

NVZ EFFECT

MAGAZINE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN ZIEKENHUIZEN / ZOMER 2019



**DE JUISTE ZORG
OP DE JUISTE PLEK:**
VIJF PRAKTIJKCASES

WINSTUITKERING
POLITIEK NOG EEN
GEVOELIGE KWESTIE

VRIJWILLIGERSWERK
IS VAN ONSCHATBARE
WAARDE VOOR DE ZORG

IN DIT NUMMER



WAARDEGEDREVEN ZORG

Bestuurders Christianne Lennards en Desiree Creemers over theorie en praktijk.

04



WINSTUITKERING: EEN HEET HANGIJZER

Bestuursvoorzitter Mark van Houdenhoven en Tweede-Kamerlid Maarten Hijink geven hun visie.

28



OPSCHALING DOELMATIGE ZORG

Aan welke voorwaarden moet worden voldaan voor een nullijn in 2022?

32

08 VIPP VOOR DIGITALISERING VAN DE ZORG

Huisarts Bart van Pinxteren licht zijn collega's voor en motiveert hen.

17 JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK

Vijf succesvolle praktijkvoorbeelden ter inspiratie. Dit gebeurt er al!

30 INVESTEREN IN DUURZAAMHEID: DIT ZIJN DE UITDAGINGEN

Wat is de aanpak van uw organisatie om samen 95% CO₂-emissie te halen in 2050?

36 HET EFFECT VAN DE JUMP-SCAN

Vergelijk uw scan met de landelijke resultaten aan de hand van acht bouwstenen.

40 SERIOUS GAMING MET FD TEAMPLAY

Een bordspel biedt inzicht in de uitdagingen van functiedifferentiatie.

EN VERDER

10 ZINVOL ACTIEF OP KENNISNET (1)
MAURICE GEVEN OVER DE KRACHT VAN KENNISDELING IN DIVERSE GROEPEN.

12 DE PASSIE VAN DE VRIJWILLIGER
VIJF VRIJWILLIGERS, VIJF MOTIVATIES, VIJF BIJZONDERE EN POSITIEVE VERHALEN.

16 DE GRIEPPRIK OP HERHALING
HOE HOGER DE GRIEPVACCINATIEGRAAD HOE KLEINER HET RISICO OP KRUISBESMETTING.

26 ZINVOL ACTIEF OP KENNISNET (2)
ANNIEK VERSCHUURE OVER DE TOEGEVOEGDE WAARDE VAN KWALITEITSINDICATOREN.

38 ZINVOL ACTIEF OP KENNISNET (3)
JOSÉ GEERDINK DEELT MET PLEZIER HAAR KENNIS OP KENNISNET KIPZ.

43 NEED & NICE TO KNOW
WEBSITES, DOWNLOADS EN AGENDA.



De afgelopen maanden had ik het voorrecht om de zorg in de praktijk te mogen zien. Naast gesprekken met bestuurders, medici, verpleegkundigen en logistieke medewerkers van zo'n 25 lid-instellingen, sprak ik ook verschillende vertegenwoordigers van patiënten, huisartsen, ouderenzorg en zelfstandige klinieken. In alle ontmoetingen kwam hetzelfde onderwerp ter sprake: afstemming en samenwerking over de grenzen van de instellingen heen. Tijdens deze ontmoetingen hadden transferverpleegkundigen mijn bijzondere belangstelling. Zij vormen een essentiële schakel in het bewerkstelligen van de juiste zorg op de juiste plek. Hun functie zal steeds belangrijker worden en mogelijk zelfs uitgroeien van 'verwijzend' naar 'begeleidend'.

Om een patiënt gepaste zorg op de meest praktische plaats te kunnen bieden, is meer afstemming nodig. Of het nu gaat om de werkvloer, de bekostiging of de bestuurlijke inrichting. Hierover is in het drukbezette zorgveldoverleg het laatste woord nog lang niet gezegd. De komende tijd hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan het uitzetten van een duidelijke koers. De samenwerking binnen en buiten de curatieve zorg moet in de komende jaren verder worden geïntensiveerd om het geheel werkbaar en betaalbaar te houden.

Samenwerking is het centrale thema tijdens mijn werkbezoeken. Een uitnodiging voor een werkbezoek is altijd van harte welkom. Het begrijpen van wat bestuurlijk mogelijk is, of wat bestuurders misschien beter uit hun hoofd kunnen laten, begint immers daar. Ook NVZ Effect staat in het teken van samenwerking. In dit zomernummer worden enkele mooie initiatieven gepresenteerd vanuit het programma Juiste Medisch-specialistische zorg voor de Patiënt, oftewel JuMP. Ik ondersteun dergelijke gezamenlijke initiatieven van harte en wil graag, samen met u, zorgen voor veel ge-JuMP.

Ad Melkert,
voorzitter

Zo sturen we de zorg op waarde

We worden ouder en aandoeningen zijn steeds beter te behandelen. Geleidelijk verandert de zorg van karakter: meer persoonlijk, met de nadruk op de wensen van de patiënt. Is de tijd rijp voor waardegedreven zorg? We vroegen het bestuurder **Christianne Lennards** en medisch directeur **Desiree Creemers**.

Wat verstaat u onder waardegedreven zorg?

“Je kunt daar verschillend tegenaan kijken. Volgens bedrijfseconoom Michael Porter draait Value Based Health Care (VBHC) om het maximaliseren van de waarde van zorg voor de patiënt en het reduceren van de zorgkosten. Ik denk dat het vooral gaat om iets veel concreter, namelijk om met de patiënt in de spreekkamer tot de juiste keuze voor zijn of haar behandeling te komen. Wat dat betreft is waardegedreven zorg niet nieuw, alleen noemen wij het ‘Samen Beslissen’. Daarnaast is het belangrijk dat je zorgprofessionals van elkaar laat leren aan de hand van uitkomstindicatoren. Als je dat transparant maakt, leer je van elkaar hoe processen beter kunnen. Het accent in het NVZ-programma ligt dus op samen beslissen. En op leren en verbeteren aan de hand van uitkomsten.”

Betere zorg dus, maar wat kunt u zeggen over de kostencomponent?

“Een van de rollen die wij als raad van bestuur hebben, is om kwalitatief uitstekende zorg te realiseren en gelijktijdig het ziekenhuis financieel gezond te houden. Daar moet je intelligent mee omgaan; door geen dingen te doen die niet zinvol zijn voor de patiënt. Het is een eigen kijk op waardegedreven zorg: je haalt alles wat geen waarde toevoegt uit je processen. Ook dat is niet nieuw, want in de zorg werken we lean en zijn er programma's zoals 'productive ward'. Als een patiënt drie, vier keer belt om een afspraak te maken en te verschuiven voegt dat geen waarde toe. Als de patiënt zelf de afspraak online kan inplannen wel. Voor de uitkomst van de zorg maakt dat geen verschil, maar je maakt de zorg wel weer een beetje doelmatiger. Als je verspilling eruit haalt, wordt de zorg goedkoper en voeg je waarde toe. Je kunt dan immers meer doen met dezelfde mensen.”

Waarom moeten we vandaag al met waardegedreven zorg beginnen?

“Kwaliteit van zorg en betaalbaarheid gaan hand in hand. Dat is een maatschappelijke verantwoordelijkheid, we moeten meer doen met minder geld en waardegedreven zorg kan daarbij helpen. Ook zorgverzekeraars pakken hun rol. Zij denken mee hoe je verspilling uit de processen kunt halen. We hebben bijvoorbeeld een project prehabilitatie, met als doel patiënten zo fit mogelijk te krijgen voordat ze geopereerd worden. Dat is bij uitstek 'waardegedreven'. De patiënten komen beter uit de operatie, hebben minder complicaties en hoeven minder lang in het ziekenhuis te liggen. Ik denk dat de belangen van ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiënten hand in hand gaan.”



Christianne Lennards
is lid van de raad van bestuur van Máxima Medisch Centrum, bestuurslid van de NVZ en voorzitter van de stuurgroep Waardegedreven zorg.

“Waardegedreven zorg is niet nieuw, wel hard nodig”

Waar en hoe kunnen we beginnen in de eigen praktijk?

“We kunnen meteen beginnen met het voeren van de juiste gesprekken in de spreekkamer. Neem een knieoperatie. Voor een wielrenner die nog aan de Giro d'Italia moet meedoen heeft die een heel andere waarde dan voor de 75-jarige die graag weer zelf boodschappen doet. In beide gevallen wil de dokter niets liever dan de knie zo goed mogelijk herstellen. Maar als je binnen zes weken op de fiets wil zitten moet je samen met de patiënt een ander traject bewandelen en andere verwachtingen managen, dan bij de 75-jarige die weer trappen wil kunnen lopen. Keuzehulp en

PROM's, patient-reported outcome measures, kunnen helpen om dat goede gesprek te voeren.”

Hoe kan de NVZ waardegedreven zorg ondersteunen?

“De invoering van waardegedreven zorg heeft grote effecten op de bedrijfsvoering van het ziekenhuis en de praktijkvoering door artsen. De rol van de NVZ is om te faciliteren dat er kennis wordt gedeeld en dat we als ziekenhuizen niet allemaal zelf het wiel gaan uitvinden. De NVZ wil ervoor zorgen dat er een landelijke lijn wordt uitgezet die ziekenhuizen helpt bij het ontwikkelen van PROM's en het meten van een set uitkomsten. Dan gaan ook vanzelf de administratieve lasten omlaag.”

“We hadden er gisteren al mee moeten beginnen”

allen op meer op deze aspecten kunnen sturen, wordt de toch al goede zorg in Nederland voor patiëntgroepen en individuele patiënten nog beter.”

Betere zorg dus, maar wat kunt u zeggen over de kostencomponent?

“Dat we naar de kosten kijken is terecht en logisch. Maar we moeten ervoor oppassen dat het niet wordt gekaapt en waardegedreven zorg alleen over kosten en doelmatigheid gaat. Als je naar programma's van zorgverzekeraars kijkt, zie je toch vaak dat het draait om geld. Het belangrijkste is echter om waarde toe te voegen, zodat de patiënt de beste zorg ervaart. Eerst de kwaliteit, dan volgen lagere kosten vanzelf. Dat is wat mij betreft de volgorde. Minder complicaties bijvoorbeeld, dat scheelt al veel geld. Wel moet je rekening houden met het feit dat minder handelingen ook minder geld opleveren. Artsen en verpleegkundigen moeten dus wel tijd en ruimte houden om aan waardegedreven zorg te besteden. Je moet wel een ziekenhuis draaiende houden.”

Waarom moeten we vandaag al met waardegedreven zorg beginnen?

“We hadden gisteren al moeten beginnen. Helaas zijn we nog steeds bezig met de structuur- en procesindicatoren die tijd kosten en niets opleveren. Daar moeten we gewoon mee stoppen. Als we de administratieve lasten naar beneden krijgen, kunnen we meer en beter met de patiënt bezig zijn en op uitkomsten sturen. Alleen door met bepaalde dingen te stoppen kunnen we vooruitgang boeken, want we moeten met dezelfde mensen betere zorg gaan leveren.”

Waar en hoe kunnen we beginnen in de eigen praktijk?

“Je moet dokters en verpleegkundigen vinden die hier enthousiast over zijn en open staan voor nieuwe ideeën. Bij ons heeft dat heel aanstekelijk gewerkt. De eilandcultuur tussen de verschillende specialismen is de afgelopen jaren echt wel verdwenen. Wij kunnen daardoor de volgende stap nemen met Integrated Patiënt Unit. Hierbij maken we een multidisciplinair team resultaatverantwoordelijk voor een bepaalde aandoening. We hebben voor onder andere prostaatkanker, IBD (colitis ulcerosa en Crohn), borstkanker en longkanker inmiddels dashboards ontwikkeld waar de specialisten met elkaar kijken naar de kwaliteit én

de kosten. Dat betekent bijvoorbeeld dat de borstkankerchirurg ook verantwoordelijk is voor de dure geneesmiddelen van de internist en de internist ook verantwoordelijk is voor de uitkomsten van het werk van de chirurg. Belangrijk is dat er in dit proces ook van elkaar wordt geleerd. Dat is een stap verder dan dat er tot nu toe gebeurt. Overigens gaat het niet alleen om ziekenhuizen, maar om het hele netwerk rondom de patient, dus ook de eerste lijn.”

