisarts.
3. Meer Pluspraktijk. Tijd voor de patiënt. Is er echt iets aan de hand, sociaal model, toekomstgericht (ook in relatie tot personeel).

Nu we deze informatie hebben zijn dit mogelijke richtingen...

- Eén SEH maar de plek moet goed onderzocht worden. Uiteindelijk gaat het ook om geld. Waar en onder welke voorwaarden moeten we meer weten.

Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheid verder uitzoeken...

- Waar en welke voorwaarden? Welk gebouw, plek en welke kosten?

Zaal 3.

Koen Peerlings, Raymond Pleune, Roel Cox en Lonneke Kools zijn van de Ambulance Zorg Limburg. Algemene uitleg over de ambulance dienst via het filmpje: [Animatie Over ambulancezorg in Nederland \(youtube.com\)](#)

De missie van Ambulance Zorg Limburg is dat iedereen overal in Limburg de best passende ambulancezorg krijgt. In Limburg zijn er 16 ambulancestandplaatsen. Op een post zijn één of meerdere ambulances gestationeerd. Alle ambulances worden door de meldkamer aangestuurd en verdeeld over Limburg om de aanrijtijd te kunnen waarborgen. Een ambulance heeft een aanrijtijd van 15 minuten die ingaat vanaf het moment de meldkamer een oproep krijgt. De meldkamer kan ook met de plaatsing van ambulances schuiven. Als er in een gebied alle ambulances bezet zijn, kan een ambulance uit een andere regio verzocht worden om op een centraal punt te gaan staan om zo indien nodig tijdig bij een melding te kunnen zijn. Vandaar dat je soms een ambulance ergens langs de weg ziet staan.

Een ambulance wordt ingezet op verschillende meldingen:

- A. A-meldingen. Dit zijn spoed meldingen en deze zijn weer verder onderverdeeld.
- B. B-meldingen zijn planbaar.

Alle personeel bij de ambulancedienst is medisch opgeleid.

Hoeveel ambulances er in een gebied beschikbaar zijn, beslist het RIVM. Elk jaar wordt geëvalueerd. Afhankelijk van wat nodig is geweest wordt er gekeken of er meer ambulances / diensten gestationeerd moeten worden in een bepaald gebied. De afgelopen jaren zijn het aantal ambulances uitgebreid. Tot nu toe heeft de Ambulance Zorg Limburg géén last van personeelstekort en zij verwachten hier de komende jaren ook geen problemen in. De ambulancezorg geeft wel aan dat ze een verschuiving van hulpvraag zien en hierop anticiperen. Ze zijn aan het differentiëren in de soort zorg die ze aanbieden. Zo is er een Rapid Responder, een klein ambulancevoertuig waarin een ambulanceverpleegkundige alleen rijdt. Nu is het al zo dat 1 op de 5 patiënten waarvoor de ambulance komt al niet meer meegenomen wordt naar het ziekenhuis. Dit zou door meer inzet van gespecialiseerde ambulancezorg kunnen uitbreiden.

Voor nu is de norm dat een ambulance binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn en is het streven dat de patiënt binnen 45 minuten in een ziekenhuis moet kunnen zijn. Er wordt ook wel gesproken over het 'gouden uur'. De patiënt moet binnen een uur nadat er iets is voorgevallen op de plek zijn waar de beste hulp geboden kan worden voor die patiënt. Naar welk ziekenhuis de patiënt gebracht wordt, kan dus per keer verschillen. Het ambulancepersoneel maakt een inschatting bij welk ziekenhuis de patiënt de beste zorg kan krijgen (op korte en lange termijn). Het kan dus zijn dat een ambulance een ziekenhuis voorbij rijdt om de patiënt naar de beste zorg te brengen. Het is wel altijd mogelijk om te stoppen bij elk ziekenhuis als dit nodig is. Dit bepaalt het ambulancepersoneel. Nu zijn er bijvoorbeeld ook al afspraken over welk ziekenhuis dienst heeft buiten kantooruren. Dit kan Maastricht of Heerlen zijn.

Ook wordt rekening gehouden met welk ziekenhuis welke zorg kan bieden. Borstkast letsel, hersenletsel en brandwonden gaan sowieso niet naar Heerlen/Sittard. Als er onderweg met de ambulance problemen voordoen kan alsnog de traumahelikopter met specialist aan boord opgeroepen worden. Of een Rapid Responder die kan ondersteunen in de ambulance. Of de patiënt gaat alsnog met de helikopter mee.

Er is een nauwe internationale samenwerking met Duitsland en België. Bijvoorbeeld de ADAC¹ helikopter uit Würselen wordt met regelmaat ingezet in Nederland. Patiënten uit bijvoorbeeld Vaals gaan meestal al naar Aken (als dit in het belang van de hulp voor betreffende patiënt is).

¹ Een ADAC helikopter is een helikopter met een bijzonder stabiel vlieggedrag.

Vragen, antwoorden en opmerkingen die gesteld en gegeven zijn:

- Ambulance Zorg Limburg praat mee, geeft input, zit aan Regietafel en geeft zijn kennis mee aan de besluitmakers. Zij zijn niet diegenen die de keuzes/beleid maken.
- Ambulance Zorg Limburg participeert op de wijzigingen die er zijn geweest en gaan komen.
- Ambulance Zorg Limburg maakt zich geen zorgen over de eventuele wijzigingen. Zij kunnen hier goed op anticiperen en ervoor zorgen dat de hulp die nodig is ook wordt geboden. Zo lang zij tijdig weten wat de veranderingen zijn, kunnen zij hier ook op anticiperen.
- Als het aan het ambulancepersoneel ligt dan zouden zij wensen dat er in zowel Geleen als Heerlen als Maastricht een level 1 ziekenhuis zou zijn. Of dat het Maastricht UMC+ in Nuth zou liggen en een dependance in Sittard en één in Heerlen zou hebben. Maar dit is niet reëel! We moeten het doen met wat er nu is. Ook is er te weinig hulpvraag om op drie locaties alles open te houden.
- Meer mensen zouden bewust moeten zijn van wat de ambulance doet en hoe ze georganiseerd is.
- Zijn er bij het ambulancepersoneel zorgen over de eventuele veranderingen? Nee voor hun werk verandert er niks.
- Wat is het risico voor een patiënt als hij langer in de ambulance moet liggen om naar een ziekenhuis vervoerd te worden? Bijvoorbeeld bij een hartstilstand is het van groot belang dat er zo snel als mogelijk weer zuurstofrijk bloed rond stroomt. De rit kan na sluiting van een ziekenhuis langer duren. Het ambulancepersoneel voorziet hier geen problemen in ('gouden uur').
- Op de vraag hoe om te gaan met drukke wegen en files geeft de ambulancechauffeur aan dat hij nog nooit ergens een probleem heeft ervaren. Met als kanttekening dat de infrastructuur in Limburg beter kan. De aanleg van de buitenring was niet wenselijk voor de natuur, maar scheelt enorm als er haast geboden is voor een patiënt.
- Wat heeft de ambulance nodig van de burger? Vertrouwen hebben in wat de ambulance doet.
- Waarmee kan de burger helpen? Snel hulp bieden redt levens, dus als burger leren reanimeren en leren omgaan hoe te handelen bij ongelukken is van groot belang.
- Is het patiëntendossier inzichtelijk voor het ambulancepersoneel? Nee dat is nog niet inzichtelijk. Soms zou het helpen om meer aanvullende informatie te hebben over een patiënt maar hier moet ook heel voorzichtig mee worden omgegaan. Indien de toestand van een patiënt het toelaat kan deze naar het ziekenhuis gebracht worden waar deze bekend is. Dit beslissen de ambulancemedewerkers.
- Nazorg leveren is een grote uitdaging. Hoe komt een patiënt weer naar huis? Welke zorg is er bij thuiskomst? Welke ketenpartners kunnen/worden dan ingeschakeld?
- Er is veel winst te behalen bij vroegsignalering. Meer investeren in de gezondheid van burgers en het monitoren van gezondheid. Dit kan door middel van het uitbreiden van huisartsenzorg (24/7 bereikbaar), meerdere professionals beschikbaar en specialistischere hulp op maat.
- Op de eerste hulp en in de ambulance wordt nu ook veel huisartsenwerk verricht.

Belangrijkste 3 dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Onderweg is de zorg goed geregeld heb vertrouwen in ons
2. Voor de ambulance zorg veranderd er eigenlijk niks, je wordt daarheen gebracht waar je de beste zorg krijgt.
3. In Limburg zijn en komen steeds meer ouderen, de zorg voor ouderen wordt steeds groter. Rapid responder kunnen extra handelingen verrichten en daardoor ervoor zorgen dat patiënten thuis kunnen blijven en dus niet naar het ziekenhuis hoeven.
4. Niet acute zorg zou beter georganiseerd moeten worden daardoor wordt de acute zorg beter toegankelijk.

Nu we deze informatie hebben zijn dit mogelijke richtingen...

