



# Verslag Praat Mee Tafel 3 'Zorg in de Mijnstreek'

27 februari 2024

**burgerkracht** Limburg

CONCEPT v2 d.d. 5 maart 2024

Dit is een concept verslag van de derde bijeenkomst uit een reeks van vijf Praat Mee Tafels 'Zorg in de Mijnstreek'.

## IN DE COLLEGEZAAL BESPROKEN

	pagina
Welkom en inleiding door Lea Bouwmeester .....	2
Burgerkracht Limburg – Han von den Hoff .....	2
Presentaties in de zaal .....	2
Na de gesprekken met experts .....	5
Vervolgproces .....	5

## IN GESPREK MET EXPERTS

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

## Welkom en inleiding – Lea Bouwmeester

Lea Bouwmeester, onafhankelijk voorzitter van dit proces, heet iedereen welkom.

Dank aan Zuyd Hogeschool voor het gebruik van de locatie. Dit is de derde Praat Mee Tafel in een reeks van vijf. Vandaag gaan we in gesprek met experts die ons verder kunnen helpen om onze ideeën te verrijken.

Helaas komt de sessie over vervoer te vervallen in verband met familieomstandigheden van de expert. Deze wordt op een aparte bijeenkomst ingehaald.

Er is een korte video gemaakt van het proces waar we mee bezig:  
<https://burgerkrachtlimburg.nl/praatmee>

## Burgerkracht Limburg – Han von den Hoff

Han von den Hoff is directeur Burgerkracht Limburg. Burgerkracht zorgt ervoor dat alles wat besproken wordt tijdens de Praat Mee Tafels wordt meegenomen naar de Regietafel.

Hoe werkt dat precies? Burgers zijn een belangrijke stakeholder in dit traject. Dat is niet voor de Bühne. Burgerkracht Limburg brengt bij de Regietafel wat burgers meegeven. Voorbeeld 'zorg voor goede ketenzorg': zet het oog op de lijst bij besluiten en beleving. Besef dat de verwachting en ervaring van inwoners anders is dan van professionals dan van bestuurders.

De andere leden van de Regietafel zijn vanavond ook aanwezig om naar jullie te luisteren. Fantastisch dat jullie hier weer zijn. Blijf ons helpen, blijf je mening geven, blijf meedoen.

Uit de zaal: Burgers zouden een verzwaard advies aan de tafel moeten hebben.  
Reactie Han: Burgerkracht is niet de enige stem die voor de inwoners opkomt aan de Regietafel. Alle partijen krijgen ruimte om die inwoners in brengen en daar wordt naar geluisterd. CZ bijvoorbeeld spreekt met ons al haar verzekerden: dat zijn ook burgers.

## Presentaties in de zaal

### Hans P. Bouwmeester, huisarts

De eerste vraag die een huisarts je stelt is: "waar wil je naartoe?" Hij vraagt niet: "Waar wil je vandaan? Of waar wil je niet naartoe?" Mensen op mijn spreekuur willen ook ergens vandaan en niet ergens naartoe.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een huisarts een patiënt gemiddeld na 11 seconden in de reden valt. Het is ook bewezen dat als je 2 minuten je mond houdt, de patiënt vertelt waar hij echt mee zit. Dat maakt een wereld van verschil. Van veel klachten als rug-, buik- en hoofdpijn wordt in 60% nooit een medisch oorzak gevonden. Het is jammer als je dat medisch probeert op te lossen. Dan doe je veel onderzoeken voor niets.

Het vraagt meer tijd om met elkaar in gesprek te gaan; om het te hebben over waar wil je met elkaar naartoe met die klacht? Maar dat ander gesprek geeft een andere energie en geeft ook andere oplossingen die veelal buiten zorg liggen, maar in de gemeenschap.

In mijn praktijk heeft dit andere gesprek (Positieve Gezondheid) ervoor gezorgd dat we 30% minder verwijzing naar het ziekenhuis hebben. Dat is een mooie business case en

zorgt er ook voor dat het ziekenhuis een andere rol heeft. De praktijk heeft 40% minder aan ggz-kosten dan verwacht mag worden, 15% minder kosten aan pillen en 10% minder aan ziekenhuiskosten.