Hoe kan de NVZ waardegedreven zorg ondersteunen?

“Belangrijk is dat koepelorganisaties achter ons staan. Ik geloof niet dat zij ook blauwdrukken moeten maken voor waardegedreven zorg. Wel kunnen zij kijken wat gezamenlijk kan. Bijvoorbeeld om landelijk tot dezelfde definities van uitkomstindicatoren te komen. Als we dat via de NVZ en andere koepelorganisaties kunnen realiseren, dan heb je het juiste begin en kun je beter benchmarken. Verder zijn er valkuilen. Wij hebben onvoldoende capaciteit om al die dashboards te ontwikkelen. Software leveranciers zijn nog niet zover dat wij alle benodigde informatie voor de dashboards uit het EPD kunnen halen. Verder kun je er alleen maar komen als je informatie met elkaar deelt. Maar er zijn verschillende EPD's en het ontbreekt aan onafhankelijke platforms waar koppelingen gemaakt kunnen worden. Koepelorganisaties en het ministerie van VWS kunnen er misschien voor zorgen dat we zonder al te veel gedoe systemen kunnen koppelen, zodat we de informatie goed uit de EPD's krijgen. En dan zitten we nog met de toezichthouders die op de oude leest geschoeid zijn. Die houden vast aan structuur- en procesindicatoren en daarmee vanuit wantrouwen in plaats van vertrouwen. Laat ons werken vanuit vertrouwen. Dan kunnen we dingen loslaten. Dat hebben we nodig in de complexe situatie waarin we zitten.”



Praat mee over waardegedreven zorg
Op NVZ Kennisnet is een community actief rondom Waardegedreven zorg. In deze werkgroep delen we kennis over waardegedreven zorg en wisselen we ervaringen uit. Ga naar nvz-kennisnet.nl

Desiree Creemers
is kinderarts en
medisch directeur
van het Rijnstate
Ziekenhuis.

Fotografie: De Beeldredactie / Piroshka van de Wouw

Wat verstaat u onder waardegedreven zorg?

“Dat is een lastige vraag. Want wat is waarde? En voor wie? De waarde moet in mijn optiek uitkomstgericht zijn. Met andere woorden, een beter resultaat voor de patiënt. Dus niet een patiënt naar zijn klachten vragen en deze vervolgens proberen op te lossen. Maar de patiënt vragen wat voor hém belangrijk is. Op welk niveau wilt u terugkomen? Als kinderarts vraag ik vaak aan mijn patiënten: “Wat kon je vroeger wel, en zou je nu weer heel graag willen kunnen?” Dat proberen terug te brengen is waar je naar moet streven. Dan voeg je waarde toe voor je patiënten. Tegelijkertijd moet je natuurlijk ook kijken naar de klinische uitkomst. Als we met z'n

“Digitalisering helpt mij een **beter**e dokter te zijn”



Bart van Pinxteren is behalve huisarts in de Utrechtse wijk Oog en Al ambassadeur e-health. Hij licht zijn collega's voor en motiveert hen om waar nodig de zorg te digitaliseren, inclusief het delen van het dossier met hun patiënten. Zijn belangrijkste advies: verplaats je als zorgverlener in de patiënt. **Over welke nieuwe mogelijkheden zou je dan zelf willen beschikken?**

Bart van Pinxteren is bescheiden over de digitale mogelijkheden in zijn eigen huisartsenpraktijk. Toch zijn die er wel degelijk. De patiënten kunnen inloggen in hun patiëntenportaal en vervolgens een e-consult afspreken, digitaal recepten aanvragen en een afspraak inplannen in de digitale agenda. Ook kunnen ze onder meer onderzoeksuitslagen lezen, met een toelichting over wat die betekenen. Daarnaast draait er een pilot waarbij patiënten met hoge bloeddruk een gevalideerde bloeddruk-meter koppelen aan hun smartphone. Daarmee meten ze thuis een week lang 's ochtends en 's avonds hun bloeddruk, terwijl de meter de gegevens automatisch doorgeeft. “Het beeld is een stuk betrouwbaarder dan een bloeddruk die we één of twee keer hier meten en waarbij nogal eens ‘spreekkamerhypertensie’ optreedt”, aldus Van Pinxteren.

EEN BETERE DOKTER

De Utrechtse huisarts vindt het belangrijk dat digitale zorg een extra service is voor patiënten, naast de gewone zorg. “Mensen die hun mobiel-

niet vertrouwen of liever langskomen op het spreekuur, zijn van harte welkom. Wie face-to-face-zorg verkiest, moet dat altijd kunnen krijgen.” Ondertussen moderniseert hij zijn spreekkamer: het bureau is vervangen door een zithoek en er wordt gespaard voor een groot digitaal scherm, waarop de patiënt kan zien wat zijn huisarts opschrijft in het dossier. Zo nodig kunnen patiënten een kleine les biologie krijgen, ondersteund met verhelderende beelden van hun organen of een behandeling. “De patiënt kan dan ook gelijk reageren op wat ik noteer.” Hoewel Van Pinxteren gegrepen is door alle digitale innovaties – “één grote snoepwinkel” – is zijn motivatie vooral dat deze hem kunnen helpen om een betere dokter te zijn. “Ik wil niet de dokter zijn die de oplossing op tafel legt. Ik word een betere dokter door mijn patiënten optimaal te informeren, zodat ze kunnen meebeslissen. Als de zorgverlening beter aansluit bij de patiënt, zijn we samen verantwoordelijk. Dat maakt ook mijn werk lichter.” Zijn maatstaf voor de keuze van innovaties is dan ook dat ze de zorg verbeteren, op het gebied van kwaliteit (zoals de bloeddrukmeter), service en beleving (je hoeft niet vrij te nemen om je dokter te raadplegen) en efficiëntie.

BLIK IN DE TOEKOMST

Bart van Pinxteren voorziet overigens geen science-fictionachtige zorgwereld over vijf jaar. “Wel verwacht ik dat de patiënt dan veel meer zorgvragen thuis, in zijn eigen veilige omgeving, beantwoord krijgt. Er komt ongetwijfeld ook een digitale assistente die vragen over kleine kwalen beantwoordt. Een huisartsenpraktijk hier in de regio experimenteert daar al mee. Natuurlijk moet ik die adviezen autoriseren, maar dat doen we nu ook met de adviezen van praktijkassistenten. En mensen met een chronische aandoening hoeven dankzij goede thuismetingen straks niet meer iedere drie maanden voor controles langs te komen.” Deze mogelijkheden zijn er al. Van Pinxteren hoopt dat ze over vijf jaar zijn geïntegreerd in de computersystemen en de praktijk. “We moeten er nu mee leren werken en zorgen dat we digitale tools kunnen koppelen aan bestaande dossiers. Dat wordt nog flink aanpoten.”

INFORMATIE ALS BASIS

Een eerste stap in ‘deze kleine revolutie’ is dat zorgverleners in 2020 hun patiëntendossiers openstellen én dat de patiënt vervolgens ook een digitaal overzicht krijgt van zijn totale zorg. “Als een zorgverlener zelf patiënt wordt, wil hij alle uitslagen en adviezen kunnen inzien. Dat is ook gewoon een recht. Wanneer je inzicht hebt in uitkomsten, raak je als patiënt meer betrokken bij je zorg. En zul je gemotiveerd zijn om bijvoorbeeld leefstijladviezen op te volgen.” Dat de patiënt zijn medische informatie bij elkaar wil hebben in één persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) of portaal, is dan ook vanzelf-

sprekend. Het vereist alleen een veilige technische koppeling, standaardisering en een overzichtelijke en duidelijke presentatie van informatie uit de verschillende medische dossiers. En de patiënt moet ook nog correcties kunnen aanbrengen. “Dat zijn nog best veel hobbels”, vindt Van Pinxteren. “Die kunnen we alleen nemen door als zorgverleners mee te beslissen over het ontwerp. Je mag dit niet overlaten aan ICT-ontwerpers met een commercieel belang. Vorm daarom een coalitie van zorgverleners en geef hen zeggenschap om beslissingen te nemen.”

SPANNENDE ONTDEKKINGSREIS

Natuurlijk weet Van Pinxteren dat de meeste zorgverleners niet in de rij staan om zich te verdiepen in ICT. “Door gezondheidszorg en ICT te integreren, helpen we patiënten om zichzelf te helpen. Dat is een enorme emancipatie. Daarom wil ik uitvinden welke nieuwe mogelijkheden daaraan bijdragen. Ik ervaar de digitalisering als een spannende ontdekkingsreis.” Inspirerende verhalen van andere zorgprofessionals zullen volgens hem collega's over de streep trekken. Zij kunnen overtuigend laten zien hoe digitalisering hun werk leuker maakt. “En vraag als bestuurder en ICT'er wat dokters zelf zouden willen, wanneer ze een chronische aandoening krijgen.”



Open dossiers

In 2020 stellen huisartsen hun dossier open. Er zijn negen huisartseninformatiesystemen. Vrijwel alle systemen geven aan dat het dossier (of delen ervan) kan worden ingezien, maar deze inzage is vaak nog beperkt en wordt nog niet breed toegepast. Er is een gezamenlijk programma, OPEN: Ontsluiten van Patiëntengegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland. In de ziekenhuiszorg werken we aan VIPP (Versnelingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional). In het eerste kwartaal van 2019 hebben bijna 750 duizend patiënten ingelogd in een patiëntenportaal om hun eigen medische gegevens te bekijken. Sinds de start van het VIPP is het aantal deelnemende ziekenhuizen met een patiënten-portaal gestegen van 24 naar 62. In totaal doen 98 instellingen via de NVZ mee aan VIPP. Volgens Van Pinxteren zal het aantal patiënten dat het portaal benut groeien. Dan moeten zij er wel op worden gewezen dat ze uitslagen online kunnen bekijken. Een kwestie van gewenning dus, net als internetbankieren. De eerste deelnemer heeft het programma inmiddels afgerond: Amphia. Het programma eindigt op 31 december 2019. Meer informatie op www.vipp-programma.nl

Laag-drempelig en snel!



"Het succes van NVZ Kennisnet wordt door de deelnemers zelf bepaald"

Maurice Geven
Stafffunctionaris financiën
Elkerliek Ziekenhuis,
Helmond

NVZ Kennisnet werkgroepen:
NVZ Technisch Overleg,
Rechtmatigheidscontroles,
Kwaliteitsindicatoren,
Horizontaal toezicht en
compliance, MKA & BTH

NVZ Kennisnet is een platform waarop in werkgroepen informatie wordt gedeeld over alles waar je als zorg-professional mee te maken krijgt. **Maurice Geven** over de kracht van kennisdeling.

Interne audits, wet- en regelgeving, procuratie-regelingen, fraudedossiers, Administratieve Organisatie. Een staffunctionaris financiën krijgt met een breed palet aan werkzaamheden te maken. "Daarom zit ik ook in méér werkgroepen", vertelt Maurice Geven. Dagelijks ontvangt hij meldingen via mail en is hij actief op Kennisnet. "Enerzijds om op de hoogte te blijven van ontwikkelingen, anderzijds om kennis te vergaren en kennis te delen. De werkgroepen waar ik gebruik van maak, zijn NVZ Technisch Overleg, Rechtmatigheidscontroles MSZ, Kwaliteitsindicatoren, Horizontaal toezicht en compliance, MKA & BTH.