- Optimale burgerhulpverlening
- Huidige zorg in stand houden
- Samenwerking huisartsen en dergelijke verder uitbreiden/uitbreiden ketenzorg. 1,5 lijnszorg beter implementeren/ herstellzorg. Hiermee kan je ziekenhuizen ontlasten.

Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheid verder uitzoeken...

- Hoeveel patiënten gaan met eigen vervoer naar de spoedeisende hulp of huisartsenspoedpost? Moeten we hier verder nog iets mee of is het zo'n kleine groep dat we onze aandacht beter op andere problematieken kunnen richten.

Zaal 4.

Robrecht van der Horst, intensivist, en Anton Lenders, senior IC verpleegkundige, lichten de IC Zuyderland toe.

- Als de IC vol is (wat zelden voor komt) wordt de patiënt verplaatst naar een ander ziekenhuis met vrij IC-bed met een speciale ambulance. Als overplaatsing niet planbaar is, gaat dit met een gewone ambulance. De patiënt wordt dan altijd bijgestaan door een IC-arts.
- Rooster technisch kan IC-personeel schuiven tussen de locaties. Het personeel ervaart dit wisselend. Personeelsbelasting zal minder worden als er 1 locaties is om te bemensen. De voorkeur voor scholing is 1 grote IC (bedbezetting en verscheidenheid aan patiënten).

Linda Gottenkieny presenteert de integrale aanpak van de acute zorg in Zoetermeer. Het uiteindelijke Centrum Acute Zorg daar gaat verschillende elementen omvatten:

1. Fysieke integratie van de Spoedeisende Hulp (SEH), huisartsenpost en dienstapotheek.
2. Functionele integratie met een beperkt aantal multifunctionele bedden en een regionaal transferpunt.
3. Nauwe samenwerking en coördinatie met acute wijkverpleging en acute Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

Zoetermeer herkent zich in populatie Zuid-Limburg/Mijnstreek en vult aan dat keuze voor uiteindelijke ziekenhuis wordt bepaald door benodigde expertise en zorgvraag van persoon in ambulance. Daarbij wordt er al veel spoedzorg in ambulance verleend.

Er zijn diverse werkgroepen in Zoetermeer waaronder triage. De methode HAP en SEH is onderzocht en wordt omgebogen naar 1 werkwijze. Laagdrempelige triage bij Centrum Acute Zorg vraagt ook om dossierdeling. Afdeling niet full time bezet door SEH-artsen, waardoor geen 24uur opening maar van 08.00 - 22.00 uur. Ambulances passen hier ook de ritten op aan.

Gemeentes zijn ook aangesloten in diverse werkgroepen met sociaal domein. De winst moet uiteindelijk terug te vinden zijn in FTE (bezetting personeel). Businesscase is nu nog negatief (fusie ziekenhuis en samenvoeging van afdelingen) maar zal veranderen door natuurlijk verloop personeel. De hoogte van acute zorg is afhankelijk van IC-capaciteit.

Burgers uiten zorgen over verkeerde triage waardoor in wel acute situatie kostbare tijd verloren gaat. Zuyderland vult aan dat nu ook al zorg is verdeeld per specialisme, locaties Zuyderland en Maastricht UMC+. In de praktijk blijkt dit goed te werken in belang van patiënt.

Belangrijkste 3 dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Krapte van personeel vraagt om nieuwe manier van werven.
2. Combinatie van acute GGZ, SEH en HAP (neem voorbeeld aan Acute Zorg Centrum Zoetermeer)
3. Concrete bereikbaarheid voor eerste hulpvraag/triage/toegang (voorbeeld doorkiesnummer 1 HAP in weekend)

Nu we deze informatie hebben zijn dit mogelijke richtingen...

- Vergelijkbaar Acute Zorg centrum Zoetermeer (Integratie acute GGZ, HAP en SEH)
- Het is en blijft een gecompliceerd vraagstuk waarbij behoefte aan IC in Heerlen blijft.
- Regio overstijgende aanpak en inzetten op preventie in eigen regio (voorbeeld nemen aan Corona en GRIP Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure).
- Vervoer zelf (familie) realiseren, zodat patiënt midden in de nacht bij sluiting acute zorg centrum terug naar huis kan.

Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheid verder uitzoeken...

- Is er behoefte aan extra specialistische kennis op ambulance?
- Is voor Zuyderland een soortgelijk Acute Zorg Centrum als in Zoetermeer in combinatie met acute GGZ een optie?
 - o Is patiëntveiligheid gegarandeerd van acute zorg centrum in relatie tot foute-bed-patiënten of waar spoed aandoening nog niet als zijnde spoed is vastgesteld?
 - o Wat is het risico voor een patiënt als deze na een telefonische triage wordt gevraagd zelfstandig naar een spoedcentrum te komen en alsnog naar SEH wordt doorgestuurd voor diverse onderzoeken?
 - o Hoe tot één team te komen?
 - o Een weekend opening waar patiënten -na triage- voorgeschreven zorgondersteunende zaken kunnen krijgen (zoals krukken).
- Hoe de IC toch in Heerlen blijft versus zo veel mogelijk de spoedeisende hulp volwaardig behouden gezien populatie in Heerlen(-Noord)?

2. Niet-acute (planbare) zorg

Zaal 5.

Experts:

- **Merlijne Sonneveld**, helpdesk digitale zorg (hulp voor mensen met beperkte digitale vaardigheden)
- **Marieke Kerkhoffs-Schlosser**, digipunt Zuyderland
- **Bram Wouterse**, Associate Professor Erasmus School of Health Policy & Management

“Digitaal moet, zeggen ze – maar moét digitaal wel?” Mensen hebben zorgen over digitalisering als een verplichting en als doel op zich. Dat wil niemand – ook de experts niet. De reactie van de experts is dat de digitale oplossingen gericht zijn op grote groepen, waarbij maatwerk per patiënt mogelijk moet blijven. Juist door digitalisering komt er ruimte voor minder technische mensen om wel zorg als vanouds te krijgen. Met zo'n benadering staan de meeste mensen welwillend tegenover digitale mogelijkheden.

Er wordt gevraagd of er niet eerst moet worden gekeken naar het personeelstekort (meer personeel vinden of personeel efficiënter inzetten). Het antwoord luidt dat dit zeker belangrijk is, maar dat het geen complete oplossing kan zijn voor de komende jaren. Een digitale aanpak is nodig.

Iemand vraagt over mogelijkheden voor digitale samenwerking met het ziekenhuis in Aken. Of ziekenhuizen in België? Dat is een idee dat Marieke Kerkhoffs (Zuyderland) meeneemt.

Er is optimisme over technologie: inzetten waar mogelijk én wenselijk. Het bieden van opties en maatwerk is belangrijk. Kernpunt is dat in het algemeen, ook bij digitalisering, de patiënt centraal moet staan. Bijvoorbeeld: niet in hokjes denken, samen beslissen, opties bieden, één laagdrempelig & centraal aanspreekpunt. Denk aan een casemanager dementie, maar dan in bredere zin.

Er is verbazing over hoe soepel websites als Bol.com werken terwijl het bij overheidsdiensten vaak stukken stroever loopt. Coolblue betreft de klant in elke stap van het ontwerpproces. Het zou goed zijn als ook de zorg/overheid de gebruiker vanaf het begin betreft.

Ideeën:

- “Kunnen we niet eens wat pilots doen met centraal coördinerende casemanagers voor patiënten? En welke financiële impact heeft dat?”
- “Wat zou het besparen als een verzekeraar een goede app zou ontwikkelen om klachten mee te onderzoeken?”
- “Waarom bestaat er niet een telefoonlijn zoals het rechtshulpbureau maar dan voor de zorg? Met geneeskundestudenten voor snelle vragen, bijvoorbeeld.”

Belangrijkste 3 dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Technologie inzetten waar mogelijk en wenselijk
2. Maatwerk bieden
3. Samenwerking tussen disciplines

Nu we deze informatie hebben zijn dit mogelijke richtingen...

Technologie ontwikkelen met de gebruiker in gedachten. Niet alleen focus op techniek.

Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheid verder uitzoeken...

- Casemanagement per patiënt (als deze niet zelf in staat is zijn/haar weg te vinden)
- Pilots opstarten om de waarden van bepaalde denkrichtingen te bepalen
- Eén platform waar mensen de vragen kunnen stellen om te bepalen of een bezoek nodig is

Zaal 6.

Experts:

- **Nico Haster**, verantwoordelijk voor contracten die Zuyderland afsluit met zorgverzekeraars. Met 10 zorgverzekeraars is dat best spannend. Met CZ hebben we een 10-jaren overeenkomst afgesloten. Juist om de zorgkosten in onze regio te beteugelen. Gezamenlijk doen we een aantal interventies om zorgkosten te verbeteren.

Wordt de inkoop bijgesteld in die 10 jaar? Met alle zorgverzekeraars hebben we hier afspraken over gemaakt. Dus als volume meer wordt, maken we daar afspraken over. Bij Zuyderland zal nooit een rem zitten op het verlenen van zorg. In het verleden was dat wel eens bij VGZ. Maar daar komen we nu niet meer in terecht. Transparantie: op de site van Zuyderland en CZ kun je zien wie gecontracteerd is. Het volume is niet vermeld, maar daar kun je ook weinig mee omdat je geen referentie hebt.