Het kan. Door als huisarts een iets ander gesprek te voeren vanuit het vertrouwen dat het medisch pad niet altijd de oplossing is.

De presentatie van Hans Peter Jung is terug te vinden op [de website van Burgerkacht Limburg](#).

Jaap Kappert, verpleegkundig specialist

De Mijnsteek, dat is vooral *uw* streek. Als we het nog steeds samen willen wagen, dan is onze gemeenschappelijke denkkraft groter dan ooit. Terwijl aan de ander kant veel problemen onoplosbaarder lijken dan ooit te voren.

Zorg heeft baat bij volumenormen. Wijkverpleging wordt beter door protocollen en richtlijnen. Hun handelen is nu onderbouwd. Ze hadden vroeger meer tijd, maar het was niet beter.

We willen langer thuis wonen. Niemand gaat vrijwillig naar verpleeghuis. Het zijn verschillende veranderingen die tegen elkaar in botsen. We moeten een nieuw evenwicht vinden die past bij deze tijd.

U maakt het verschil. Door gemeenschappelijke denkkraft te gebruiken. Door in gesprek te gaan. Dat is geven en nemen, maar geen wedstrijd. Het is samen een verhaal maken over wat we willen.

Als ik vanuit mijn eigen hart spreek, licht wat mij betreft de oplossing in de beschikbare professionals zo breed mogelijk inzetten op wat ze kunnen. Via de huisartsen of sociaal team doorverwezen kunnen worden naar een mentaal gezondheidscentrum. Professionals de tijd geven om uitleg te geven, maar niet behandelen ook een optie is. De tekst op Thuisarts.nl rust op mensen uitnodigen. Inloopcetra creëren waar je zonder afspraak en zonder oordeel terecht kunt. Technologie die helpt, die ontzorgt. In regelarme regio's kunnen we protocollen ontwikkelen maar professionals zelf laten beslissen wat wel meer nodig is. Mensen die elkaar helpen. Thuiswerkplekken in het verpleeghuis.

De volledige speech van Jaap is terug te vinden op [de website van Burgerkacht Limburg](#).

Oliver Gerrits, directeur Gupta Strategists

Een veel gestelde vraag van jullie is: wat is het probleem nou precies? Hoe lopen de patiëntenstromen in de regio? Is het echt een personeelsprobleem? Wat zijn de uitdagingen? Gupta Strategists heeft daar onderzoek naar gedaan.

De bevindingen op hoofdlijnen:

- Zuyderland levert ziekenhuiszorg voor vrijwel de hele regio (93%). De andere 7% is supercomplexe zorg die vooral in Maastricht UMC wordt geleverd.
- Een groot deel van de zorg is verdeeld, gedreven door personele uitdagingen. 60% van de klinische zorg wordt op 1 locatie geleverd. 30% van inwoners uit Sittard reizen naar Heerlen voor hun zorg; en 20% van Heerlen naar Sittard.
- De reisafstanden zijn met eigen vervoer en zeker met openbaar vervoer fors. Gemiddeld kost het een patiënt 45 minuten om met het OV naar Zuyderland te komen. In de uithoeken van de regio loopt dit op tot 1 of soms 1,5 uur.
- De zorgvraag stijgt met 5%.

- Er zijn nu al grote personeelstekorten, met name als het gaat om gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen op de IC, OK en SEH. Dat tekort zien we in de toekomst toenemen, ook in de huisartsenzorg.
- De toekomstscenario's voor de regio kan niet door het ziekenhuis alleen worden beïnvloed. Wat kan je doen aan het bevorderen van gezondheid? Wat kan je doen om de juiste zorg op de juiste plek te leveren, bijvoorbeeld thuis of in de wijk zodat mensen niet naar het ziekenhuis hoeven te komen. De personele krapte verminderen door het ziekteverzuim terug te dringen, deeltijd werk vergroten. Een groot deel van het tekort van je goed beïnvloeden.