SNEL MEDIUM

Kennisnet is volgens Geven vooral een laag-drempelig en snel medium. "Als ik hier met mijn collega een discussie heb over een bepaald vraagstuk, is het heel makkelijk om dat even op Kennisnet te posten. Dan kom je snel te weten wat anderen daarvan vinden. Vaak krijg je dan een bevestiging van wat ik al dacht, dus dat is goed. Wel zie je dat naarmate de complexiteit van de vraag toeneemt, er minder reacties komen, wat op zich ook wel logisch is. Maar de kwaliteit van de antwoorden is meestal goed, dus dan heb je er ook niet veel nodig."

AANVULLING OP BRONNEN

De NVZ plaatst zelf ook regelmatig informatie op Kennisnet. Dat vindt hij erg handig. "Bijvoorbeeld als er nieuwe releases of tabellen zijn. Het is een platform waar je snel gebruik van maakt." Volgens de staffunctionairs financiën is Kennisnet een kennisbron voor iedere zorgprofessional. "Het is een aanvulling op alle andere beschikbare bronnen en netwerken die je kunt raadplegen. Het succes ervan wordt door de deelnemers zelf bepaald. De werkgroep NVZ Technisch Overleg is best groot, maar het is altijd maar een relatief kleine groep die écht actief is met het plaatsen van berichten en beantwoorden van vragen. Ik zou daarom iedereen willen oproepen om actief mee te doen. Al zou je alleen maar een bevestiging geven of juist zeggen dat het wat jou betreft helemaal anders moet. Als deelnemers lezen én actief reageren, geeft dat de NVZ misschien weer extra argumenten om het gesprek aan te gaan met bijvoorbeeld de NZa of met zorg-verzekeraars."

Behoeftte aan kennis delen?
Inmiddels maken bijna 4.500 collega's
enthousiast gebruik van NVZ Kennisnet.
Ga naar nvz-kennisnet.nl



De KRACHT van vrijwilligers is onschatbaar

Vrijwilligers zijn onmisbaar voor onze patiënten. **Ze zorgen voor een gastvrije ontvangst, helpen met de taal, brengen patiënten met de taxi naar hun auto, maar geven vooral aandacht.**

Dat doen ze met gevoel voor de emoties en behoeften van patiënten, ook al ontmoeten ze hen vaak maar één keer. Ervaringen van vijf gepassioneerde vrijwilligers.



Henk Koster (57)
Gastheer Patiënten
Service en
Begeleiding

***“Onze gasten
voelen zich gehoord
en gezien”***

“Op mijn 55ste ben ik gestopt met werken. Na een jaar van leuke dingen doen, was ik toe aan een nieuwe uitdaging. Mijn partner werkt in het Reinier de Graaf Gasthuis. Zo werd ik daar gastheer op de Patiënten Service en Begeleiding. We bieden onze gasten alle denkbare service. Ik help ze bij het pasjesapparaat of de digitale aanmelding bij het laboratorium. Daarnaast sta ik in de centrale hal om vragen te beantwoorden, de weg te wijzen, een praatje te maken of een rolstoel voor een patiënt te regelen. Dit werk verrijkt mijn leven. Ik ontmoet allerlei verschillende mensen. De uitdaging is om steeds de juiste toon weten te treffen. Mensen zijn soms emotioneel en bang of verdrietig door slecht nieuws. De één wil zich uiten, de ander wil liever alleen zijn. Dat moet je goed aanvoelen. Er is ook blijdschap, zoals bij ouders met een pasgeboren baby. Al die diversiteit is ongelooflijk mooi. Door in te spelen op hun behoeften, probeer ik er voor patiënten te zijn. Natuurlijk hebben mensen niet altijd behoefte aan contact maar meestal maken we door onze gastvrijheid het verschil. Dat waarderen patiënten en bezoekers. Ze voelen zich gehoord en gezien.”



Hans van Lierop (66)
Vrijwilliger op de
afdeling Neurologie

“Iets terugdoen voor de maatschappij”

“Sinds mijn pensionering ben ik vrijwilliger op de verpleegafdeling Neurologie in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg. Vanuit het huiskamerproject bezoek ik iedere maandagochtend patiënten. Ik maak een praatje, doe een spelletje of ga even met hen koffiedrinken, net waar behoefte aan is. Laatst was een mevrouw zó verdrietig. We konden niet met haar communiceren en zijn toen naar de Muziekkids Studio gegaan. Ik zag hoe rustgevend dat voor haar was. Dat geeft mij enorm veel voldoening. In 2017 lag ik zelf in het ziekenhuis en ervoer ik hoe belangrijk het is om je verhaal kwijt te kunnen. Je wordt dan even op andere gedachten gebracht, dat ontspant. Met dit werk kan ik wat terugdoen voor de maatschappij. En het is ook een stukje verwerking van wat ik zelf heb meegemaakt. Ik heb bewust voor de neurologie-afdeling gekozen; veel neurologiepatiënten kunnen dingen niet meer goed onder woorden brengen. Voor hen is ontspanning, persoonlijke aandacht en rust heel prettig. Als je met pensioen gaat, krijg je volop aanbiedingen, maar dit werk ligt mij het meest. Ik ben een mensenmens. Het geeft mij een warm gevoel om wat voor deze patiënten te kunnen betekenen, ook al ontmoet ik ze vaak maar één keer.”



Ingrid Duitemeijer (62)
Vrijwilliger ouderenzorg,
gastvrouw op de SEH
en Kinderafdeling

“Als ik weer kon kiezen, koos ik voor de zorg”

“Vijf jaar geleden raakte ik door een reorganisatie mijn baan kwijt, maar ik wilde wel wat blijven doen. Tijdens een bezoek met mijn moeder op de spoedeisende hulp, zag ik dat het Haaglanden Medisch Centrum Bronovo vrijwilligers zocht. Nu werk ik als gastvrouw op de kinderafdeling en de spoedeisende hulp en als vrijwilliger ouderenzorg. Ik kan in het vrijwilligerswerk veel kwijt. Je betekent iets voor mensen. Op de spoedeisende hulp komen mensen vaak geëmotioneerd binnen. Door ze gastvrij te ontvangen en even mee te lopen naar de röntgenafdeling, help ik hen al. Op de ouderenafdeling maak ik een praatje aan het bed of ga ik even met een patiënt naar buiten. Ik neem de tijd, ik luister of houd even hun hand vast. Als je in een ziekenhuis ligt, is die aandacht en afleiding heel fijn. Voorlopig ga ik door met dit werk. Ik kan het iedereen aanraden om vrijwilligerswerk te doen. Wel wordt verwacht dat je er bent, dus vrijblijvend is het niet. Maar je ziet dat mensen erbij gebaat zijn. Als ik opnieuw kon kiezen, koos ik voor de zorg.”



Marian Janssen Steenberg (67)
Vrijwilliger MijnJBZ
en het Taalpunt

“Het ligt mij om dingen uit te leggen”

“Na mijn loopbaan als verpleegkundige keerde ik terug in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Nu werk ik er als vrijwilliger bij MijnJBZ en het Taalpunt – voor verwijzing van laaggeletterden. Ik wilde na mijn pensionering vrijwilligerswerk doen. Omdat ik de ziekenhuissfeer en de contacten miste, werd ik hier vrijwilliger. Het accent ligt nu op MijnJBZ, waar patiënten een deel van hun dossier kunnen inzien. Ik help hen bij het inloggen met DigiD en sms-activatie. Het is fijn om mensen te kunnen helpen en wat voor ze te betekenen. Ze zijn vaak heel dankbaar. Ik hou van contacten én het ligt mij om dingen uit te leggen. Als verpleegkundige was ik altijd open naar patiënten. In MijnJBZ kunnen patiënten nu zelf een deel van hun gegevens inzien. Dat geeft hen meer regie over hun lichaam en welzijn en helpt hen om met hun ziekte om te gaan. MijnJBZ ligt mij na aan het hart. En de ziekenhuiscultuur past bij mij, dus ik blijf dit zolang mogelijk doen.”



Truus Poels (73)
Vrijwillig
taxichauffeur

“Als mensen slecht nieuws hebben gehad, zet ik de auto even stil”

“Ik rijd als vrijwillig taxichauffeur op de parkeerplaats van het ziekenhuis en breng mensen terug naar hun auto of haal ze op. Tijdens de bouw van het ziekenhuis werkte ik als secretaresse bij de aannemer. Er was dus al een connectie. Deze baan is geknipt voor mij; ik ben een sociaal mens. Mensen zijn dankbaar voor de service en vinden het fijn dat ze een praatje kunnen maken. Soms hebben ze slecht nieuws gehad. Dan zet ik de auto even stil, zodat ze hun verhaal kunnen doen. Zo heb ik het gevoel dat ik iets voor anderen kan betekenen, ook al is het maar een enkel moment. Als het mij gegeven is, ga ik hier nog graag vijf jaar mee door. Het werk geeft mij voldoening en is een fijne afleiding.”

Nederland telt
450.000
vrijwilligers
in de zorg

DE ~~GRIEP~~ 🤧
IS ONDERWEG
JE #PRIKKIE 💉
GELUKKIG OOK!

Vaccinatiegraad tegen griep verder omhoog

In 2018 heeft de campagne **voorkomgriep.nl** geleid tot een hogere griepvaccinatiegraad onder zorgmedewerkers. Om die reden herhaalt de NVZ de campagne. Met vaccinatie neemt de bescherming tegen kruisbesmetting bij medewerkers en patiënten toe.

Uit een meting van de NVZ blijkt dat het aantal vaccinaties tegen griep is gestegen van gemiddeld 13 naar 24 procent. De NVZ vindt het een mooi begin dat de campagne vorig jaar heeft bijgedragen aan bijna een verdubbeling van al het zorgpersoneel (van de lidinstellingen) dat de griepvaccinatie heeft gehaald. Toch is dat niet voldoende, vinden zowel de NVZ als minister Bruins. Met een lage vaccinatiegraad bestaat het risico dat (kwetsbare) patiënten die niet zijn ingeënt, de griep aan verpleegkundigen en andere medewerkers overdragen. Werknemers kunnen het griepvirus vervolgens weer verspreiden binnen de instelling of binnenbrengen op andere

locaties. Als meer medewerkers de griepvaccinatie halen, neemt de bescherming tegen kruisbesmetting toe.

RISICO'S UITBANNEN

De NVZ wil de situatie van 2017-2018 voorkomen, toen de aanhoudende griep leidde tot uitval van personeel. Onderzoek onder 35 ziekenhuizen wees uit, dat 79 procent een tijdelijke opnamestop moest inlassen en 86 procent van de ziekenhuizen personele problemen kreeg door ziekteverzuim. Volgens het RIVM moet het belang van de griepvaccinatie niet onderschat worden. Internationaal onderzoek toont aan dat een goede vaccinatiegraad onder ziekenhuismedewerkers het risico op griep bij vatbare patiënten met 30 tot 50 procent verlaagt. Met een vaccin neemt de kans op griep af; krijg je toch griep dan word je met een vaccinatie minder ziek en is de kans op complicaties zoals longontsteking veel kleiner.

START EEN CAMPAGNETEAM

Volgens de NVZ laten de cijfers zien dat er een stevig draagvlak voor vaccinatie begint te ontstaan. Een verdere stijging is haalbaar. Dat is ook de reden dat de campagne voorkomgriep.nl, die vorig jaar werd gelanceerd, dit najaar wordt herhaald. In een uitvoerige online handleiding wordt zorginstellingen geadviseerd om een multidisciplinair vaccinatiecampagneteam samen te stellen. Dat team krijgt de opdracht om de methoden van vorig jaar te evalueren en succesvoorbeelden te herhalen. Ook buigt het team zich over de praktische organisatie, zoals met mobiele prikteams ('prikkar'), een vaste vaccinatieplaats of peer (personeel geeft elkaar het vaccin). Gemikt wordt op een stijging van de vaccinatiegraad van ten minste 10 procent. De campagne-materialen worden via voorkomgriep.nl nog voor de zomervakantie aan alle instellingen beschikbaar gesteld. ///



Download de toolkit

Op voorkomgriep.nl kunnen zorginstellingen een campagnetoolkit downloaden om naar eigen inzicht in te zetten. Op de website is een algemene handleiding beschikbaar, net als een campagneplan, infographic en een prikkalender, waarop prikmomenten en klinische lessen kunnen worden toegevoegd. Posters, banners en flyers kunnen worden voorzien van het eigen logo en de locatie waar de griepvaccinatie gehaald kan worden.