- **Janneke Zeelenberg**, strategisch consultant CZ. Betrokken bij duurzame coalitie CZ-Zuyderland vanuit CZ (die afdeling bestaat sinds 2020).

Bij Zuyderland hebben we veel klanten. Het is handiger om naast elkaar aan dezelfde tafel te zitten. We hebben hetzelfde doel. Inkoop zijn we gaan verrijken. Waar willen we over 10 jaar staan? Wat kan CZ, wat kan Zuyderland en wat kunnen we samen? Niet elk jaar opnieuw overleg en 'strijd' moeten voeren, maar naar de lange termijn kijken en samen leren wat veranderingen voor effect hebben. We moeten dingen doen en kijken wat het effect is. Is het effect dat we willen bereiken of moeten we dingen anders organiseren? We werken dus intensief samen. Er zijn al verschillende werkgroepen waarin medewerkers van CZ en Zuyderland samen optrekken zoals digitalisering van de zorg en werkplezier.

- **Marinke Harings-Dam**, zorginkoper CZ. Koopt zorg in bij verschillende ziekenhuizen. Veel onderwerpen komen tijdens een inkoopjaar aan bod. We hebben het dan over toegankelijkheid, kwaliteit van zorg, niet alleen maar over zorg en volume.

Spanningsveld tussen Zuyderland en de zorgverzekeraar. Vertel daar eens meer over.

Hoe kan dit, een verschil in tijdsspanne tussen 2 knie operaties.

Operatie 2: om 15 uur weer op de zaal. Om 18 uur fysio. De gang op en neer lopen en de volgende dag naar huis. Terwijl bij eerste knie ik eerst trap op en af moeten kunnen etc.

Hoe gaat het als je geen terugval garantie hebt.

Ligdag in het ziekenhuis kost veel geld.

Reactie Nico: 2 knieën met verschillende doorlooptijd. Slimmer in kijken hoe zorg geregeld kan worden. Soms niet opereren omdat we nu weten dat dit niet altijd beter is. Hoe snel kan iemand op de been zijn en weer naar huis? Daarin is ook veel ontwikkeling. Er is veel extra inspanning gedaan om een patiënt eerder naar huis te krijgen. Maar eigenlijk worden we betaald voor de ligdag (die de patiënt dus niet meer gebruikt). Met CZ hebben we daar goede, meerjarenplan-afspraken gemaakt. Gericht op zorgkosten dempen. Dat vraagt om innovatie in de zorg, en anders nadenken. Volume neemt af, dus minder omzet. We zijn niet gericht op winst maar hebben wel vaste lasten en kosten. Daarom goed inspanningen doen om zorg te verbeteren en wachtlijsten en ligtijden te verkleinen, ondanks dat het dus geen geld oplevert. Maar daarover zijn we dus in gesprek met CZ.

Wat is functie van de maatschappen hierin?

Reactie Nico: Ziekenhuis heeft medisch specialistisch bedrijf (MSB). Financiële prikkel om veel te opereren hebben we eruit gehaald. De afspraken die gemaakt zijn, zijn gericht op goede kwaliteit van zorg. En zorgen dat mensen niet onnodig in het ziekenhuis liggen.

Ik hoor u praten over nazorg. Hoe ging dat bij u?

De vraag die gesteld wordt: kunt u thuiskomen? Mijn antwoord was: dat kan. Maar er is meer zorg nodig. Kun je ook de trap op en af? Kun je zelf naar het toilet etc. Ik had het geluk dat mijn dochter me hielp en een hoge instap in de auto heeft.

Insteek ziekenhuis is niet: zo lang mogelijk in ziekenhuis voor het meeste geld. Zo snel mogelijk naar huis kan alleen als er in de keten goede nazorg is. Fysio stopt niet na 12 sessies.

Hoe is nazorg traject?

Fysio een jaar na de operatie vergoed, maar daarna niet meer. Vanuit aanvullende verzekering of opnieuw naar de huisarts gaan om weer de fysio vergoed te krijgen. Maar voor mij is het dan nog niet opgelost. Wordt het omgezet in chronisch? Nee, want het is niet chronisch. Ander voorbeeld: Herhaalrecept dat je na een jaar niet krijgt. Dan moet je terug naar de huisarts

Is er een verband met zorginkoop?

Vraag. Schouder operatie, in Sittard 2 jaar wachten. Dus naar België gegaan en daar binnen een maand geholpen. Een hulpmiddel nodig om schouder soepel te houden.

Ruim van tevoren aangevraagd. Op de dag van operatie nog eens gebeld. En de verzekeraar zegt dat het niet vergoed wordt want het is niet van Nederlandse fabrikant. Als klant overrompelt. Heb ik je nodig, krijg ik niets vergoed. Ik vind het lastig om met CZ het gesprek te voeren. Ik snap niet het waarom. Zoek dan naar dezelfde machine van Nederlandse fabricaat. Maar dat doen ze niet. Je laat mensen niet hangen tot de laatste dag.

Is er een verband met zorginkoop?

Janneke: Het gaat om buitenland zorg.

Reactie: maar dat was een 'moet'. In Nederland kreeg ik die zorg niet.

CZ: lastig voor ons om goede afspraken te maken om dat ze anders werken.

Patiënt zit daar achteraf mee. Afdeling medische beoordeling krijgt de aanvraag. En zij nemen op basis van protocollen een besluit. Maar u zou zeker een reactie moeten krijgen met een reden waarom dit was. Code die bij vergoedingen staan.

Ik kreeg bij CZ ook geen uitleg over wat de codes betekenen.

Nog een vraag.

Ik ben belangenbehartiger van mensen met een verstandelijke beperking. Die mensen moeten opgenomen worden in een ziekenhuis. Hoe wordt daarmee omgegaan?

Nico: in het ziekenhuis maken we dat onderscheid niet. Het vraagt wel extra begeleiding. Daar voorzien we wel extra zorg. Voor de nazorg moet dan wel gekeken worden hoe daar dan die extra begeleiding ook kan.

Is daar door de zorgverzekeraar ook in voorzien? Conflict tussen WLZ en zorgverzekeringswet. Ook voor geriatrie. Bijvoorbeeld dat CZ en ziekenhuis overleggen of er qua financiering gekeken kan worden.

Ben bekend met medicatie. Maar nu elke keer bij elke uitgifte moet ik 8 euro per keer per medicijn betalen. Uitleverkosten zijn duurder dan het medicijn. Apotheek zegt: "We moeten die 3x dubbelchecken. Vandaar die kosten." Waarom niet 1x per jaar?

CZ: Waarom zijn die kosten zo?

GGZ deel van Zuyderland. Zit dat ook aan tafel?

Janneke: Nee. Daar mis je wel wat. Stigma ook groter, ook door personeel.

Nico: Dat komt allemaal bij mij aan tafel. En dan kijken we ook naar de volumes en naar wat we kunnen bieden. Ook bij GGZ hebben we personeelskrapte, te weinig psychiaters etc. Veel moeite om alle zorg rond te krijgen en er zijn wachtlijsten.

Zijn er andere langdurige overeenkomsten?

Er was er een met VGZ van 3 jaar. We hebben geen nieuwe meer kunnen afsluiten met de andere 9 zorgverzekeraars. Door corona geen duidelijk beeld van trends. Daarom nu gekozen voor jaarcontracten. Maar alle zorgverzekeraars zien wel dat dingen anders moeten. Dus er is wel verbinding.

Steeds meer verhalen over zelfstandig behandelklinieken met goede ervaringen. Drukt dat op ziekenhuis?

Ja, dat merken we. Zeker als er lange wachtlijsten zijn. Maar dat kan niet voor alle operaties. Soms huren we op een andere locatie een ruimte in. Dan is het wel onder regie van Zuyderland.

Planbare zorg gaat dus soms naar zelfstandige behandelklinieken als dit goed gedaan wordt. Maar ook voor de premiebetaler als dat goed gedaan wordt.

Zorgpolis- vrije keus. Opmerking: Teruggang dat dit minder keuze geworden is.

Kun je zorg plafonds loslaten totdat wachttijden weer regulier zijn, met name in de GGZ?

Na 4,5 jaar wachten heb ik nog steeds de zorg nog niet gekregen. Daarom frustratie. CZ reageert te weinig.

We weten vanuit Maastricht-Heuvelland dat gewerkt wordt met 1,5 lijnszorg. Is dat in de Mijnstreek ook?

Ja. We kijken naar de ketens, niet alleen naar Zuyderland. Moet alle zorg in het ziekenhuis of kan het veel beter ergens anders? Bijvoorbeeld rondom diabetes etc. Daar wordt zeker aan gewerkt.

We hebben het over de achterstandspositie ten opzichte van de rest van Nederland. Kunnen we van dat denken af gaan? Uit de slachtofferrol en naar wat willen we bereiken.

Financiën is niet het belangrijkste. Mensen weten vaak niet wat er allemaal is. Heel veel is digitaal: daar ben ik niet goed in. Ook daar zou meer medewerking voor mogen zijn. Wat je niet weet kun je niet vragen.