De presentatie van Olivier Gerrits is terug te vinden op [de website van Burgerkacht Limburg](#).

[David Jongen, voorzitter Raad van Bestuur Zuyderland, en Joep de Vries, bestuursvoorzitter zorgverzekeraar CZ](#)

Lea geeft aan dat het belangrijk is om tijdens de Praat Mee de stem van de burgers te horen: het gaat om jullie perspectief. In deze derde Praat Mee Tafel praten we ook met de bestuurders van Zuyderland en CZ.

David: Wij realiseren ons dat de problemen die we moeten oplossen alleen maar samen kunnen oplossen. Wij hebben behoefte aan inbreng van iedereen die hier woont. Het proces waar we nu samen in zitten, zo hadden we het van het begin af aan moeten doen. Dat is niet goed gegaan. Alle oude varianten zijn op tafel. Ik ben een jongen van deze regio: mijn doel is ervoor zorgen dat iedereen kan rekenen op kwalitatieve, veilige en toegankelijke zorg.

Joep: De grote demonstratie in september was indrukwekkend. Het bevestigt dat de zorg van ons allemaal is. Laten we het samen doen. Dat doen we nu ook. En dat hadden we eerder moeten doen. Het is jullie zorg. CZ is een bedrijf zonder winstoogmerk. We zien dat ook namens onze verzekerden aan de Regietafel. Zorg is van ons allemaal. September heeft ons veel gebracht. Laten we ervoor zorgen dat we het nog meer in november laten komen. Laten we eerder en beter naar elkaar kijken. Accepteren dat we nieuwsgierig zijn waarom dingen spelen.

Lea: "Wat zien jullie als grootste probleem of kans voor deze regio?"

David: Wij zitten in een regio (de Mijnsheek) die op veel lijstjes in Nederland staat: de meeste mensen met overgewicht, met diabetes, enz. We worden relatief oud, zijn relatief ongezuigd en hebben relatief veel ziekten. De zorgvraag groeit. Aan de andere kant hebben we uitdagingen om personeel binnen te halen. Maar daar liggen ook kansen, bijvoorbeeld door als openbaar ziekenhuis aantrekkelijk te zijn, door de zorgvraag kleiner te maken met digitalisering en door meer in de wijk samen te werken met bijvoorbeeld de huisartsen.

Echter, ook op korte termijn moeten er dingen gebeuren. In Sittard-Geleen bouwen we de Spoedeisende Hulp (SEH) om naar een Acute Zorg Afdeling. We voldeden op beide locaties (Heerlen en Sittard-Geleen) niet aan de kwaliteitseisen van een SEH. En dat willen we wél. Met de aanpassingen voldoen we hier wel weer aan in Heerlen. Naast kwaliteitseisen waar we aan willen doen, is ook het tekort aan SEH-artsen een aanleiding. We hebben al een hele tijd 9 vacatures voor SEH-artsen. Die krijgen we niet ingevuld. Ze zijn er niet. Dat betekent dat we moeten omdenken. Met deze oplossing verandert er voor de patiënt weinig en is kwalitatieve en veilige zorg geborgd.

Zuyderland heeft een hoge personeelstevredenheid en een hoge patiënttevredenheid. Dat willen we zo houden. Daarvoor maak ik me elke dag hard.

Joep: De gezondheidsverschillen los je samen op. Zie het nationaal programma Heerlen-Noord. Hoe investeren we in de regio? Het is terecht dat David trots is op Zuyderland. Het is een van de beste ziekenhuizen van Nederland. De beste huisartsen zitten in deze regio. Hoe organiseren we het dan samen? Daar mogen we trotser op worden en moeten we stappen op zetten. Meer en samen.

Lea: We gaan met elkaar een heel traject in. Dan kiest de Regietafel een toekomstscenario en dan neemt het Zuyderland een besluit over het ziekenhuis en CZ bepaalt of ze dat betalen. Nemen jullie de gesprekken met burgers serieus?