Juiste zorg op de juiste plek betekent **samenwerken**

De juiste zorg voor de patiënt, op de plek en manier die het beste bij hem past. Dicht bij huis als dat kan, in nauwe samenwerking met zorgaanbieders in de regio en ondersteund door slimme technologie. Om de zorg goed én betaalbaar te houden. Dat is de kern van Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP). Om deze beweging vorm te geven, werken de NVZ en de leden samen aan het programma JuMP: Juiste Medisch specialistische zorg voor de Patiënt. Samen met een klankbordgroep van programmamanagers JZOJP uit ziekenhuizen en revalidatiecentra, zijn succesfactoren in kaart gebracht. Vijf leden komen aan het woord: **hoe werkt het in de praktijk?**



*Juiste Zorg op de Juiste Plek volgens
Eva van Velzen, programmamanager
Keteninnovatie bij Alrijne Zorggroep en
Relinde de Beer, senior zorginkoper
Zorg en Zekerheid:*

"In onze regio Zuid-Holland Noord vindt al veel samenwerking plaats tussen de diverse zorgpartners, maar nog voornamelijk op projectbasis. JZOJP stimuleert alle zorgpartijen vanuit een gezamenlijke regiovisie samen te werken aan de noodzakelijke transformatie om de patiënt juiste zorg op de juiste plek te bieden.

Aan de regionale bestuurderstafel Zuid-Holland Noord zijn intussen bijna alle partners vertegenwoordigd, waarbij iedereen gelijkwaardig is: de regionale huisartsen, de vier grootste VVT-organisaties, het revalidatiecentrum, ggz, GGD, twee ziekenhuizen en zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. Hopelijk sluiten ook gemeenten en patiëntenorganisaties snel aan, hun deelname is van groot belang.

Door de gezamenlijke successen die we de afgelopen jaren al hebben geboekt, groeit het vertrouwen in de regionale samenwerking. Voorbeelden zijn de 'warme overdracht' van ziekenhuis naar thuiszorg en het project wondzorg, waarbij de specialist spreekuur bij de huisarts heeft en er een gespecialiseerd wondverpleegkundige met de huisarts samenwerkt. Heel inspirerend voor alle deelnemers.

Achterliggende vraag blijft: hoe zet je elke euro het beste in om voor de inwoners van onze regio optimale keuzes te maken? Hiervoor heb je betrouwbare data nodig op basis waarvan regionale bestuurders gezamenlijk toekomstbestendig beleid kunnen maken. In het 'beeld van de regio' heeft het JZOJP-programmateam beschikbare gegevens over onze zorgregio verzameld en inzichtelijk gemaakt. Vooral de cijfers over de demografische ontwikkelingen en toename van de zorgvraag zijn hierin belangrijk. De regionale vergrijzing is nog omvangrijker dan landelijk. Hierdoor zullen specialisten ondanks

"Gebruik regionale data om de noodzaak van de transformatie inzichtelijk te maken en gezamenlijke keuzes mee te onderbouwen"

overheveling van zorgtaken naar de eerste lijn niet bepaald met lege wachtkamers te maken krijgen. Voor hen beslist een eyeopener.

Om tot optimale keuzes te kunnen komen, bepalen we in overleg welke specifieke ziektebeelden en/of patiëntengroepen zich binnen onze regio goed lenen voor meer samenwerking. Goede voorbeelden zijn de zorg voor (met name kwetsbare) ouderen en de zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten. Voor deze groepen geldt dat geen enkele organisatie de zorg voor deze patiënten alleen goed kan organiseren. De volgorde is: eerst inhoudelijke afspraken maken voor de hele regio en die vervolgens implementeren in de verschillende zorgorganisaties. De rol van de zorgverzekeraar is belangrijk hierbij. De in de regio gemaakte inhoudelijke afspraken moeten (waar nodig) landen in integraal inkoopbeleid."

Juiste Zorg op de Juiste Plek volgens Heleen van Nispen, programmadirecteur Reinier Haga Groep en Erik Booden, directievoorzitter Langeland Ziekenhuis en lid rvb Reinier Haga Groep:

"Al vóór het programma JZOJP hadden we in Zoetermeer een bestuurlijke tafel die beleid maakte voor zorg in de regio. Van hieruit is een gezamenlijk transitieteam gevormd, waarin bijvoorbeeld ook twee grote ggz-instellingen zijn vertegenwoordigd, Parnassia en Rivierduinen.

Voor JZOJP hebben we vier grote projecten geprioriteerd. Dit betreft de acute keten kwetsbare ouderen, één actueel medicatieoverzicht creëren voor de hele keten, regionaal netwerk voor leefstijl, zelfmanagement en preventie en informatie-uitwisseling (Medmij/PGO). Dit laatste is belangrijk, want Zoetermeer loopt bijvoorbeeld voorop in de uitwisseling van patiëntgegevens. Vaak vormt dat nog een belemmering voor betere samenwerking binnen de zorgketen. Het is essentieel als elke partner in de keten gebruikmaakt van dezelfde (eenmalig vastgelegde) informatie.

Binnen Reinier Haga Groep (RHG) hebben wij te maken met de regio's Haaglanden, Zoetermeer en Delft/Westland. De organisatiegraad in Zoetermeer is sterk, mede door een uitstekende samenwerking met SGZ, Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer. Het verzorgingsgebied van Delft en Zoetermeer is relatief overzichtelijk. Gemeenten en alle zorgpartners kunnen elkaar gemakkelijk vinden. Binnen regio Den Haag

worden ook goede stappen gezet maar is dit complexer door meer zorgaanbieders voor de eerste en tweede lijn en een andere dynamiek en problematiek van de populatie. Met relatief hoge segmentatie, grote gezondheidsverschillen en veel meer culturele diversiteit. Een andere uitdaging voor alle drie de regio's is de samenwerking met meerdere zorgverzekeraars. Voor het succes van JZOJP moeten ook zij meegaan in regionalisering. Om sneller te leren en te innoveren, werken we binnen RHG bijvoorbeeld regio-overstijgend samen met e-health. Dankzij innovatieve ICT-toepassingen kun je meer patiënten zorg thuis bieden.

In Delft loopt de pilot telemonitoring van COPD-patiënten, in Den Haag een voor patiënten met hartfalen. We willen meer binnen RHG, maar dit moet ook financieel passen. Dit vergt ook een ander beloningssysteem, want van het bestaande (volgens de DBC's) gaan geen prikkels uit. Het HagaZiekenhuis kent inmiddels meerjarenafspraken, voor Delft en Zoetermeer gelden nog afspraken voor één jaar. Daarbij gaan transitiekosten voor de baten uit, dus zouden de zorgverzekeraars actiever moeten meebewegen. Er moet immers voor ziekenhuizen ook ruimte blijven bestaan om te investeren in opleiding, onderzoek en innovatie. Valt die impuls weg, dan komt dit de kwaliteit van de zorg niet ten goede." 

Juiste Zorg op de Juiste Plek volgens Erny Korsmit, adviseur netwerkzorg Bravis ziekenhuis:

"Wij staan op het punt om het programma JZOJP stevig te professionaliseren. Door het in de lijnorganisatie te implementeren en er meer zorgverleners in de regio bij te betrekken. De aanloop was best lastig, want vier jaar geleden is Bravis ziekenhuis voortgekomen uit Franciscus Ziekenhuis Roosendaal en Lievensberg Bergen op Zoom. Zo'n fusie zorgt altijd voor een onrustige periode, want mensen moeten plotseling verhuizen van werkplek, ze krijgen nieuwe collega's, het werk wordt anders georganiseerd en vaak is er ook sprake van bedrijfsculturele verschillen.

Daarom was er vóór dit programma al een duidelijk beleidsplan gemaakt, met het oog op de toekomst van het ziekenhuis en de zorg in onze regio. Onderdeel daarvan was het programma keten- en anderhalvelijnszorg, gericht op versterking van de

"Het bestaande beloningssysteem stimuleert niet tot verandering"

zorgketen. Met andere woorden: wij zoeken de samenwerking. We waren al op weg door samen te werken met ouderenzorg en thuiszorg. Dit willen we verstevigen en uitbreiden. De band met de huisartsen was van oudsher voor de twee losse ziekenhuizen weliswaar al sterk, maar heeft hernieuwde aandacht nodig na de fusie.

Voor JZOJP hebben we een programmateam opgezet. Het sterke hieraan is de samenwerking tussen een lid van het stafbestuur, een lid van de raad van bestuur, een lid van het managementteam als programmamanager en ikzelf als adviseur/projectleider. Aan de randvoorwaarden is voldaan, nu komt het erop aan om de samenwerking en herverdeling van taken in de praktijk gestalte te geven. Dan blijkt dat zorgprofessionals soms moeite hebben om taken los te laten en over te dragen. Bij specialisten ontstaat dan toch nog

welijks een gevoel dat 'werk de deur uitgaat.' Niet nodig, want om de kwaliteit van de specialistische zorg in de regio te waarborgen, blijft een stevige basis in het ziekenhuis noodzakelijk. Artsen houden uitdagend werk doordat ze (vaak oudere) patiënten met complexere ziektebeelden zien, terwijl 'gemakkelijkere' zorgtaken door de eerstelijnszorg worden uitgevoerd.

Dat werkt prima in de praktijk. Bijvoorbeeld met een optometrist die bij de huisarts een diagnose stelt, waarbij de oogarts alleen in beeld komt als het echt nodig is. De patiënt hoeft niet naar het ziekenhuis en is ook nog eens sneller aan de beurt."

"Om de kwaliteit van de specialistische zorg in de regio te waarborgen, blijft een stevige basis in het ziekenhuis noodzakelijk"

“Bij ons hebben huisartsen meer tijd gekregen voor het consult met de patiënt”

*Juiste Zorg op de Juiste Plek volgens
Els van der Stelt, programmamanager
Rivas Zorggroep:*

Dat Rivas Zorggroep diverse zorgdisciplines binnen de eigen organisatie heeft, is enerzijds een meerwaarde en anderzijds een grote uitdaging. We moeten immers af van productiegericht werken volgens de DBC's. Binnen onze groep loopt al sinds 2015 het kwaliteitsprogramma KAM, Kwaliteit Als Medicijn. In de regio Gorinchem werken specialisten van het Beatrixziekenhuis nauw samen met de huisartsen en zorgverzekeraar VGZ. Wij hebben dus al de nodige ervaring met het verplaatsen van zorgtaken binnen de keten en weten wat dit betekent voor de patiënt, maar ook voor de zorgprofessional.

Het doorbreken van bestaande patronen is lastig. Je hebt hierbij immers ook te maken met juridische en financiële aspecten. Het vraagt ook om een cultuuromslag. Specialist in ons ziekenhuis waren er eerlijk over. Zij zien regelmatig patiënten op vervolgafspraken, waarbij het consult niet veel meer behelst dan de hand schudden en even bijpraten, tot de volgende afspraak.

Centrale vraag moet zijn: is het wel nodig dat de patiënt voor elke diagnose, behandeling, controle of nazorg naar de specialist in het ziekenhuis gaat? Kunnen huisartsen en de thuiszorg niet een deel van

dat takenpakket overnemen? Wat is daarbij de rol van de medisch specialist (op afstand)?

Daarbij moet je uiteraard niet het verdienmodel van zorgverleners uit het oog verliezen. Je kunt de patiënt bijvoorbeeld wel uit het ziekenhuis halen, maar de vaste kosten lopen door. Daarom is de rol van de zorgverzekeraar essentieel bij de herverdeling van zorgtaken in de regio. Ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg, maar ook gemeenten, ggz en GGD moeten verzekeraars ervan overtuigen dat integrale zorg uiteindelijk per saldo minder kost. Maar dan moeten verzekeraars wel bereid zijn hierin te investeren.