Janneke: Je moet koers varen op waar je naartoe wilt én zorg bieden om de achterstand in te halen.

Schuldhelpverlening 30% in Landgraaf. Per gemeente verschillend. Er zijn 27 regelingen om te ondersteunen. Zelf regelen lukt vaak niet. Brunssum heeft een folder gemaakt om te vertellen welke regelingen er zijn. Of leg je huishoudboekje neer om te laten kijken of je nog ergens gebruik van kunt maken. CZ heeft ook een programma rondom schulden. Want het eerste wat je niet betaalt, is de zorgverzekering. En binnen 3 jaar kom je vaak in de zorg terecht. Het is een probleem van de samenleving. In Den Haag hebben we project gedaan en het levert heel veel op voor gemeente en gezondheid.

Direct naar de huisarts met 2 professionals sociaal domein en zorg. Inventariseer triage met netwerk. Wat is er aan de hand en wat kunnen we doen? Hopelijk binnen komende jaren duidelijk wat de winst is.

Mensen in armoede, leven gemiddeld 7 jaar minder lang en ook met minder plezier en in minder goede gezondheid.

Positieve gezondheid is prima om in kaart te brengen wat speelt. Maar leer mensen ook gezond koken en eten.

Hoe koop je zorg in? Koop je voor een specialisme in, kun je dat overhevelen naar een andere specialist?

Nee, we kopen in voor een totaal. Plus we maken de afspraak dat als er bijzonderheden zijn, dat we dan opnieuw in overleg gaan. Dat hadden we in corona zeker nodig.

Hoe bepaal je welke diagnostiek wel/niet gedaan wordt? In de coronatijd konden artsen zeggen dat bepaalde MRI-scans toch niet nodig waren etc.

Reactie Nico: Er is een landelijke benchmark. Daaruit blijkt of er overdiagnostiek is. Dat is een leerproces. En we moeten ook samen leren dat je niet aan alle vragen kunt voldoen.

Hoeveel zorg vanuit CZ zit in Duitsland en België?

5% uit de regio. Uitwijken naar buitenlandse ziekenhuizen wordt in scenario's meegenomen.

Samenvatten nieuwe inzichten met eigen groep:

- CZ financieel goede partner kan worden, niet alleen voor ziekenhuis maar ook voor de bevolking zelf via huisartsenpraktijk etc voor betere levensstijl. (Maaltijd op school etc).
- CZ werkt samen met VGZ.
- Zelfstandige behandelklinieken, wat betekent dat voor de toekomst van Zuyderland en andere ziekenhuizen. Volume ziekenhuis neemt af; dus het heeft invloed.
- Toekomstgericht. Kosten hoger. Burgers financieel betrekken is moeilijk. Maar maak ze bewust waar de kosten voor zijn. Ben transparant en geef informatie en uitleg. Maak

makkelijker dat je ook aan codes ziet wat het was. Ook het tijdspad moet korter. Soms krijg je pas na een jaar de rekening.

- Onderlinge afspraken met meerjarenplan tussen CZ en Zuyderland.
- CZ en Zuyderland verliezen geld voor de maatschappij als mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Heeft gevolgen voor de maatschappij.
- Zie de mens achter de doelen. Zijn onze doelen ook de doelen van de cliënt? Wordt hij daar beter van? Achterstand inhalen door het doorbreken van bestaande patronen. En ondersteuning geven bij de verandering die je moet doormaken.
- Inzicht in inkoop van de zorg.
- Productie capaciteit benutten die er is en nu niet wordt aangesproken. Plafonds loslaten om erger te voorkomen. Niet alleen bij fysiek maar ook GGZ.

Belangrijkste 3 dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Langdurige samenwerking CZ en ziekenhuis van 10 jaar is er. Weinig problemen met omzet plafonds. Dit geeft zekerheid en duidelijkheid.
2. Ondersteuning in nazorg, preventie, leefstijl verandering. CZ doet meer dan we dachten. We willen graag meer inzicht in wat ze doen, en bij voorkeur niet alles digitaal.
3. Transparantie in kosten, waar gaat geld naar toe, waarvoor krijg ik vergoedingen. Vaak komen rekeningen pas na een jaar binnen, je hebt dan geen overzicht.
4. Goede gezonde samenwerking tussen zorgverzekeraar en aanbieder. Die is in balans. Wederzijds respect en vertrouwen.
5. Er wordt gekeken naar ligdagen en die proberen te voorkomen waar dat kan. Met goed kijken naar hoe nazorg dan geregeld is. Daar moet wellicht nog meer aandacht voor zijn.
6. CZ en Zuyderland weten dat we als burgers meer transparantie en duidelijkheid van de zorgverzekeraar en ziekenhuis wensen. Wat betaal ik waarvoor en hoe is dat opgebouwd.

Nu we deze informatie hebben zijn dit mogelijke richtingen...

- Meer vakmensen rechten geven om verwijzing te doen.
- Kostenbesparing in medicatie / uitgifte.
- Snelle zorgverlening.

Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheid verder uitzoeken...

- Wat zijn voordelen van zelfstandige behandelklinieken ten opzichte van ziekenhuis?
- Informatie voor iedereen toegankelijk.
- Wat levert het meerjarenplan op? Wat zijn de voor- en nadelen van de lange termijn planning samenwerking CZ en Zuyderland?
- Zou CZ het personeel van Zuyderland kortingen kunnen geven. Als binding van personeel?
- Is het mogelijk om minder vaak uit te leveren van medicatie? Zodat er minder uitleverkosten zijn?
- Hoe langdurige zorg en tweedelijnszorg vergoeden? WLZ zorgverzekeringswet.

Zaal 7. Vervoer.

Helaas is deze sessie komen te vervallen in verband met familieomstandigheden van de expert. Deze wordt op een ander moment ingehaald.

3. Samenwerking in de zorg(keten)

Zaal 8.

Experts:

- **Léon Lemmens**, KBO Geleen en initiatiefnemer 1 sociale kaart. Lid Wmo adviescommissie Sittard-Geleen. In het verleden ook vrijwilliger geweest met betrekking tot vervoer.
- **Inge Jochem**, ketenregisseur ouderenzorg en hulp bij dementie.

Hoe kan er beter worden samengewerkt tussen professionals en met patiënten?

- Hoe worden gegevens uitgewisseld, ook met de privacy in het achterhoofd?
 - o AVG=privacy (eenmalig toestemming geven)
 - o Digitale gegevensuitwisseling is een issue. Verre van optimaal. Nu veel commerciële partijen. Overheid dient regie te nemen.
 - o Ben zelf als patiënt drager van je wensen
- Hoe kan een sociale kaart helpen?
 - o Kerkrade Helphulp, sociale kaart Geleen-Zuid & De Kluis. Vanuit de hulpvraag en vanuit burgers opgesteld.
 - o Elke gemeente heeft een eigen sociale kaart. Periodiek updaten.
 - o Kerkrade betrokken wethouder.
 - o Seniorenwijzer achterhaald. Format per gemeente te gebruiken. Naast format ook wegwijzer.
 - o Onafhankelijk cliëntondersteuner belangrijk.
 - o Meedenker + een jonge meedenker.
 - o Kinderen komen in actie wanneer iets gebeurt met senior en die weten niet wat mogelijk is.
 - o Gemeente Brunssum verspreidt boekje Helphulp en wordt gedragen door de wethouders. 350 mensen gebruiken sociale kaart Geleen-Zuid & De Kluis.
- Hoe kunnen patiënt en naasten ondersteund worden?
 - o Digitaalvaardig neemt af als je dement wordt.
 - o Digitale mogelijkheden: bewaken van mijn hart. Rustgevend gevoel toch gebruik van maken/ontzorgen waarvoor geen digitale vaardigheden nodig zijn van een patiënt zelf.
 - o Delen codes met mantelzorgers.
 - o Nadenken over het overlijden en delen met elkaar.

Voorbeeld: opgenomen in Heerlen en verwachte zorg nodig te hebben in Sittard-Geleen. Na diagnostiek toch zorg nodig in Heerlen. Is dit goede zorg die we voor ogen hadden?

Belangrijkste 3 dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Opletten op de alleenstaande ouder.
2. Denk aan vangnet van (in)formele zorg in relatie tot de ketenzorg.
3. Solidariteit/ Community care: We denken dat voor ons gezorgd moet worden, maar we moeten voor ons zelf zorgen en meer naar elkaar omkijken.
4. Digitale vaardigheden(=hulpmiddel) okay, maar hoe ver wat digitaal en wanneer menselijk kracht. Zeker automatiseren, zodat personele schaarste kan worden opgelost. Handig hulpmiddel voor iedereen, ook doorgeven via-via.
5. Verschillende financiering in de keten.

Nu we deze informatie hebben zijn dit mogelijke richtingen...

Sessie gaf wel inzage, maar onvoldoende stof om het over de gehele keten te hebben. Als we het over ketenzorg hebben, denk dan aan: uitleg WMO, belichting zorg vanuit huisartsen samen met ziekenhuis. Ketenzorg uitbreiden met Maastricht UMC+ gezien de samenwerking.