David: Dit proces nemen we heel serieus. We moeten lastige keuzes maken. Er komt een koers en richting uit. Wat er uit deze brede maatschappelijke verkenning komt, daar gaan we iets mee doen. Een gedragen scenario zullen we niet naast ons neerleggen. Daar kunnen jullie me aan houden.

Joep: Wij staan voor 4 miljoen verzekerden in Nederland van wie een groot deel hier woont. We zijn echt begonnen met wat anders. We gaan het met het eind samen doen.

Uit de zaal: transparant zijn is belangrijk. Het verbaast me dat ik in de beeldvorming lees dat artsen en burgemeesters geen serieuze gesprekspartners zijn.

Lea: Dat klopt niet. In dit proces zijn we met iedereen in gesprek. Alle gesprekken maken onderdeel uit van het geheel. We zijn met alle 16 gemeenten in gesprek over wat zijn wensen, zorgen en ideeën. Iedereen heeft een stem.

## In gesprek met experts

Het uitgebreid verslag van de sessie met de experts is te vinden op de website van Burgerkracht Limburg: [www.burgerkrachtlimburg.nl/praatmee](http://www.burgerkrachtlimburg.nl/praatmee)

Een korte samenvatting van de gesprekken met experts zijn te vinden op pagina:

Acute zorg (zaal 1 t/m 4).....	7
Planbare zorg (zaal 5).....	9
Samenwerking in de zorg (mensen) (zaal 8).....	10
Gezondheid en weluk (zaal 9).....	10
Zorgpersoneel (zaal 10 en 11&12).....	11
Feiten en cijfers (zaal 13).....	12

## Na de gesprekken met experts

Wat is opgevallen in de gesprekken met experts? Wie heeft een briljant idee dat hij of zij wil delen?

Uit de zaal: De rode draad is het personeelstekort. Als we het willen oplossen, zijn woningen nodig. Heeft u met Barry Braeken van woningcorporatie Weller gesproken? Ze kunnen oplossingen bieden.

David: We hebben alle gemeenten gevraagd om te helpen. Het woningtekort is maar een deel van het probleem. Woningen is niet altijd de oplossing.

Uit de zaal: Er worden geen exit gesprekken gevoerd met mensen uit de zorg die Zuyderland verlaten.

David: Het is de bedoeling dat we exitgesprekken voeren. Dat ga ik nakijken. We weten waarom mensen weggaan en die redenen zijn heel divers.

Uit de zaal: Ik wil in de zorg werken en ik kan morgen beginnen. Waar meld ik me?

David: mail me en ik zorg ervoor dat je op de juiste plek terecht komt!

Uit de zaal: Het ambulancepersoneel voorziet tot 2030 geen probleem in het tekort aan mensen. Hoe kan het dat zij niet tegen personeelstekort aanlopen? Ze komen van Intensive Care (IC)-, Spoedeisende Hulp (SEH)- en Operatiekamer (OK)-afdelingen.

Lea: Waarom willen mensen bij jullie werken?

Een ambulancemedewerker: Het werk is onvoorspelbaar en het is elke dag anders. Dan sta ik op een zolderkamer, dan weer op een bouwval. Het is uitdagend. Je kan zelfstandig werken. In het ziekenhuis werk je onder toezicht van een arts. Een aantal mensen blijft juist daarvoor in het ziekenhuis werken.

David: Het is een hele waardevolle avond en mooi om te zien hoe betrokken iedereen is. Ik zat bij de sessie over het Centrum Acute Zorg in Zoetermeer. Daar kunnen we zeker van leren. Zij hebben een geïntegreerde huisartsenpost met SEH. Kijk naar hun lijnen. Goed doordacht. Daarnaast zat ik bij geluk en gezondheid. Freya Pijner werkt met VKKL (Vereniging Kleine Kernen Limburg) aan meer dan 500 bewonersinitiatieven in wijken en dorpen. Dat gaat over hoe je collectief veel meer voor elkaar krijgt. Met het perspectief van een wijkgerichte aanpak, daar moeten wij ook naar toe komen, meer medeloen.