Binnen Rivas Groep hebben we hiermee een mooi succes geboekt door de huisarts meer tijd te geven voor het consult met de patiënt. Die is verlengd van tien naar vijftien minuten en voor complexe patiënten zelfs naar dertig. Het aantal doorverwijzingen naar de specialist is hierdoor met bijna twintig procent afgenomen en de patiënt voelt zich beter gehoord en serieus genomen. Met VGZ praten we nu over overkoepelende en samenhangende meerjarenafspraken voor het ziekenhuis, de huisartsen en de thuiszorg. Dat is essentieel voor het succes van dit programma.”

*Juiste Zorg op de Juiste Plek volgens
Els Reeuwijk, programmamanager
Antonius Zorggroep:*

"Omdat de zorg steeds meer zoveel mogelijk thuis moet plaatsvinden, heeft JZOJP de opdracht om dit goed in te vullen. Wij stellen het patiëntbelang altijd voorop, dus bevragen wij hen op hun wensen. Welke zorg verwachten zij en op welke manier moet dit worden ingevuld? Op basis hiervan hebben wij vijf patiëntpaden gedefinieerd, met drie pilots: het toedienen van infusen thuis, hartfalen met telemonitoring en wondzorg, vooral voor open benen. Na de zomer volgen de zorg voor COPD- en parkinsonpatiënten. Vooraf hebben we patiënten geïnterviewd over hun ervaringen en op basis daarvan ontwikkelen we nieuwe ontwerpen.

Omdat Antonius Zorggroep een eigen thuiszorgdivisie heeft, zijn de lijnen kort en kunnen we de diverse zorgtaken goed op elkaar laten aansluiten. Uiteraard hebben ook wij te maken met juridische vraagstukken rond deze zorgtransitie en de bij behorende geldstromen. Onze groeifpraak van nul procent is een van de incentives van het JZOJP-programma. Hierbij hebben we de prettige uitgangspositie dat we een lumpsumafpraak hebben kunnen maken met de zorgverzekeraar. Zo kunnen wij de wensen van de patiënten leidend laten zijn op weg naar betere zorg. Om het programma te laten slagen en meer zorg naar huis te verplaatsen, is het essentieel dat alle lagen binnen onze organisatie zich achter deze strategische koers scharen. Dit vraagt om forse investeringen aan de voorkant, die pas later rendement zullen opleveren. Ook belangrijk:

de uitwisseling van zorgprofessionals tussen het ziekenhuis en de wijk. Op die manier leert iedereen ook het patiëntperspectief begrijpen, want in de zorg is het een hardnekkige gewoonte om óver en vóór patiënten te denken. Of het ook werkt? De eerste resultaten verwachten we eind 2019.

In de voorbereiding zien we wel wat onwennigheid onder ziekenhuisverpleegkundigen, die het soms lastig vinden dat zij bepaalde taken moeten overdragen aan de thuiszorg. Bijvoorbeeld vanwege bijwerkingen van infusen bij oncologiepatiënten. Maar Juiste Zorg op de Juiste Plek is ook een programma dat tot een culturomslag moet leiden. De zorgprofessional moet leren dat de wereld verandert en daarmee ook zijn of haar rol binnen het zorglandschap. Zodra zij in de praktijk inzien dat dit ten goede komt aan de zorg voor de patiënt, volgt de rest vanzelf."

*"Het is een
hardnekkige
gewoonte in de
zorg om óver
en vóór patiënten
te denken"*



Meer over JZOJP

Wil je meer weten over de succesfactoren voor Juiste Zorg op de Juiste Plek? Gebruik de stroomversnellers op zorgvoorjump.nl.

Met dank aan Bravis Ziekenhuis in Bergen op Zoom, huisartsenpraktijk in Amersfoort en mevrouw Gunneweg.



Samen stappen maken



"Dankzij Kennisnet weet ik dat veel ziekenhuizen tegen dezelfde problemen aanlopen en dat je er dus niet alleen voor staat"

Anniek Verschuure

Beleidsmedewerker
Kwaliteit & Veiligheid,
Antoni van Leeuwenhoek
Ziekenhuis, Amsterdam

NVZ Kennisnet

werkgroepen:
Kwaliteitsindicatoren,
Ziekenhuischeck

NVZ Kennisnet is een platform waarop in werkgroepen informatie wordt gedeeld over alles waar je als zorg-professional mee te maken krijgt. **Anniek Verschuure** over de kracht van kennisdeling.

"Ik ben een enthousiast gebruiker van Kennisnet", zegt Anniek Verschuure. "Ik heb me bij mijn aanstelling in augustus vorig jaar meteen aangemeld. Nu ben ik lid van de werkgroep Kwaliteitsindicatoren en Ziekenhuischeck." Omdat het begrip kwaliteitsindicatoren nieuw voor haar was, heeft ze veel van Kennisnet opgestoken. "Het is fijn dat je snel antwoord krijgt op vragen die je bezighouden. Bovendien merk ik dat veel andere ziekenhuizen tegen dezelfde problemen aanlopen en dat je er dus niet alleen voor staat."

ONDERSTEUNING VANUIT NVZ

Regelmatig leest Verschuure relevante berichten door. De intensiteit neemt toe naarmate de deadline nadert waarop de kwaliteitsindicator moet worden aangeleverd. "Je zit er dan vrijwel dagelijks op om vragen en antwoorden te

bekijken, zelf te reageren of om te kijken of er antwoord is op de vragen die ik gesteld heb." Verder is ze zeer te spreken over de ondersteuning van de NVZ. "Sjors van Aalst is de beheerder van Kennisnet. Hij reageert snel en adequaat. Toen bleek dat ik en nog een aantal mensen, problemen hadden met het op tijd aanleveren van de IC kwaliteitsindicator, heeft hij vanuit de NVZ actie ondernomen. Het resultaat is dat er nu wordt gekeken wat binnen de termijn haalbaar is en dat er voor volgend jaar verbeteringen zijn toegezegd. Zonder Kennisnet had ik die deadline ook wel gehaald, maar dan had ik alles zelf moeten uitzoeken. Dat had me veel meer tijd en zorgen gekost. Nee, ik zou niet zonder Kennisnet willen. Met z'n allen kom je een grote stap verder."

Behoeftte aan kennis delen?

Inmiddels maken bijna 4.500 collega's enthousiast gebruik van NVZ Kennisnet. Ga naar nvz-kennisnet.nl

Ziekenhuizen moeten winst kunnen uitkeren. Dat advies gaf de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) al in 2007 om de marktwerking in de zorg te stimuleren. Toch geldt er nog een winstverbod omdat de kwestie politiek gevoelig ligt. Dit zijn de standpunten van ziekenhuis-bestuurder Mark van Houdenhoven en SP-Kamerlid Maarten Hijink.

Winstuitkering: het hete hangijzer

“Overheid: zorg voor duidelijkheid”

“Soms word ik wakker uit een droom waarin ik me afvraag waarom we in de ziekenhuiszorg geen investeerders hebben die bestuurders de kritische vraag stellen: ‘Waarom heeft u nog allerlei functies in huis die niet efficiënt zijn?’ Die vraag zou gerechtvaardigd zijn. Een eigen laboratorium, sterilisatie-afdeling, logistieke afdelingen, technische dienst: allemaal feitelijk niet concurrerende functies. Dat kan echt efficiënter. Het punt is: ze zouden het niet laten bij de efficiencyverbetering van dergelijke niet-concurrerende, kwetsbare onderdelen van de ziekenhuiszorg. Als zo’n investeerder eenmaal binnen is, gaat die niet zomaar weer weg. En wie zegt dan dat hij niet gaat beknechten op het zorgaanbod, op noodzakelijke opleidingen en onderwijs of gaat besparen op de gebruikte medische hulpmiddelen? En als dat gebeurt, wordt geld dan niet belangrijker dan de zorg? Ondanks dat al jaren wordt gediscussieerd over de vraag of winstuitkering door ziekenhuizen mogelijk moet zijn, ben ik er nog steeds niet helemaal in geslaagd om voor mijzelf een eenduidig antwoord te formuleren.”

Mark van Houdenhoven, bestuursvoorzitter St. Maartenskliniek

“De marktmeester wordt node gemist”

“Iedereen in de zorg mag winst maken: bouwbedrijven, leveranciers, ict-bedrijven, dokters, noem maar op. Alleen de ziekenhuizen mogen dat niet. Maar ondertussen zien we wel dat gedoogd wordt dat ZBC’s winst uitkeren, wat mogelijk is omdat ze weliswaar een WTZI-erkenning hebben maar handelen vanuit een bv. Het ontbreekt dus aan duidelijkheid. Dat valt de overheid te verwijten, die zou zich helder moeten uitspreken over wat op dit gebied wel en niet mag, kaders moeten stellen. Maar dat is niet het enige. We missen ook een echte marktmeester, een partij die ons door een afgewogen prijs/kwaliteitsbeleid dwingt om ons werk steeds beter te doen. In ons huidige stelsel is dat de rol die de zorgverzekeraars zouden moeten vervullen, maar die laten hem liggen. En als in die situatie de overheid het nalaat om met een duidelijk standpunt te komen, ligt het voor de hand dat wordt gekeken naar andere partijen. Ik denk dat ons stelsel prima kan bestaan zonder investeerders met winstdoelstellingen. Veel ziekenhuizen bewijzen dat, ze kunnen voldoende kapitaal aantrekken en innoveren. Maar het zou enorm helpen als we wisten waar we aan toe waren. Het wordt tijd dat de overheid ons die duidelijkheid geeft.”

Maarten Hijink, Tweede Kamerlid SP

Zoeken naar een goede balans

In 2014 nam de Tweede Kamer een wetsvoorstel aan, waarin het voor ziekenhuizen en medisch specialisten mogelijk werd om onder strikte voorwaarden winst uit te keren aan banken en andere kapitaalverstrekkers. Er kwam te weinig steun van de partijen in de Eerste Kamer, waardoor het wetsvoorstel op plank belandde. Op dit moment geldt dan ook nog steeds een verbod op winstuitkering in de intramurale zorg. Het ministerie van VWS doet momenteel onderzoek naar winstuitkering door zorgaanbieders.

De (inmiddels nieuwe) Tweede Kamer denkt erg verschillend over het verbod op winstuitkering door ziekenhuizen. De grootste regeringspartij VVD wil het ziekenhuizen toestaan om ‘fatsoenlijk kapitaal’ aan te trekken tegen een redelijk rendement, met strenge spelregels. Eind vorig jaar gingen in korte tijd twee grote ziekenhuizen failliet: het Slotervaartziekenhuis en IJsselmeerziekenhuizen. Volgens de VVD was winstuitkering een optie geweest om faillissementen te helpen voorkomen. Het pijnpunt zou niet zozeer marktwerking zijn; de uitdaging ligt in het zoeken naar een fatsoenlijke balans tussen verschillende belangen. Maarten Hijink van de SP gelooft daar niet in. “Privaat geld lokt uit tot beleidsmatig denken in het belang van externe financiers in plaats van in het medisch belang en dat van de patiënt”, zegt hij. “Geld dat met premies of belastingen in de zorg is gestopt, lekt dan weg. Wie geld in een ziekenhuis steekt wil daar – filantropen uitgezonderd – aan verdienen. Waar moet dat dan uit komen? Je kunt alleen extra winst maken door te besparen op salarissen van bijvoorbeeld verpleegkundigen, onderzoek of patiëntenzorg.”

Financiële overwegingen of leefbaarheid?