Relatie informele hulpverlener (steeds belangrijker) en formele professionals bevorderen. Informele zorg wordt door professionals niet altijd op waarde geschat of betrokken. Denk aan Knooppunt informele zorg. Meer mogelijkheden inventariseren om plaatselijk/ lokale informele zorg te ontwikkelen en gedeelde belangstelling te activeren.

Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheid verder uitzoeken...

Hoe brengt ons dit tot goede besluitvorming?

- Volgende keer aanvliegen vanuit: casuïstiek/persona's. Bijvoorbeeld: na ontslag ziekenhuis wat wordt dan ingeregeld om "thuis" zorg te krijgen in de lijn met "Beste zorg zo thuis mogelijk":
 - o Transferpunt: overzicht capaciteiten (Westelijke Mijnstreek en Oostelijke Mijnstreek): hiaten plek
 - o Ontslagbrief
 - o Warme overdracht: telefoontje tussen professionals
- Kortom, aan de hand van goede voorbeelden de dialoog nog een keer aangaan met burgers. Die helpen om een beeld te krijgen en eventueel daarna advies te geven.
- Kennis delen: Ouderen in klasje zetten: om na te denken over hoe kun je zorg organiseren, zodat ze stof hebben om over na te denken.
- Waar lopen de experts tegen aan in de ketenzorg?
- Waar is jeugdzorg?
- Waar is de vertegenwoordiging van niet-Nederlandse afkomst?

4. Gezondheid en geluk

Zaal 9.

Pitches van de experts:

Hans Peter Jung, huisarts

- Vliegtuig uit de tweede wereldoorlog. Kogelgaten: neergestorte vliegtuigen i.p.v. terugkomende vliegtuigen. In de zorg worden te veel brandjes geblust en kogelgaten gedicht in plaats van de grote problemen structureel op te lossen.
- Taxi. De eerste vraag hoort te zijn: waar wil je naartoe? In de zorg is het meestal: waar wil je vanaf? De meeste huisartsen onderbreken hun cliënten na 11 seconden. Onderzoek laat zien dat je na 2 minuten luisteren pas het echte verhaal te horen krijgt. Het verhaal ACHTER het verhaal.
- Foto van 3 mensen uit Tanzania. Jagers en verzamelaars. Experiment in overleven in een onbekende omgeving. Survival patroon zichtbaar in het beweegpatroon dat toegepast wordt om te overleven. Gun jezelf de tijd om te zien of je zelf dingen kunt oplossen in plaats van zo snel mogelijk de pijn te willen weghalen.
- Porseleinen bord, Japan 16^e eeuw. Kintsuki stijl. Iets gebroken wordt met goud gemaakt om de fouten te markeren. Alle dieptepunten maken je sterk, mooi en uniek. Ongeluk kan in geluk veranderen. Geef de ellende in je leven een plekje en dan kom je erachter dat je hier meer uit kunt halen dan je ooit had kunnen bedenken.

Freya Pijnenborg is oefentherapeut en gezondheidswetenschapper

- Inspiratie vanuit vader die in 1990 zorgcoöperatie Hoogeloon oprichtte (dorp in Brabant).
 - o Voor inwoners die tot hun dood alles zelf thuis en vertrouwd willen regelen
 - o De kracht van samen iets willen, is het sterkst
 - o Hoe kan ik de patiënt de touwtjes weer in eigen handen geven?
- VKKL (Vereniging kleine kernen Limburg)
 - o VKKL is opgericht om initiatieven van bewoners te ondersteunen ter behoud of verbetering van de vitaliteit van dorpen en buurten in Limburg.

- o Meer dan 500 burgerinitiatieven vallen onder VKKL. Veel enthousiasme voor en in initiatieven, verbinding met de systeemwereld is vaak nog lastig
- o Ik wil iets doen aan de leefbaarheid (van de zorg) in mijn dorp of mijn wijk
- Het belang van elkaars taal leren spreken

Jolanda Mikic is senior beweegmakelaar in Vaals sinds 2012.

- Aansluiten bij de leefwereld van burgers
 - o De hele breedte van het woord “mens” wordt in beweging gezet.
- Gesprek aangaan met de mensen en naar hun verhalen luisteren.
 - o Als je goed genoeg luistert, krijg je het verhaal achter het verhaal te horen.
 - o Dan kun je de juiste zorg geven die aansluit bij de echte zorgvraag.
 - o Welke mensen liggen er nog meer wakker met de gedachte: hoe gaat het met deze persoon?
- Wat kunnen we samen met de vragende burger doen om de juiste zorgvraag op te pakken?
 - o Ik beweeg wet en aanbod vrij; tussen de lijntjes door, om de wetten heen, in de kleine gaatjes, etc. Zonder protocollen, alles hoe het nodig is en past.
 - o Uit registratie blijkt: iedere euro die in mij gestoken werd, leverde 3 euro aan besparingen op.
- Heeft op het niveau van de gemeentes zodanig effect gehad dat hier gezegd werd: hier moet iets mee gedaan worden.
- Minder praten, meer doen.
 - o Netwerk gezond leven
 - o We praten niet OVER de burger, maar MET de burger.

Vragen, opmerkingen en discussie uit de sessies:

Belangrijk om mee te nemen dat niet iedereen die de zorg hard nodig heeft, zelf voor de zorg kan regelen.

- De gemeenschap wil als burgers samen regelen dat er zorg komt. Vraaggericht in plaats van aanbodgericht.
- Wat heb je van mij als zorgprofessional nodig om dit zo vol te houden? (Want jullie zijn zo goed bezig samen als gezin)

Hoe kom je in contact met zorgmijders?

- Sluit je aan bij de directe omgeving zoals burens, kinderen, mogelijke thuiszorg.
- Ga in op de signalen van deze mensen uit de omgeving.
- Kom samen met een burgerlijke BOA
- Laagdrempelig ga je op zoek naar een ingang.
- Ingaande opmerking: de zorg is de oorzaak van het ontstaan van een zorgmijders
 - o Intimiderend gedrag, bemoeien met zaken die hun niks aangaan, vinden dat ze recht hebben op dingen waar anderen hun privacy in willen.
 - o Dit vinden anderen een grijs gebied. Dit is namelijk niet voor iedereen het geval.

Wat kunnen we samen met de vragende burger doen om de juiste zorgvraag te behandelen?

- Jolanda geeft aan: ik beweeg wet en aanbod vrij en doe hoe het nodig is en past.

Waar ben je het meest trots op?

- Freya: 20 jaar geleden, er moet iets gaan veranderen, het moet anders. Maar hoe? Durf het uit te spreken! Dat is de enige.
- Vroeger werd je de deur uit gewezen als je vroeg voor samenwerking, tegenwoordig wordt er geluisterd.
- Hans Peter: er is 1 miljoen euro gedoneerd voor en daarna uitgegeven aan mensen met beperkingen en kwetsbaren nadat mijn dochter is overleden. Zij had verstandelijke en lichamelijke beperkingen. Het is heel knap dat een jong kind in zo'n kwetsbare staat zo veel kan bereiken.

- Jolanda: het gemeentelijk apparaat denkt ondertussen als mens. Als burger geef je antwoord op een vraag en ben je niet 24/7 een ambtelijk secretaris. Nu moet hier nog een stap in gemaakt worden richting de zorg.

Zichtbaar is dat de gemeente meer bewust is dat de informele zorg meer ingegeven is door bezuinigingen en tekorten. Dit is ook belangrijk om vanuit de basis iets op te starten en deze klik is eindelijk gemaakt bij de gemeentes.

WMO is gekomen omdat de gemeentes het allemaal zelf moesten regelen, maar hoeveel beweegmakelaars zijn er dan in zo'n gemeente en hoe bereik je iedereen?

- In een bepaald deel van een stad voel je je thuis, niet in een hele gemeente. Hierom is het lastig om per persoon gericht zorg kunt geven.
- Daarom is het van belang dat je elkaars taal gaat spreken.
- Iedere situatie is anders en je kunt niet meer dan je best doen
- We spreiden informatie via het netwerk: hier is een mail, telefoonnummer en praatpalen om contact op te nemen met de organisaties.

Vraag aan experts: zien jullie je ideeën die gebaseerd zijn op een positief mensbeeld ook terug in het zorgstelsel?

- Zorg hoort er gewoon te zijn, onafhankelijk van waar en hoe je woont.
- Vanuit een voorbeeld: feitelijk moeten mensen te lang wachten op een gerenoveerd huis, waardoor ze ziek kunnen worden. Eigenlijk zou het huis dus eerder gerenoveerd worden, maar er is geen geld voor zowel de renovatie als de zorg.
- Hoe zien de mensen dit? Waar ligt dan de nadruk?
 - o Meer geld naar zorg, maar dus geen renovatie.
 - o Minder geld naar de zorg en dus renoveren waardoor deze mensen mogelijk minder ziek worden.

Belang van sociale cohesie moet meer aandacht krijgen.