Joep: Ik zal bij de ambulancezorg. Daar werden veel vragen en zorgen gedeeld als kan dit wel? Is dit wel veilig? Bij de Ambulance Zorg Limburg is dit nog op handen. Eigenlijk moeten we dit veel vaker doen. Antwoorden op vragen gaf rust. De tweede ronde ging over gezondheidsverschillen. Om die te overwinnen moeten we collectief langjarig in de regio investeren. Betrek meer partners erbij was de oproep. En er is meer informatie over de getallen en het precieze probleem nodig.

Uit de zaal: U zegt dat de scenario's van tafel zijn, maar in een presentatie van Zuyderland van 13 december 2023 zijn de 2 scenario's nog gepresenteerd. Hoe kan dat nou?

Lea: Wij zijn niet op de achtergrond bezig met andere scenario's. In de bijeenkomst van 13 december is gevraagd wat de oude scenario's waren die zijn toen getoond. Vanuit de zaal wordt door de medewerkers van Zuyderland bevestigd dat dit klopt.

Uit de zaal: Wat jullie doen in Sittard met de spoedeisende Hulp aan het doen zijn, hoe strookt dat met het proces?

David: Dat zijn twee losse processen. Tijdens deze Praat Mee Tafels hebben we het over de ziekenhuiszorg in 2030, maar op de korte termijn moeten we ook handelen. We kunnen niet op beide locaties aan de landelijke eisen / richtlijnen voldoen om 24/7 een SEH-afdeling beschikbaar te hebben. Door de SEH in Sittard om te bouwen, kunnen we die van Heerlen openhouden. We behouden de kwaliteit voor de hele spoedzorg in de regio.

## Vervolgproces

Er komt een inhaalbijeenkomst met de expertsessie over vervoer. Dan gaan we uitgebreid in op alle mogelijke mogelijkheden die de toegankelijkheid tot voorzieningen in de regio vergroten.

Daarnaast komt er een vervolg bijeenkomst over ketenzorg: samenwerken met elkaar en met de patiënt.

De volgende grote Praat Mee Tafel is op maandag 18 maart 2024, 17:00 – 21:00 uur in Sittard. Dan gaan we samen scenario's bouwen rondom persona's. Denk en doe dan weer mee en reserveer die datum en tijd alvast in uw agenda!

Alle informatie komt via Burgerkracht Limburg naar jullie toe.

Als u vragen, ideeën of suggesties heeft: laat het ons weten!

[praatmee@burgerkrachtlimburg.nl](mailto:praatmee@burgerkrachtlimburg.nl)



BEKNOPT VERSLAG SESSIE MET EXPERTS

1. Acute zorg

Zaal 1.

Belangrijkste 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 huisartsenpost (HAP) te hebben zodat doorverwijzing en samenwerking makkelijk is.
2. Zorg vindt plaats in schakels en ketens. Als bepaalde schakel overloopt 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. Blijft 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 genereren van studenten 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) opscholen 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 wegvalt, komen de andere schakels ook in gevaar. Wilt men 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.

Belangrijkste 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 gewaarsijnd. 1 acute afdeling waar de HAP aan verbonden is.
2. 50 is echt spoed minder dan we denken. Huisartsencontact verbeteren want dan is er minder onnodig 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.

Belangrijkste dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Onderweg is de zorg goed geregeld heb vertrouwen in de Ambulancezorg.
2. Voor de ambulance zorg verandert er eigenlijk niks: je wordt nog steeds 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.**

Belangrijkste dingen die we als groep meenemen voor de experts:

1. Krapte van personeel vraagt om nieuwe manieren van werving
2. Combinatie van acute GGZ, SEH en HAP (nemen voorbeeld aan acute Zorg Centrum Zoetermeer)
3. Concrete bereikbaarheid voor eerste hulpvraagtriage, 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, zeker patiënt midden in de nacht bij sluiting acute zorg centrum naar huis kan.