Kortom, stelt Hijink, als financiële overwegingen leidend worden in de zorg, ontstaan problemen. “Kijk maar naar het Slotervaartziekenhuis”, zegt hij. “Het probleem was daar niet de kwaliteit van zorg. De patiënten waren tevreden. De zorgverzekeraar heeft hier duidelijk naar financiën en concurrentieoverwegingen gekeken in plaats van naar de waarde voor de patiënt.” Onlangs dreigde het Maasziekenhuis Pantein in Beugen failliet te gaan. Minister Bruins van VWS kwam met een reddingsplan. Maar is dat de weg naar de toekomst? “Als overheid moet je regie voeren over welke zorg waar wordt geboden” vindt Hijink. “Voor een goede landelijke spreiding moeten soms ook onrendabele ziekenhuizen in de lucht worden gehouden. Het gaat om leefbaarheid. De overheid moet de greep op de zorg terugpakken.”

Verduurzaming vastgoed: hoe gaat u bijdragen?

Het kabinet streeft naar een verregaande reductie van CO₂-emissie met als doel een **CO₂-arme gebouwvoorraad in 2050**. Streefdoel is een reductie van 49% in 2030 en 95% in 2050 ten opzichte van het peiljaar 1990. **Een serieuze uitdaging!**

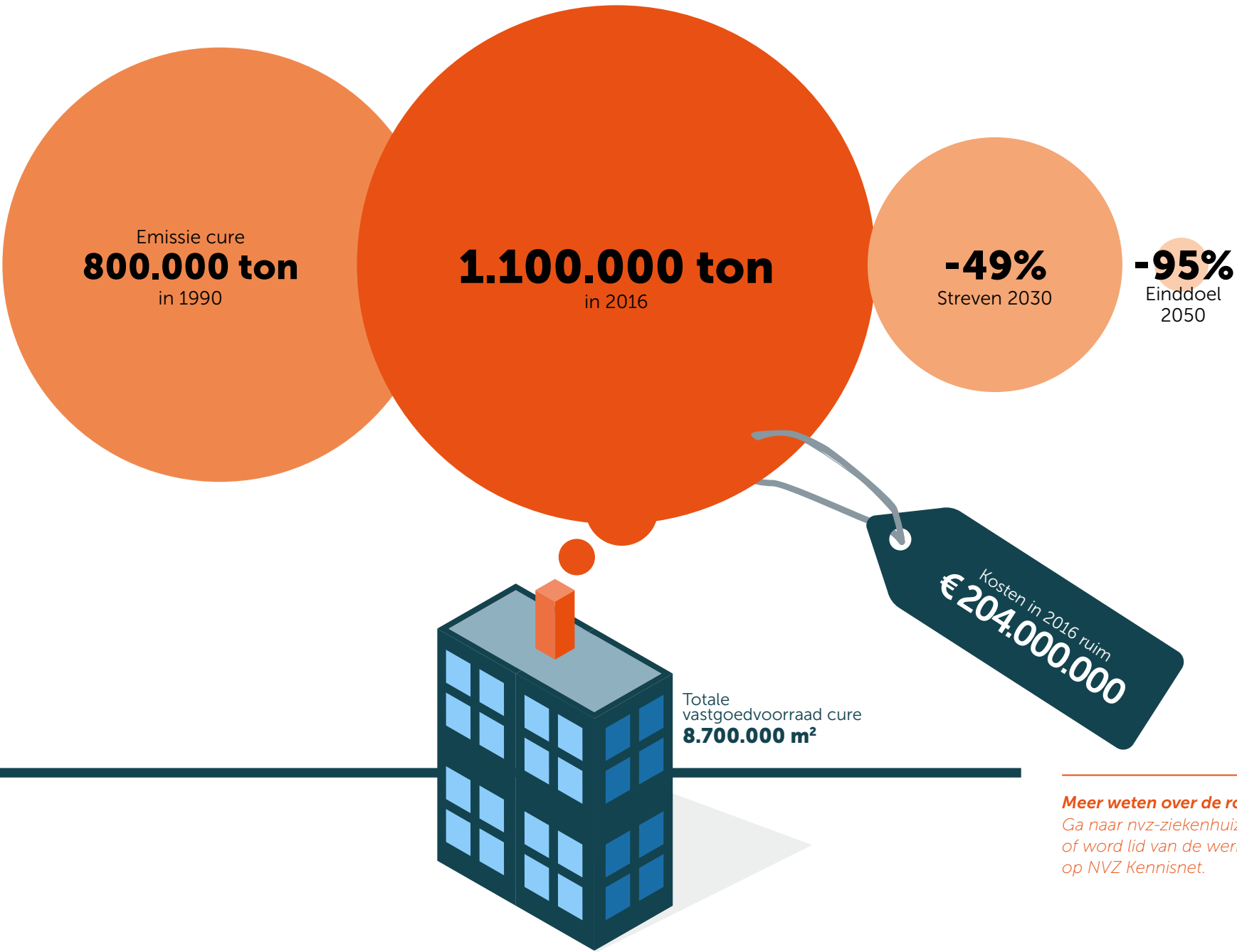
De Routekaart 'verduurzaming zorgvastgoed – ziekenhuizen' beschrijft hoe de ziekenhuiszorg kan voldoen aan die doelstelling. De Routekaart Cure is opgesteld voor ziekenhuizen, categorale instellingen en academische centra, en is inmiddels aangeboden aan het ministerie van BZK. In 2020 wordt de sectorale routekaart definitief.

Door de grote verschillen tussen ziekenhuizen bestaat er niet één ideaal scenario voor verduurzaming. Daarom zijn er in de routekaart zes scenario's uitgewerkt, die als suggestie kunnen worden gebruikt voor een individuele routekaart per instelling.

Het uitgangspunt bij de scenario's is dat op natuurlijke momenten, zoals vervanging of verregaande renovatie, wordt gekozen voor een duurzaam alternatief. Per scenario is berekend wat de verwachte investeringen en CO₂-emissie-reductie zijn.

De doelstelling om energieneutraal te zijn in 2050 is vanwege het hoge energieverbruik in ziekenhuizen niet gemakkelijk te realiseren. Dit neemt niet weg dat er genoeg mogelijkheden zijn om de CO₂-emissie vergaand te reduceren: door groene energie (met Garanties van Oorsprong) te kiezen voor duurzame vervanging op natuurlijke momenten en gebruik te maken van lokale energiebronnen. Ook gemeenten zijn hiermee aan de slag.

Individuele routekaart in 2020
Op 31 december 2019 moeten alle ziekenhuizen en bij de NVZ aangesloten categorale instellingen een individuele routekaart hebben gemaakt, waarin ze hun eigen koers en aanpak beschrijven. Hiervoor wordt een handleiding opgesteld. Een aantal ziekenhuizen gaat binnenkort al aan de slag om een eigen routekaart op te stellen, zodat de opgedane kennis en ervaring kan worden gedeeld.



6 toekomstscenario's

Om te onderzoeken wat het effect is van maatregelen om de CO₂-emissie van de ziekenhuissector te reduceren, zijn zes scenario's opgesteld en doorgerekend. Hierbij is ervan uitgegaan dat ingrijpende maatregelen op natuurlijke momenten plaatsvinden.

Meer weten over de routekaart?
Ga naar nvz-ziekenhuizen.nl/duurzaamheid of word lid van de werkgroep Duurzaamheid op NVZ Kennisnet.

1	2	3	4	5	6
Gaat uit van een renovatie- of vervangingstermijn van de gebouwschil van 40 jaar en 20 jaar voor aanpassingen en/of vervanging van de technische installaties.	In plaats van een renovatie- of vervangingstermijn van 40 jaar is een termijn van 30 jaar aangehouden.	Gelijk aan scenario 2, waarbij het zorgvastgoed op natuurlijke renovatie- of vervangingsmomenten geleidelijk wordt losgekoppeld van het gasnet door het toepassen van elektrische warmtepompen.	In dit scenario wordt het betrekken van hernieuwbare elektriciteit toegevoegd, met een renovatie of vervangingstermijn voor het gebouw van 40 jaar. 100% van de energiebehoefte moet in 2030 afkomstig zijn uit hernieuwbare bronnen (wind, zon of anders).	Combinatie van scenario 3 en 4, waarbij de gehele ziekenhuissector geleidelijk aan op natuurlijke momenten wordt losgekoppeld van het gasnet en vanaf 2030 volledige hernieuwbare elektriciteit gebruikt.	Gaat uit van een extreem korte levensduur van gebouw en installatie met een renovatie- of vervangingstermijn voor de gebouwen van 20 jaar en voor de installaties van 10 jaar.
Investering • € 5.189.000.000	Investering • € 6.305.000.000	Investering • € 6.583.000.000	Investering • € 5.189.000.000	Investering • € 5.240.000.000	Investering • € 8.935.000.000
CO ₂ -emissie -45%	CO ₂ -emissie -49%	CO ₂ -emissie -58%	CO ₂ -emissie -76%	CO ₂ -emissie -95%	CO ₂ -emissie -59%

Transformatie naar een nieuwe denkwijze

De **Juiste Zorg op de Juiste Plek** verbetert de kwaliteit van de zorg en kan bijdragen aan het halen van de nullijn voor de zorguitgaven in 2022. Maar dan moet er wel worden voldaan aan enkele belangrijke voorwaarden.

Door de zorg in Nederland anders te organiseren kan de patiënt doelmatiger en dichterbij zijn behandeling krijgen, terwijl de middelen efficiënter worden besteed. Er zijn al veel projecten opgestart om deze nieuwe denkwijze in de zorg concreet te maken. Hoe kunnen we deze projecten bundelen en opschalen? Hoe maken we optimaal gebruik van technische innovaties en data? Wat betekenen innovaties die aan de transformatie ten grondslag liggen voor ziekenhuisbudgetten? En hoe kunnen we de wildgroei aan ICT-systemen en apps stroomlijnen? Deze vragen kwamen aan bod tijdens het NVZ-netwerkdiner in april jongstleden. Eric Kroon, Roland Eijssing en Boony Thio gaven hun visie op deze transformatie en deelden hun bevindingen.

DATA, DATA, DATA!

Eric Kroon, lid van de raad van bestuur van het Deventer Ziekenhuis, gaat vooral uit van kwaliteits-

verbetering door de juiste zorg op de juiste plek. Het Deventer Ziekenhuis is bezig met verbetertrajecten waarin het uitgangspunt is dat betere kwaliteit ook tot minder kosten leidt. Het Deventer ziekenhuis zet hiervoor de transformatiegelden uit het hoofdlijnenakkoord MSZ in. Uit het voorbeeld van een nieuw gespecialiseerd Wond Expertise-centrum blijkt dat dit kan leiden tot een geheel nieuwe zorgentiteit waar patiënten snel, effectief én met minder kosten worden geholpen. Die nieuwe entiteit draait voor een deel op het ziekenhuisbudget.

Kroon benadrukt dat de transformatie alleen kan slagen als we gebruikmaken van medische technologie en data. Regionaal delen en bij elkaar brengen en gebruikmaken van alle data vanuit het zorg- én sociale domein door alle zorgaanbieders, is essentieel. "Dan ken je de problemen van de populatie bijna van straat tot straat. Dat raakt ook thema's als chronisch zieken en preventie. Laten we de tijd nemen om door een leercurve te gaan. Deel actief kennis, kijk bij elkaar. Blijf niet hangen in het 'not invented here syndrome' als je wilt opschalen. Zorgplatforms, het Informatieberaad Zorg en NVZ kunnen ons daarbij helpen."