- Iedere maatschappij heeft een 'breaking point'.
 - o Je maakt de gemeente groter om alles te kunnen regelen, maar mensen voelen zich onveilig in te grote groepen.
 - Je maakt geen verbindingen meer.
 - Zorg en ondersteuning kan ook allemaal kleinschaliger en dichter bij waar mensen wonen georganiseerd worden. En niet alles hoeft naar de grootste huisartsen te gaan, denk aan HOED → Huisartsen Onder Een Dak.
 - o Als je een gemeenschap hebt in je straat, heb je veel uitgebreide organisaties al niet meer nodig.
 - o Wat je nodig hebt is koffie. En ontmoetingsplekken (en dat mogen ook bankjes in de buurt zijn)
 - Elkaar ontmoeten, bij elkaar zitten, luisteren en koffie of thee drinken.

Proactief als burger nadenken over de toekomst (bijvoorbeeld qua wonen of gewenste ondersteuning) is belangrijk, maar ook lastig. Dan kan het zomaar te laat zijn:

- Van je familiehuis naar een kleine gelijkvloerse woning verhuizen voor ze niet meer veilig de trap op kunnen.
- Mensen geloven dat het heel lang goed genoeg gaat, tot het opeens omslaat.
- Niet iedereen kan van een grote woning naar een kleine woning.
 - o Hier zit een heel proces aan vast en wordt vaak pas doorlopen zodra het te laat is.

"Er wordt wel voor me gezorgd..."

- Nee, je moet ook voor jezelf zorgen!
 - o Zelfregie en zelfredzaamheid blijven altijd belangrijk en kun je niet zonder.
- Dit is de manier waarop veel mensen pas te laat de zorg krijgen die ze al lang nodig hadden.

De beste ideeën ontstaan op de achterkant van een bierviltje.

- Als je strak en theoretisch om een tafel gaat zitten, worden je ideeën niet haalbaar of nooit uitgevoerd.
- Zodra er dus een idee komt, plant dit zaadje dan en laat het ook oprecht groeien.
 - o Doe er ook iets mee.
- Het begint bij ons als burgers.
 - o Hoe kunnen wij ons gedrag zodanig veranderen dat we niet meer alleen consument zijn?
 - o Soms heb je hier een steuntje in de rug voor nodig.
 - o De eerste stap is vaak de moeilijkste.
 - o In Noord-Limburg is het plan om 1% van zorgbudget te alloceren voor burgers die een steuntje in de rug kunnen gebruiken.
 - o Ook voor bewonersinitiatieven geldt: durft 'de systeemwereld' die ruimte aan burgers te geven? Geef die initiatieven vertrouwen!

De menselijke maat zou terug moeten komen om gedrag aan te sturen of aan te passen.

“De beste manier om mensen samen te laten werken aan een oplossing is als je ze een gezamenlijk probleem ervaren.”

- Dit zal op dorpsniveau allemaal goed werken, maar werkt dit ook op een groter niveau zoals in Parkstad?

Belangrijkste dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Belang van laagdrempelige tussenvoorzieningen (als 'buffer' richting 2^e en 3^e lijn) waarin vragen / problemen breed opgepakt kunnen worden. In Mijnstreek hebben we Pluspraktijken die hier een goede basis voor kunnen vormen.
2. Respecteer en bevorder eigen regie van burgers. Eigen regie centra kunnen hier wellicht rol in spelen.
3. Er moet een 10-jarenplan komen met aandacht voor wat burgers aangeven nodig te hebben en hier moet ook oprecht iets mee gedaan worden. Ga er niet vanuit dat het wel gedaan wordt, doe het zelf!
4. Zelfredzame buurten ontstaan niet spontaan.
5. De sociaal-maatschappelijke kant van zorg en ondersteuning moet meer aandacht krijgen.
6. De menselijke maat moet weer meer aandacht krijgen. Dat bevordert de cohesie tussen mensen en maakt ondersteuning beter mogelijk.
7. Elkaar ontmoeten is belangrijk. Dat kunnen wij (burgers) ook zelf organiseren, denk bijvoorbeeld aan maandelijkse thema-avonden.
8. Geef vertrouwen aan initiatieven die burgers zelf nemen.

5. Zorgpersoneel

Zaal 10.

Experts:

- **Ron Meyer**, directeur van Nationaal Programma Heerlen-Noord
- **Barry Braeken**, woningcoöperatie.

De experts geven aan dat het voelt alsof we een bepaalde kant opgaan. Dat er een kader ligt. Ik hoop dat het echt helemaal open is; dat er geen toekomstscenario's op tafel liggen.

Wat is de situatie nu echt en wat is het kader? Waar is nu de gemeente of waar is de burgemeester? Het is goed dat wij met elkaar praten.

Twee dingen zijn interessant:

- Er wordt gezegd dat we er vandaag zijn ongeacht petitie en bijeenkomst. Daarom zijn we er juist wel. Anders was dit niet zo gelopen.
- Het is niet interessant met wie je allemaal spreekt als uiteindelijk een aantal mensen een beslissing nemen. Wie bepaalt er? Waarom zitten gemeenten en burgemeesters niet aan (de Regie)tafel? Laat bijvoorbeeld de burgemeester van Heerlen en van Sittard-Geleen aansluiten.

Het is heel veel praten en ophalen maar uiteindelijk draait het maar om 1 vraag. Wat komt er straks op tafel en wie heeft daar de regie over gehad? Wat gaat Lea opleveren? Een rapport? Een PowerPoint? Een mondelinge terugkoppeling?

Burger: Dat is niet belangrijk voor mij. We doen het samen. Niet wij leggen jullie op hoe jullie het moeten doen. Je kunt de zorg zo niet volhouden. Wij willen heel graag nadenken over mogelijke oplossingen, scenario's voor het probleem.

Er is een probleem? We kunnen pas echt meedenken als het ziekenhuis aangeeft wat het echte probleem is. Personeelstekort is mij gewoon te vaag. Het is mij niet duidelijk wat het echte probleem is.

Burger: Ja maar ik heb een probleem. Ik wil gezond leven en een gezonde omgeving hebben. Hoe kunnen we dat bereiken? Medezeggenschap vind ik een van de belangrijkste dingen. Wij hebben geen cultuur dat we samen dingen doen. We zijn dat nog aan het leren en dit is een mooi voorbeeld van hoe je dat anders kunt doen.

Burger: Ik ben oorspronkelijk gekomen door de problematiek rondom het ziekenhuis Heerlen. Sinds de eerste praat mee tafel heb ik de indruk dat er wordt gestuurd. Ik heb het gevoel dat er een oververtegenwoordiging van gezondheidsmedewerkers in de sessies zitten. Hoe is de oorspronkelijke selectie tot stand gekomen van die 150 mensen? Zorgverleners zijn ook burgers in deze regio.

Wat is het probleem?

Moeilijk om het probleem op te lossen als ik niet precies weet wat het probleem is. Oorspronkelijk gestart met probleem van locatie Heerlen. Toen heel breed getrokken en ging het over de gezondheid van de hele regio. Het klinkt nu alsof het enige probleem het tekort aan gespecialiseerde mensen op de SEH, IC en OK is. Laten we dan kijken hoe we dat oplossen. Moeten wij hier alle problemen oplossen voor het hele land?

Wat is de sociale cohesie? Hoe krijg je weer in de samenleving? Hoe krijgen we weer een samenvorming tot stand? Dat is het belangrijkste. Dat speelt overal. Dat je je buurman weer vertrouwt.

Personeelstekort oplossingen

Als woningtekort een thema is, kunnen de woningcorporaties daar iets in betekenen. Wij kunnen onderdeel van de oplossing zijn en dat willen we ook graag. Als het nodig is om woningen te bouwen. Wij mogen ook middenbouw bouwen en in de markt zetten. Partners in de regio kunnen hierin samenwerken. Kunnen ook een passend aanbod doen voor werk voor de partner. Alle partijen willen meedenken. Ook in de Alliantie. Wat is er nodig? Woningen? Baan voor de partner? Personeel moeten we niet alleen halen maar ook houden.

In hoeverre is Zuyderland geïnteresseerd in het open houden van locatie Heerlen als je niet in contact bent met woningcorporaties? In voorzien van woonruimten voor personeel.

Preventie

Je moet investeren in het voorkomen dat zorg überhaupt nodig is. Dat duurt minstens 25 jaar. Dat lossen we dus niet zomaar op. Daar hebben we een hele generatie voor nodig. Als we al geloven dat preventie de oplossing is, en dat geloof ik ook, dan betekent dat niet dat je nu al alle voorzieningen moet afschaffen. Zelfsturende auto's wordt in de toekomst de norm, maar dat betekent niet dat je nu alle autorij scholen moet sluiten.

Vastgoedinvestering

Grote investering nu terwijl we dat in de toekomst misschien niet meer nodig hebben. Aan de voorkant slim nadenken over vastgoed en lange termijn afspraken met bijvoorbeeld woningcorporaties. Investeer voor 50 jaar en zorg daarin voor flexibiliteit. Vastgoed bijvoorbeeld kunnen ombouwen na 25 jaar naar woningen. Als we kunnen helpen om een vastgoedinvestering te maken.