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

- Is er behoefte aan extra specialistische kennis op ambulance?
- Is verduyden van een soortgelijk Acute Zorg Centrum als in Zoetermeer in combinatie met acute GGZ een optie?
  - o Is patiëntveiligheid gewaarandeerd van acute zorg centrum in relatie tot foute-bed-patiënten of verspoed aandoening nog niet als zijnde spoed is vastgesteld?
  - o Wat is het risico voor een patiënt als deze na een telefonische triage wordt gediagnosticeerd als spoed en wordt verzocht naar een spoedcentrum te komen en alsnog naar SEH wordt verstuurd 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.

Belangrijkste 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 uitwerken...

- Casemanagement per patiënt (als deze niet zelf in staat is zijn/het 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.

Belangrijkste dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Langdurige samenwerking CZ en ziekenhuis van 10 jaar af. Wezig problemen met omzet plafonds. Dit geeft zekerheid en duidelijkheid.
2. Ondersteuning in nazorg, preventie, leefstijlverandering. 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 het 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 dat proberen te voorkomen waar dat kan. Met goed kijken naar hoe nazorg daar 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 willen. 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.
- Snellere 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 Maurice Mollenbeck (Automaatje Vaals). Deze wordt op een ander moment ingehaald.*

### 3. Samenwerking in de zorg(keten)

#### Zaal 8.

Belangrijkste 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 maar richt 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 investeren om plaatselijk/ lokale informele zorg te ontwikkelen en gedeeltes belangstelling activeren.

Nu we deze informatie hebben willen we de mogelijkheden verder uitbeuken...

Hoe brengt ons dit tot goede besluitvorming?

- Volgende keer aanvliegen vanuit: casuïstiek/mensen die... (persona's). Bijvoorbeeld: na ontslag ziekenhuis wat wordt dit geregeld om thuiszorg te krijgen in de lijn met "Beste zorg zo thuis mogelijk":
  - o Transferpunt: overzicht capaciteiten (Westelijk, Mijnstreek en Oostelijk Mijnstreek): hiaten plek
  - o Ontslagbrief
  - o Warme overdracht informatie tussen professionals
- Kortom, aan de hand van goede voorbeelden de dialoog nog een keer aangaan met burgers. Die krijgen om een beeld te krijgen en eventueel daarna advies te geven.
- Kennis delen Ouderenklas 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 leugenzorg?
- Waar is de vertegenwoordiging van niet-Nederlandse afkomst?

### 4. Gezondheid en geluk

#### Zaal 9.

Belangrijkste dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Belang van laagdrempelige tussenvoorzieningen (als 'buffer' richting 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> 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 maandelijks thema-avonden.
8. Geef vertrouwen aan initiatieven die burgers zelf nemen.

## 5. Zorgpersoneel

### Zaal 10.

#### 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 kennen 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, verder.
- Werk samen met anderen en leer van andere regio's. Er lopen bijvoorbeeld 41 mensen van Meander in een wijk: dat zijn de perfecten en een. Zij komen achter de voordeur en kunnen een signalerend rol hebben. Ziekenhuizen van CSU, CSR, Luik
- Wij zijn geen stinkhol! Wij zijn het rijkste gebied van Nederland. We moeten af van die mentaliteit en het anders gaan maken.
- 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 maar standigheden daarvoor creëren.
- Dit is een on-Hollandse manier. 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.

#### Belangrijke dingen die we als groep meenemen van de experts:

1. Pijn met te korten ligt in 2019.
2. Gemiddelde contact 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. Mijn rooster moet wel een beetje leuk zijn;
  - b. Mijn werk-privé-balans klopt niet;
  - c. Ik wil 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.

#### Belangrijkste 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-dichtbijzijnde 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 zorgvraag toeneemt.
3. Scenario's: Diverse initiatieven kunnen de zorgvraag verkleinen, maar een verandering van Zuyderland is nodig om zorgvraag in de toekomst te dichteren.

#### Nu we deze informatie hebben willen we deze mogelijkheden 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 uitgerust SEH?