VERDELEN VAN MACHT

Roland Eijssing, senior manager Inkoop bij Zilveren Kruis, vindt het verplaatsen van zorg naar huis essentieel voor de transformatie. Dit verandert namelijk de kostenstructuur van een ziekenhuis. Gezamenlijke, slimme inkoop is belangrijk, want door het gebruik van innovatieve producten zullen innovaties een groot deel betreffen van de inkoopkosten. "Door samen goede leveranciers te selecteren, kunnen we een gezonde tegendruk



"Door data uit het zorg- en sociale domein bij elkaar te brengen, leren we de populatie bijna van straat tot straat kennen"

- Eric Kroon



"Gezamenlijke inkoop is essentieel om de kosten van innovaties in de hand te houden"

- Roland Eijssing

"Besteed de besparingen aan het nog doelmatiger maken van e-Health"

- Boony Thio



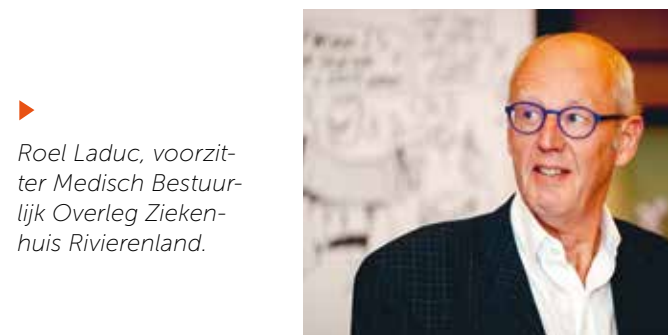
bieden aan leveranciers om de kosten in de hand houden. Opschaling van nieuwe projecten mag sneller gaan, want dat is een essentiële voorwaarde voor betere zorg tegen lagere kosten." Eising stelt dat zorgverzekeraars nog beter zorgaanbieders aan de hand van best practices kunnen adviseren en verwacht dat zorgaanbieders openstaan voor kennisdeling en samenwerken: "Ik ben optimistisch, ik zie verandering in het denken daarover."

KWALITEITSZORG OP AFSTAND

Boony Thio, kinderlongarts en hoofd astma-programma van Medisch Spectrum Twente, initieerde een e-Health-project waarmee hij en zijn team gedurende zes maanden kinderen met astma thuis kunnen monitoren en begeleiden. Met geavanceerde technische apparatuur meten de kinderen en ouders thuis de longfunctie. De gegevens gaan naar een portal. Ouders chatten online met het team. De voordelen zijn legio: reguliere afspraken vervallen en artsen zien de patiënten op momenten waarop ze werkelijk klachten hebben: een effectieve manier van behandelen. Bij klachten krijgen ouders adviezen. Het patiëntje en zijn ouders worden zo betrokken bij de behandeling. Digitale kwaliteitszorg, dus. De resultaten, gemeten in de groep die het hele traject heeft gedaan: er zijn 40% minder opnames, mede door een verbeterde inhalatietechniek is de longfunctie van de kinderen gestegen met 13%, de therapietrouw is 50% hoger dan voorheen en de zorgconsumptie is gedaald. Thio: "De besparingen kunnen worden besteed aan het opschalen en het nog doelmatiger maken van de e-Health-zorg. Uiteindelijk komt er dan tijd vrij voor personeel om andere taken uit te voeren." Thio wil met zorgverzekeraars hierover afspraken maken die een langere periode beslaan dan één jaar. "Dan kunnen we de doelmatigheid ervan aantonen."



Cartoonist aan het werk tijdens het Netwerkdiner.



Roel Laduc, voorzitter Medisch Bestuurlijk Overleg Ziekenhuis Rivierenland.



Marten Kroese, raad van bestuur Maxisima Medisch Centrum.



Peter van der Meer, voorzitter raad van bestuur Albert Schweitzer Ziekenhuis.

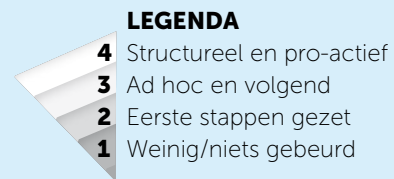


Peter Go, voorzitter medische staf St. Antonius Ziekenhuis.

Fotografie: Sander Koning

Juiste Zorg op de Juiste Plek? Doe de JuMP-scan!

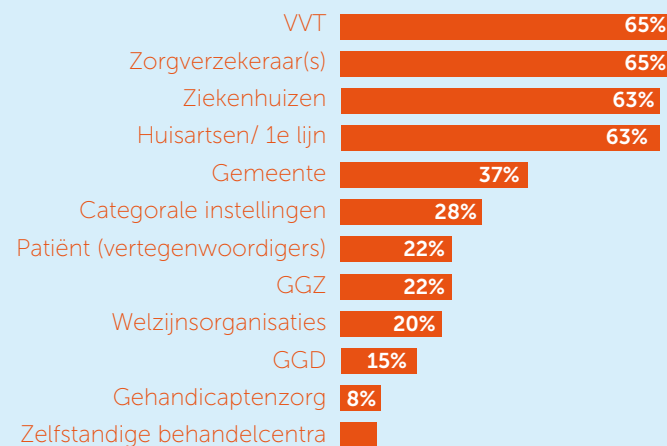
De NVZ heeft in het voorjaar van 2019 geïnventariseerd hoe ver de NVZ-leden zijn met de Juiste Medisch specialistische zorg voor de Patiënt (JuMP). Aan de hand van acht bouwstenen tonen we hier de landelijke resultaten. De scan is nu ook online beschikbaar voor gebruik in uw eigen organisatie.



STAKEHOLDERS
Er is sprake van structurele samenwerking rond JZOJP.

REGIOVISIE
De gezamenlijke maatschappelijke opgave wordt vertaald naar een regiovisie, en JZOJP is opgenomen in de organisatie-strategie.

STAKEHOLDERS
Om de ambities voor JZOJP waar te maken, werken de NVZ-leden structureel samen met:



LEIDERSCHAP
Raad van bestuur en bestuur VMS vervullen een zichtbaar leidende rol.

PROGRAMMA-ORGANISATIE
De rollen en verantwoordelijkheden bij JZOJP zijn helder beschreven voor de raad van bestuur, bestuur VMS en de programma-manager JZOJP.

PROFESSIONALS
De professionals zijn actief betrokken, en JZOJP is vertaald naar een HRM-beleid.

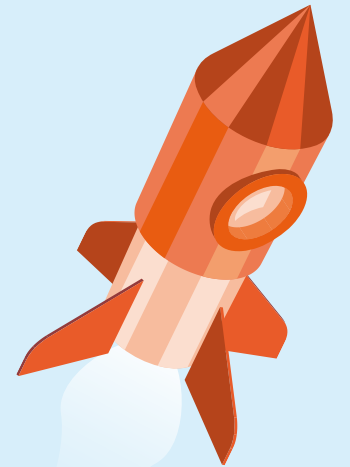
AMBITIES
Voor realiseren van JZOJP zetten NVZ-leden in op:



BEKOSTIGING
De doorontwikkeling van JZOJP wordt continu gestimuleerd.

PATIËNT EN POPULATIE
Er is zicht op zorgvraagontwikkeling in de regio, en de patiënt is actief betrokken.

ICT-INFRASTRUCTUUR
Elektronische gegevensuitwisseling in de regio stimuleert JZOJP.



Hoe scoort uw organisatie?
Doe de scan op zorgvoorjump.nl

Leren van en met elkaar



"Soms stuur ik interessante berichten door naar collega's om bepaalde zaken onder de aandacht te brengen"

José Geerdink

Manager Teaching Hospital, Deventer Ziekenhuis

NVZ Kennisnet

werkgroepen:

KiPZ-Kenniscgroep,
KiPZ-Denktank, Innovatie,
Klankbordgroep O&O&A,
Fonds Ziekenhuis
Opleidingen (FZO),
Patiëntenparticipatie

NVZ Kennisnet is een platform waarop in werkgroepen informatie wordt gedeeld over alles waar je als zorg-professional mee te maken krijgt. **José Geerdink** over de kracht van kennisdeling.

Het Deventer Ziekenhuis heeft een eigen afdeling voor opleiding, leren, ontwikkeling, onderzoek en innovatie. José Geerdink is manager van dit Teaching Hospital Deventer (THD). Zij vindt dat Kennisnet mooi aansluit op de visie van het THD: "Wij vinden dat mensen bij leren en ontwikkelen zelf het initiatief moeten nemen. Zelfsturend leren, gepersonaliseerd leren, online leren zijn begrippen die daar bij passen. In dat licht zie ik ook Kennisnet als een waardevolle bijdrage. Het is een belangrijke bron van informatie. Je krijgt via mail reminders als er berichten zijn geplaatst. Daar kijk ik altijd naar in de besloten groepen waar ik lid van ben. Soms is het informatief of gewoon handig om te weten, soms wordt er een vraag gesteld waarop ik reageer als ik iets toe te voegen heb. Ik stuur ook interessante berichten door naar collega's om bepaalde zaken onder de aandacht te brengen."

MEER ONDERLING DELEN

Veel mensen zijn lid omdat ze de laatste informatie willen hebben over bijvoorbeeld het accountantsprotocol of de KiPZ-regeling. Maar als het aan Geerdink ligt, wordt er veel meer onderling gedeeld. "Kennisnet is van ons en je kunt er van alles op plaatsen. Als je deelt, kunnen anderen er misschien ook hun voordeel mee

doen. Leren van en met elkaar." Vanuit die gedachte belandde het nieuwe strategisch opleidingsplan van het Deventer Ziekenhuis op NVZ Kennisnet. "Met dat opleidingsplan zijn we natuurlijk niet uniek, maar inhoudelijk mag het er zijn. Wat we vooral wilden delen, is de manier waarop het tot stand is gekomen." Het plan werd binnen twee maanden geschreven door een multidisciplinair scrum-team dat velen uit het ziekenhuis bij het proces wist te betrekken.

UITGEBREIDE REACTIES

Recent heeft Geerdink actief deelgenomen aan een discussie over hoe je het beste met het accountantsprotocol voor KiPZ kunt omgaan. "Een collega leermanager startte de discussie op Kennisnet en ik heb daar uitgebreid op gereageerd. Andere collega's deden dat ook. Zo krijg je aardig wat reacties over en weer die toch door zo'n honderd leden zijn bekeken of interessant werden gevonden." Ook de op Kennisnet gedeelde ervaringen over inzetten en leren van interactieve video's bekeek Geerdink met belangstelling. "Daar zijn wij ook mee bezig, dus dat vond ik interessant." 

Behoeftte aan kennis delen?

Inmiddels maken bijna 4.500 collega's enthousiast gebruik van NVZ Kennisnet. Ga naar nvz-kennisnet.nl

Open kaart spelen

Met het bordspel **FD Teamplay** - *Kom tot de kern* krijgen verpleegkundigen inzicht in de uitdagingen van de functiedifferentiatie. Het is daarmee bij uitstek geschikt voor bijvoorbeeld een kick-off bijeenkomst over functiedifferentiatie. Drie betrokkenen vertellen wat FD Teamplay is en hoe het de beroepsgroep stappen vooruit kan helpen.



Spelenderwijs veranderen



Maarten Robben vertelt over het spel **FD Teamplay** dat zijn bureau **Frisse Blikken** ontwikkelde in opdracht van **NVZ**.