Problematiek

Terreur van zzp'ers die alle dagdiensten kapen. Dit is een werkklimaat waarin mensen het niet lang vol houden. Pak dat ook vooral aan.

Probleem weer kleiner maken

Goede basis neerzetten met focus op het ziekenhuis / de ziekenhuiszorg. Je moet eerst weten wat je basis is. Wat is het echte probleem. Focus van dit proces wordt nu steeds breder.

Door de grootte van het ziekenhuis is het niet meer te betalen. Organisatie is te groot geworden. Misschien terug naar kleine plekken in de wijken?

We zijn nu bezig over ketenzorg etc. het ziekenhuis staat op de achtergrond.

Om zorg in de wijk te veranderen en zorg in de wijk te krijgen hebben we dik 20 jaar nodig. Misschien de grens over? In Franstalig België zijn er geen problemen. Ziekenhuis in Luik heeft geen personeelstekort en de salarissen zijn lager.

Kunnen we alle personeel echt in dienst nemen van het ziekenhuis in plaats van in maatschappen?

Wat is het ons waard om dat personeelstekort op te lossen? We moeten tot het uiterste gaan daarin. Het gaat om de afstanden. Wat als mensen zorg gaan mijden omdat de afstand te groot is? Ik ben klaar met het denken in Excels en spreadsheets. Dat als het daar niet klopt, het dus niet kan. Het wegvallen van een ziekenhuis doet veel met de regio. De aantrekkelijkheid. Doet veel met het zelfbeeld.

Voorbeeld: intrinsiek gemotiveerde docenten. Als je steeds in elkaar wordt geslagen en je auto bekrast dan verlies je intrinsieke motivatie.

Dat we zorgverleners niet kunnen trekken, dat kan gewoon niet waar zijn. Het is onacceptabel om te zeggen als we zo veel geld bieden komen we niet. Het moet van tafel dat het niet kan. Er is altijd een alternatief. Wij zijn geen stinkhol. Wij zijn het mooiste gebied van Nederland

Philips 2.0 Staatsmijn 2.0

Wij kennen extreme achterstanden. Laaggeletterdheid. Minder inkomen. Lagere levensverwachting. Wij zijn daarmee aan de slag. Geloven in preventie. Organisaties die verder kijken, ook naar volgende generaties. Je verantwoordelijk voelen voor de hele gemeenschap. We willen de kaders oprekken.

Bedrijven die met een collectief belang samenwerken. Iedereen wil samenwerken. De kern is dat iedereen ook een institutioneel belang heeft. Daarom vind ik het ook belangrijk dat de gemeente aan de Regietafel zit. We zullen in onze samenleving steeds

meer van dit soort vraagstellingen tegenkomen. Laten wij het tij keren met de kracht van de werkgevers van toen.

Schaarse goederen zijn kostbaar. Het krijgt niet meer status of waardering. Als onze regio aantrekkelijker moet worden. Wij hebben brede schouders. Ook voor de hele gemeenschap. Gebruik de alliantie.

Oplissing in de wijk

Zijn jullie ook in de wijken nadrukkelijk aan de slag met deze problemen? Ook met onderwijs arbeidspotentieel uit de wijken halen. Daar is durf en creativiteit voor nodig.

Waar zit het probleem. Niet in de instroom maar een groot deel valt na 2 jaar weer uit. Kun je daar iets doen? Is salaris de echte oplossing? Mensen wennen aan salaris. De echte inhoud van het werk.

Je begint met een bepaalde verwachting met werken. Als dat niet meer aan voldoet. Stel het gaat over administratielast. Nu alles tot 6 cijfers achter de komma. Dat beïnvloedt het werkplezier. Het is doorgeschoten.

Er zijn zo veel meer aspecten die een rol spelen en dat hoor ik hier terug.

Preventie was vroeger een vies woord. Kerkrade heeft VIE, gezonde basisschool. In Heerlen-Noord echt focus op de nieuwe generaties. We zien hier een extreme concentratie van armoede. Wij zijn een inhaalrace aan het maken. Je kunt niet nu zeggen we schalen voorzieningen af omdat we voor preventie gaan. Dat helpt ons niet. We moeten aan de lange termijn denken. Zuyderland moet niet een stap terug zetten maar juist aangeven wij gaan deze mensen helpen. Preventie is kwestie van lange adem.

Rijksoverheid

Gebruik ook de Rijksoverheid. Die zien ook wat hier mis is in de regio. Er springen 2 regio's echt uit, daar zijn wij er 1 van. Als je de kaders wilt doorbreken, moet je ook de overheid betrekken. Misschien moeten we zorgen dat we van die SEH-artsen een echte elite troepen maken. Hier gaat het gebeuren op jullie vak. Spreek de intrinsieke motivatie aan. We moeten van onze zwakte onze kracht maken.

Cijfers

Plaats de cijfers in de context. 25% van de patiënten verplaatst zich al. Zijn dit de rijksten? Of de armste? Hoe zijn de ontwikkelingen in de komende jaren. Misschien komt er inderdaad langzaam een lawine op ons af. Maar ik hoop dat we nog de tijd hebben om het tij te keren. Het moet en-en zijn.

Definitie

Er is een definitie issue. Als het gaat over de keten dacht ik aan het sociale geheel. Ik kwam er in de sessie hiervoor achter dat ketenzorg echt iets anders is.

Mentaliteit

Mentaliteit van de mensen. Wij durven ons niet uit te spreken of wij zijn wat zachter. Dat is niet waar! We zijn 2 generaties verder. Laat dat stuk achter. We moeten niet meegaan in het verhaal van die mentaliteit. Juist gezien dat rondom dit thema juist veel energie vrijkomt.

Grote groep heeft geen netwerk en sociaal vangnet. Een SEH verplaatsen is stress verhogend. Dat gaat echt leiden tot problemen voor mensen die van dag tot dag in armoede leven.

Zorg naar huis

Goede infrastructuur is noodzakelijk. Je hebt een punt nodig in de wijk.

Je kunt niet alles naar de wijken brengen als het daar niet op orde is. Alles wat je doet, moet je structureel doen. Dit moet je ook voor 25 jaar blijven doen. Vallen en opstaan.

Samenvatten nieuwe inzichten met eigen groep:

- Het vraagstuk van dit proces gaat over ziekenhuiszorg. Dat moet weer op de voorgrond komen. Het vraagstuk wordt nu veel te groot gemaakt.
- We kenne het probleem niet (precies): wat zijn de kengetallen, wat is het echte probleem?
- Het proces is niet transparant:
 - o Wie zit waarom aan de Regietafel?
 - o Waarom zitten de gemeenten en burgemeesters niet aan tafel?
 - o Waarom is de Alliantie niet gevraagd?
- Neem contact op met Barry Braeken! Hij kan meedenken over oplossingen in woningen, banen, oplossingen voor partners en verder.
- Werk samen met anderen en leer van andere regio's. Er lopen bijvoorbeeld 41 mensen van Meander in een wijk: dat zijn de perfecte ogen en oren. Zij komen achter de voordeur en kunnen een signalerende rol hebben. Ziekenhuizen van CSU, CSR, Luik
- Wij zijn geen stinkhol! Wij zijn het mooiste gebied van Nederland. We moeten af van die mentaliteit en het anders gaan framen.
- We moeten de gemeenschap versterken. We hebben organisaties en mensen nodig die ook naar volgende generaties kijken, vanuit het collectief belang werken. De kracht van Philips en de Staatsmijnen naar de huidige tijd trekken.
- Er is altijd een alternatief: we moeten alleen de omstandigheden daarvoor creëren.
- Dit is een on-Hollandse situatie. Dat vraagt ook om een on-Hollandse/ Limburgse oplossing! Je moet out-of the box denken.
- Preventie is belangrijk, maar duurt een generatie. Laat vooral de korte termijn niet los.

Zaal 11 & 12.

Experts

- **Maurice Jongen**, MKB Limburg
- **Jacqueline Sluijsmans**, Het Potentieel pakken. Ze ondersteunt organisaties om hun medewerkers passende contracten en gezonde roosters te geven.
- **Jaap Kappert**, verpleegkundig specialist en bestuurslid VNVN, over wat mensen zelf en samen kunnen in tijden van schaarste

Arbeidsmarkt migratie

- Arbeidsmarkt migratie wordt op dit moment genegeerd op landelijk niveau en blijft nu nog beperkt tot kleinschalige projecten.
 - o In andere sectoren wordt beter ingespeeld op hoge werkloosheid van jongeren bijvoorbeeld in Spanje. In deze sectoren worden deze jongeren geworven om in Nederland te komen werken.

Deeltijdwerken

- Inzicht expert : Nederland heeft een hoog percentage deeltijdwerkers, met 4 op de 10 personen die deeltijd werkt, waarbij het gemiddelde arbeidscontract 24 uur bedraagt.
- Inzicht expert: Wat staat er tegenover om mensen meer te laten werken?
- Het is noodzaak om in dialoog te gaan om mensen te stimuleren om meer te werken. 4 op de 10 staan er positief tegenover om meer te werken.
- Gesprekken vinden plaats in het team (in groepsverband) om tot een gewenste uitkomst te komen, om te voorkomen dat mensen zich achtergesteld voelen of er scheefgroei plaats vindt.