"Voor verpleegkundigen is de invoering van de functiedifferentiatie een behoorlijke zoektocht. FD Teamplay geeft een kickstart aan die zoektocht. Je speelt het spel in kleine groepjes – maximaal zes mensen per spel – waarbij je meer spellen simultaan kunt spelen. Met gespreksvormen, discussievormen en dialoogvormen ga je samen op onderzoek uit naar het werken met verschillende beroepsprofielen op mbo- en hbo-niveau. Door vragen te stellen, te beantwoorden en te reageren op stellingen krijg je voor jezelf, maar met name je team als geheel, een beeld van functiedifferentiatie. Wat betekent dit voor jou nu en in de toekomst? Welke verwachtingen heb ik? Hoe krijgen we dit als team voor elkaar en hoe verbeteren we samen de zorg voor de patiënt? Er is geen winnaar en de uitkomst ligt nooit vast. Iedere speler reageert immers anders en ieder team functioneert anders. Daarom is het spelen

van dit spel zo leuk: het werpt een verhelderend licht op een diffuus onderwerp dat nooit 'af' zal zijn. Voor de ontwikkeling van FD Teamplay hebben we enige tijd meegelopen met verpleegkundigen. We ontdekten dat er veel spookverhalen leven over functiedifferentiatie. Bijvoorbeeld dat een mbo-diploma straks niks meer waard is of dat je takenpakket wordt uitgekleeft. Ook zijn verpleegkundigen bang dat je met een mbo-diploma een mindere verpleegkundige bent dan met een hbo-diploma. Dit is natuurlijk niet zo. Wel zullen de rollen binnen een team gaan veranderen. Er moet worden gezocht naar een passende mix van vaardigheden. FD Teamplay biedt daar duidelijkheid over en laat de spelers zelf tot inzichten komen. We hebben drie tests gedaan onder verpleegkundigen, in het Utrechtse Diaconessen-huis en Meander Medisch Centrum in Amersfoort. Aan de hand van hun opmerkingen hebben we de spelelementen verfijnd en aangepast. Daarnaast hebben we een 'bouwgroep', bestaande uit vijf deskundigen uit het veld (zie kader). FD Teamplay is ook geïnspireerd op Otto Scharmers Theory U, die gebruikmaakt van verschillende typen gespreksvormen om tot een beter begrip van elkaar te komen. Functiedifferentiatie gaat in essentie over gedragsverandering. Gedragsveranderingen zijn een gevolg van een verschuiving in de relatie. FD Teamplay maakt dat er verschuivingen plaatsvinden in de relatie met je directe collega's en is daarmee een katalysator voor die gewenste verandering. Een verandering naar succesvol werken met functiedifferentiatie en daarmee naar nóg betere zorg voor patiënten!"

Feit van fictie onderscheiden



Nicole Baselmans is projectleider van **MMC Floreert**, een programma dat de verpleegkundige beroepsgroep wil professionaliseren door wetenschappelijk onderzoek, scholing en functiedifferentiatie.

"FD Teamplay laat de verpleegkundige over zichzelf nadenken. Dat zet aan tot reflectie op de functiedifferentiatie. Leuk aan de vorm van FD Teamplay is ook dat het een competitie-element heeft. Dat werkt altijd goed om mensen in beweging te brengen, zeker de mensen die niet erg flexibel zijn en al gauw de hakken in het zand zetten. FD Teamplay is een interactief spel, er komt heel wat bij los. Een voorwaarde is wel dat

de facilitator, oftewel de spelleider, de vaardigheid heeft om het spelproces met enige afstand te begeleiden en gevoeligheden op een professionele manier kan herkennen en managen. Als je onzeker overkomt of de stellingen of vragen verkeerd interpreteert, creëer je alleen maar weerstand. In het Máxima Medisch Centrum zijn we van plan om iemand van de Academie speciaal voor de rol van facilitator op te leiden. Het spel zal juist meerwaarde bieden aan bestaande teams, die al langere tijd met elkaar samenwerken en waarin rollen zo'n beetje vastgeroest zijn geraakt. Functiedifferentiatie is een goede ontwikkeling, vind ik. Wij kwamen in het MMC zo'n vier jaar geleden tot de conclusie dat wij duizend verpleegkundigen in huis hebben waarvan we min of meer hetzelfde vragen. Dat is gek, als je bedenkt dat ze allemaal een andere opleiding hebben: in-service, mbo of hbo. We benutten daardoor niet alle talenten van onze verpleegkundigen. Pas afgestudeerde hbo'ers zijn daar ook best kritisch over, maar naarmate ze langer op een ziekenhuis werken raken ze gewend aan die vervlakking. Met Fontys hogescholen leiden we de in-servicers en mbo'ers versneld op naar hbo-niveau, dus niet in 4 jaar maar in 2,5 jaar. We willen toe naar een situatie waarin verpleegkundigen en regieverpleegkundigen gezamenlijk de zorg van de toekomst leveren, ieder vanuit zijn eigen taakomschrijving en verantwoordelijkheid."

Advies uit het veld

De 'bouwgroep' was medeverantwoordelijk voor de samenstelling van FD Teamplay. Vanuit hun praktische ervaring met functiedifferentiatie adviseerden zij de makers van het spel.

Pieterbas Lalleman, verpleegkundige en filosoof. Werkt als docent en onderzoeker aan de Hogeschool Utrecht en als wijkverpleegkundige in Oosterbeek. Hij is als onderzoeker verbonden aan het onderzoeksprogramma RN2Blend.

Dewi Stalpers, IC-verpleegkundige en gezondheidswetenschapper. Is adviseur bij de NVZ en werkt op de IC van het

St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Dewi is vanuit de NVZ als programmamanager en onderzoeker betrokken bij het onderzoeksprogramma RN2Blend.

Katrien Demesmaeker, verpleegkundige en docent. Leidde jarenlang als hoofdverpleegkundige een proeftuinafdeling in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis en werkt nu als docent bij Fontys Hogeschool.

Liesbeth Brandt, verpleegkundige. Werkt in het Máxima Medisch Centrum als projectleider functiedifferentiatie en is voorzitter van de VAR. Ze was lange tijd werkzaam als verpleegkundige op de kraamafdeling.

Een spel waar je wijzer van wordt



Sanne Wieman behaalde onlangs haar hbo-diploma en is senior verpleegkundige in het Meander Medisch Centrum. Bij het spelen van FD Teamplay ontdekte ze dat de functiedifferentiatie nog veel vragen oproept.

"Ik ben erg vóór de functiedifferentiatie. Je benut je mogelijkheden het beste als je goed kijkt waar ieders competenties, kwaliteiten en passie liggen. Tegelijkertijd zul je bij jezelf te rade moeten gaan. Hoe wil ik mijn functie invullen? Laat ik mij in BIG II registreren als regieverpleegkundige of niet? Wat past bij mij? Verpleegkundigen houden van 'concreet' en dat is nu net wat de functiedifferentiatie niet is. De theorie is duidelijk, maar de praktijk is toch anders. Stel: er staan een mbo-verpleeg-

kundige en een hbo-verpleegkundige aan het bed. Zeg eens eerlijk: is er dan werkelijk sprake van verschil voor de patiënt? In hoeverre verschilt de klinische blik van de een met die van de ander? Die mbo'er heeft misschien wel twintig jaar ervaring. En die hbo'er komt misschien net kijken, maar is dan weer wel beleidsmatig en organisatorisch beter opgeleid. De functiedifferentiatie gaat over de veiligheid van zorg. Verbetert de kwaliteit op de afdelingen en in onderzoek. Dat levert een scherpe blik op van teams en werkgroepen. Maar de weg ernaartoe is nog tamelijk onbekend. Dat merkte ik zelf ook, toen ik werd uitgenodigd om met vier anderen FD Teamplay te spelen. Dat was behoorlijk pittig, we werden voortdurend uitgedaagd met stellingen en diepgaande, soms zelfs filosofische vragen. Ik ben er niet slimmer van geworden, wél wijzer. FD Teamplay inspireert je om goed over jezelf en je team na te denken. Je moet je best kwetsbaar opstellen. Dat is nog wel heftig, als je niet gewend bent om je zo uit te spreken over je eigen wensen en drijfveren. Maar het is nodig om je het gevoel te geven dat de functiedifferentiatie over jou gaat. De spelleider was goed in het doorvragen. Daar had ik wel bewondering voor. Uiteindelijk hebben we heel diepgaand met elkaar geleveld. Dat moet ook, want we moeten het samen doen. Ik zou het spel graag nog eens spelen met mijn team." ///

Hoofd, hart en benen

Om het even verstandelijke als emotionele aspect van de functiedifferentiatie te verduidelijken, maakt FD Teamplay gebruik van de symbolen hoofd, hart en benen.

- **Hoofd**, om feiten en fictie van elkaar te scheiden. Zo kunnen we spelenderwijs fabels uit de weg ruimen.
- **Hart**, om de drijfveren en passie van de verpleegkundige aan te spreken. Hoe sta je tegenover beroepsprofielen? Waar wil je zelf naartoe, hoe denk jij jezelf te gaan ontwikkelen als de functiedifferentiatie in 2020 in werking treedt?
- **Benen**, welke stappen wil je zetten in jouw ontwikkeling? Waar wil je staan over drie of vijf jaar? Waar werk je en waarin heb je jezelf gespecialiseerd? Of zijn andere prioriteiten op dit moment belangrijker, zoals de zorg voor je gezin?

Game on!

Heb je interesse in FD Teamplay, neem dan contact op met NVZ. Wil je een rol spelen als facilitator ('spelleider'), dan krijg je daarvoor een praktische opleiding. Kijk voor meer informatie op nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/functiedifferentiatie-mbo-en-hbo-verpleegkundigen

Need to know

AGENDA ONLINE

Ga voor meer informatie over trainingen en bijeenkomsten en de wijze van aanmelden naar nvz-ziekenhuizen.nl/actueel/agenda

11, 13 en 18 september 2019
REGIONALE LEDENRAADPLEGINGEN
Doelgroep: Directies en raden van bestuur

27 september en 4 oktober 2019
TWEEDAAGSE CAO VERDIEPINGSCURSUS
Doelgroep: Medewerkers van de afdeling P&O of HRM met minimaal twee jaar ervaring met het toepassen van de cao.

7 en 8 oktober, 11 en 12 november en 9 en 10 december 2019
ZESDAAGSE MASTERCLASS PATIËNTEN-LOGISTIEK & CAPACITEITSMANAGEMENT
Doelgroep: Zorgmanager, directiesecretaris, hoofd opname, teamleider zorg, beleidsmedewerker of afdelingshoofd

11 oktober 2019
BASISCURSUS CAO
Doelgroep: Medewerkers op een salaris- en/of personeelsadministratie of op de afdeling personeelszaken/HRM met minder dan twee jaar ervaring op het gebied van het toepassen van de cao.

16 oktober 2019
MASTERCLASS JUMP
Doelgroep: directies en raden van bestuur

22 november 2019
CURSUS AMS
Doelgroep: Medewerkers strategisch of uitvoerend betrokken bij de AMS, bijvoorbeeld medewerkers van de afdeling HRM of directiesecretarissen

20 november 2019
ALGEMENE VERGADERING
Doelgroep: directies en raden van bestuur

Nice to know

WEBSITES EN DOWNLOADS

Bij de artikelen ziet u soms een i-button met verwijzing naar meer online informatie of downloads. We zetten ze voor u op een rijtje.

Pagina 8
VIPP
Website: www.vipp-programma.nl

Pagina 10
NVZ KENNISNET
Website: nvz-kennisnet.nl

Pagina 16
CAMPAGNE GRIEP
Website: voorkomgriep.nl

Pagina 17
JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK
Website: zorgvoorjump.nl

Pagina 30
VERDUURZAMING VASTGOED
Website: nvz-ziekenhuizen.nl/duurzaamheid

Pagina 36
DOE DE JUMP-SCAN
Website: zorgvoorjump.nl

Pagina 42
SERIOUS GAME
Website: nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/functiedifferentiatie-mbo-en-hbo-verpleegkundigen

COLOFON

NVZ Effect is een uitgave van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), voor haar leden en geïnteresseerden, *nvz-ziekenhuizen.nl*

De NVZ is sinds 1991 de branchevereniging voor algemene ziekenhuizen en categorale instellingen in Nederland. Wij behartigen de belangen van onze leden op zorginhoudelijk, economisch en sociaal vlak.

CONCEPT EN REALISATIE

Axioma Communicatie, Baarn,
035 548 81 40, *axioma.nl*

REDACTIE AXIOMA

Peter Bierhaus, Robert van der Broek,
Karen Feenstra (bladmanager), Sjaak
van Hal, Janny Terlouw, Diederik
Wieman, Frank van Wijck

REDACTIE NVZ

Corine Bakker, Wim Bos (eindredactie),
Lara ten Bosch (eindredactie),
Liesbeth van der Heijden,
Maud Huisman, Anita Lenarduzzi,
Tea van Lingen, Jesper Rijpma

BEELD

De Beeldredactie, Vincent Boon
(cover), Sander Koning, Richard
Wouters (infographics)