Functiedifferentiatie

- Functiedifferentiatie toepassen waardoor zorgverleners echt kunnen doen waar ze goed in zijn
 - o Inzicht expert: Neem hierin mee wat goede arbeid is. Routine, nadenken over moeilijke taken, denken over hoe dingen zouden moeten zijn

Generatie verschillen en werkethiek

- Generatieverschillen: jongeren willen veel minder werken, en op andere uren werken
 - o Werkethiek en passie is veranderd.
 - o Jongeren hebben de passie wel, maar het salaris valt tegen voor jongeren → teleurstelling – sneller geneigd om het beroep te verlaten.
 - o Inzicht expert: Opbrengst is ook laag in de vorm van waardering – mensen branden daardoor ook snel op.

Personeelsbehoud en werving

- Inzicht expert: Achterdeur dichthouden is belangrijk en het verzuim managen.
- Inzicht expert: Kopje koffie gesprek is effectief – hoe gaat het met jou? En hoe gaat het met ons? 10 minuten (inchecken)
- Contactmomenten zijn nu vaak pas op het moment dat er een gat is gevallen in het rooster.
- Goed leiderschap is ontzettend belangrijk.
- Vertrouwen in professionals – minder verantwoording
 - o Inzicht expert: Laat de professional professional zijn – laat ze alles doen waartoe ze zijn opgeleid zonder de nodige goedkeuringen en bureaucratie.
- Inzicht expert: Samenwerking buiten de keten – ook al wil iemand maar 2-3 uur werken.
- Ook mensen niet afstraffen (belastingtechnisch) die meer dan 40 uur willen werken.
- Mensen die parttime werken vragen om 2-4 uur meer te gaan werken
 - o Dit gaat soms niet omdat zorgmedewerker vaak zelf mantelzorger is
 - Laat medewerkers thuiswerken in het verpleeghuis van hun ouders bijvoorbeeld

Opleidingsdrempel

- Moeite om binnen te komen in de zorg door opleidingsdrempel.
 - o De kracht van levenservaring moeten we niet onderschatten: daar kan geen opleiding tegenop.
 - o Groepen zonder zorgdiploma kunnen wel degelijk ingevoegd worden, mogelijk door het bieden van gerichte training en bijscholing.
 - o Focus op welzijn/ preventie.
 - o Een landelijke aanpak is nodig om de opleidingsdrempel te verlagen en meer mensen in de zorg te krijgen.
 - o Actief werven van mensen zoals in de tijd van de mijnen – mensen werden een huis geboden etc. Hoe kunnen we het aantrekkelijk maken om mensen naar het Zuiden te laten komen?
 - o Functiedifferentiatie kan helpen om verschillende vaardigheden en ervaringen binnen de zorgsector te benutten.
 - o Het vroegtijdig laten meelopen van jongeren kan hun interesse in de zorg vergroten en hen helpen om een beter beeld te krijgen van het beroep.

Behouden van het huidige personeel

- Behouden van het huidige personeel en ook mensen die al uit het beroep zijn zoals gepensioneerden.
- Waarom worden er geen exitgesprekken gevoerd?
- Er wordt van medewerkers heel veel gevraagd (flexibiliteit).
- Er wordt geen rekening gehouden met kwaaltjes en ouder worden (levensfasen).
- Er is geregeld sprake van slecht leiderschap zonder zorgervaring.

- Personeel vertrekt o.a. door lateralisatie, het tussen locaties moeten switchen, medewerkers zonder auto die veel reistijd hebben.

Andere overwegingen en oplossingen

- Er moeten simpele oplossingen worden overwogen en geïmplementeerd om werkomstandigheden te verbeteren (laaghangend fruit).
- Beloning SEH-arts krijgt minder betaald – waarom kijken we daar niet naar? Inzicht expert: Zoals bijvoorbeeld alle artsen in loondienst
- Coschappen worden niet betaald – worden veel uren gemaakt → wordt al opgelost
- Meer werken (vraag gesteld)
 - o Kunnen we bijvoorbeeld een dag langer werken?
- Inzicht expert: Samenwerken met het ziekenhuis in Aachen – samenwerking op het gebied van personeel over de grens
 - o Het is lastig van tevoren te bepalen van wat je netto overhoud – verschil in salaris
 - o Een Duitser die in Nederland gaat werken gaat er in salaris op vooruit. MKB is met een onderzoek bezig over hoe kun je nu op een makkelijke manier een tool ontwikkelen dat inzicht geeft in wat de impact is op je inkomen.
 - o Nibud heeft een tool ontwikkeld met wat het betekent als je meer of minder gaat werken – hoe zorg je ervoor dat mensen weten waar voor ze kiezen.

Maak het beroep weer interessant

- o Voorbeelden gebruiken uit het verleden (mijnen)
- o Er wordt veel in problemen gedacht niet in oplossingen
- o Gepensioneerden die willen helpen ook om het beroep te promoten, nieuwe studenten laten meelopen.

Anders werken (functiedifferentiatie)

- o Hoe kunnen we creatief omgaan met die opleidingsdrempel?
- o Denken in oplossingen als het gaat om het werven van mensen zonder zorg achtergrond
- o “Open hiring” principe toepassen
- o Benut ieder uurtje van iemand die je kunt krijgen
- o Meer werken of langere dagen
- o Mensen aantrekken over de grenzen

Behouden van medewerkers

- o Mensen die al met pensioen zijn terugvragen.
- o Hoe ga je om met het vervallen van BIG-registratie bij uittreding?
- o Doorstroom – kansen bieden – het bieden van opleidingsplekken – doorgroeien
- o Goed leiderschap
- o Patiënten worden mondiger en onredelijker
- o Hoe kun je concurrentie voorkomen tussen ziekenhuizen

Zouden we van Zuid-Limburg een regelvrije zone kunnen maken om te kijken hoe we makkelijker verandering kunnen stimuleren?

Belangrijkste 3 dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Piek met te korten ligt in 2035.
2. Gemiddelde contract is 24 uur per week, 4 op de 10 personen is bereid om meer te werken.
3. Een reactie is vaak: Ik wil het wel, maar dan moet er wel iets veranderen.
 - a. Dan moet mijn rooster wel een beetje leuk zijn;
 - b. Mijn werk-privé-balans klopt niet;
 - c. Ik wil eerst mijn kinderen naar school kunnen brengen;
 - d. Ik wil dingen thuis kunnen doen;

Nu we deze informatie hebben zijn dit mogelijke richtingen...

- Vertrouwen in professionals: laat professional de professional zijn.
- Anders werken, roldifferentiatie, werven over de grenzen heen.
- Huidig personeel behouden, goed leiderschap, huidige werknemers meer laten werken (langere werk dagen), mensen met pensioen voor een paar uur inzetten

Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheid verder uitzoeken...

- Hoe kunnen we omgaan met de huidige opleidingsdrempel? Hoe kun je bijvoorbeeld roldifferentiatie inzetten? Hoe kun je ruimte maken voor mensen die de in de zorg willen werken zonder zorgachtergrond? Hoe ga je hier creatief mee om? Speelt levenservaring bijvoorbeeld ook een rol?
- Hoe ga je creatief om met het aantrekken van mensen uit andere sectoren, over landsgrenzen heen, parttimers die meer uren werken of mensen die al met pensioen zijn weer een paar uurtjes inzetten?
- Hoe zorgen we ervoor dat we onze huidige werknemers behouden en het beroep weer aantrekkelijk maken voor mensen?
- Hoe leg je meer verantwoordelijkheid bij de professionals?

Feiten en cijfers

Zaal 13.

Experts:

- **Michiel Oosterwaal**, strategist bij Gupta Strategists
- **Olivier Gerrits**, directeur bij Gupta Strategists

Belangrijkste 3 dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Huidige situatie: Zuyderland levert vrijwel alle ziekenhuiszorg verdeeld over vier locaties, reisafstanden zijn fors, zeker naar de niet-dichtstbijzijnde locatie.
2. Probleemstelling: De zorgvraag in Zuid-Limburg is hoog en er is een tekort aan personeel, met name in de acute keten. Verwachting is dat de zorgkloof toeneemt.
3. Scenario's: Diverse initiatieven kunnen de zorgkloof verkleinen, maar een verandering van Zuyderland is nodig om zorgkloof in de toekomst te dichten.

Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheid verder uitzoeken...

Extra gevaagde inzichten:

- Hoe is de reistijd in de regio in relatie tot elders in Nederland?
- Hoeveel is de opleidingscapaciteit (voor specialistische functies) op dit moment en is het niet mogelijk om dit nog verder op te hogen?
- Wat is de benodigde minimale formatie om 2 SEH's open te houden die voldoen aan het spoedkader?
- Is het mogelijk om een kwantitatieve afweging te maken tussen extra reistijd versus minder goed uitgeruste SEH?