

ZORG VOOR 2020



VOORWOORD



Weinig andere sectoren zijn de afgelopen jaren met zoveel veranderingen geconfronteerd als de gezondheidszorg. Veranderingen die de curatieve sector actief heeft opgepakt. Ook op weg naar 2020 zal het tempo van vernieuwing hoog blijven. De nieuwe mogelijkheden op ict-gebied, de veranderende positie van de patiënt, de ontwikkeling van ziekenhuizen tot kennis- en interventiecentra, het zijn allemaal ontwikkelingen die grote impact zullen hebben op onze sector. Het vraagt keuzes en continue aanpassingen. Onze leden hebben laten zien over een grote vernieuwings- en veerkracht te beschikken. Dat heeft ons een leidende positie in Europa opgeleverd. Daarmee hebben we een goede uitgangspositie om op de top van de golf te blijven en in te spelen op alle veranderingen en kansen die daarmee gepaard gaan.

Met dit strategiedocument Zorg voor 2020 zetten wij als Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen¹ een stevige ambitie neer. We willen excellente patiëntenzorg blijven bieden en onze sterke positie in Europa behouden. Dit document is een bron van informatie voor onze leden om te gebruiken voor de keuzes die zij in hun eigen instellingen gaan maken. Voor onze relaties geeft Zorg voor 2020 inzicht in de dynamische ontwikkelingen en vooral in de geweldige mogelijkheden in onze sector.

Ik hoop dat dit document in elke regio kan bijdragen aan constructieve gesprekken over portfoliokeuzes en samenwerking. Want in 2020 zal ieder ziekenhuis, revalidatie- of categorale instelling deel zijn van een samenhangend geheel van zorgaanbieders.

Yvonne van Rooy
Voorzitter

¹ De leden van de NVZ zijn alle algemene ziekenhuizen in Nederland, evenals alle revalidatie-instellingen en tal van categorale instellingen die curatieve zorg verlenen. Voor de leesbaarheid wordt in dit document veelal de term 'ziekenhuizen' gebruikt, maar daarvoor moet nadrukkelijk alle leden van de NVZ gelezen worden.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Blijvend aan de top	4
1 De patiënt als partner	6
2 ICT zorgt met u mee	12
3 Iedereen zijn eigen medicijn	16
4 Meer inzicht met minder registratie	20
5 Van ziekenhuis naar kennisinstelling	26
6 Investeren in duurzaamheid	30
7 Van stand-alone naar regionaal netwerk	34
8 Van bricks naar clicks	38
9 Van baan naar loopbaan	42
Verantwoording	47
Bronvermelding	48

BLIJVEND AAN DE TOP

Samenvatting

De Nederlandse curatieve zorg behoort tot de beste ter wereld. De toegankelijkheid is goed en de kwaliteit van de geleverde zorg is van hoog niveau en wordt nog steeds beter. Uiteraard blijven we streven naar nog verdere verbeteringen van de zorg. De basis van het Nederlandse stelsel is solidariteit tussen ziek en gezond, tussen jong en oud en tussen arm en rijk.

Sinds 2010 is het stelsel, zoals al sinds 2006 werd beoogd, werkelijk veranderd van overheidsgestuurd naar een stelsel dat gebaseerd is op private onderhandelingen. Binnen de publieke kaders die de overheid stelt op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid sluiten de NVZ-leden elk jaar overeenkomsten met zorgverzekeraars.

Nieuwe technologische ontwikkelingen en innovatie komen in een steeds sneller tempo op ons af. Bijvoorbeeld de snelle ontwikkelingen op ict-gebied waardoor de positie van de patiënt/consument in hoog tempo verandert. Patiënten krijgen toegang tot hun eigen medisch dossier en meer mogelijkheden om onafhankelijk van plaats en tijd zelf hun lichaamsfuncties te meten en hierover te communiceren met hun zorgverlener. Dit alles heeft consequenties voor de manier waarop de zorg wordt georganiseerd, zowel in als buiten de instelling. Al deze ontwikkelingen worden in dit strategiedocument belicht en onderbouwd met feiten en analyses.

De spannende opdracht aan alle leden blijft om de blik onveranderd naar buiten te blijven richten. We kennen al veel goede voorbeelden en die laten we in dit document graag zien. Ze maken ons trots.

Vanuit de gesignaleerde en geanalyseerde trends komen de volgende prioriteiten van de NVZ-leden naar voren:

1. Bepalen zorgportfolio: welke zorg wordt aangeboden, en welke niet, en wat zijn de sterke en onderscheidende punten van de instelling?
2. Samenwerken: het ontwikkelen van een gezamenlijk plan met de zorgpartners in de regio waarin helder wordt bij wie en waar de patiënt in de keten wordt geholpen. Het gaat dan met name om de huisartsen, de overige eerstelijns aanbieders, de GGZ-instellingen en de verpleeg- en verzorgingshuizen.
3. Beter informatie aan de patiënt: het ontsluiten van patiëntgegevens, zodat patiënten de beschikking krijgen over een begrijpelijk dossier en hierover onafhankelijk van tijd en plaats kunnen communiceren met het ziekenhuis.
4. Transparantie: het bieden van inzicht in en informatie over de geleverde kwaliteit van zorg waarbij de nadruk ligt op de uitkomsten van de zorg.
5. HRM: ontwikkelen van een strategisch HRM-plan inclusief een vertaling van strategisch HR-beleid naar strategisch opleidingsbeleid en de uitwerking hiervan voor artsen, verpleegkundigen en overige medewerkers.
6. Scherp blijven sturen op rendement.

4

DE AGENDA 2016–2020

Bestuur en bureau van de NVZ willen de ambities van de leden krachtig ondersteunen door te werken aan:

1. Verhelderen en verbeteren zorgstelsel

De NVZ is geen voorstander van de introductie van een nieuw stelsel, het huidige stelsel heeft wel verbetering nodig. De NVZ blijft initiatieven nemen om de verhouding met de zorgverzekeraars te optimaliseren. Verder ondersteunt de NVZ haar leden om een goed verkooptraject met heldere uitgangspunten te realiseren.

2. Standaardisering ict en bevorderen connectiviteit

Ict-ontwikkelingen, waaronder eHealth, kennen een stormachtig verloop. Om de samenwerking met andere zorgaanbieders en de communicatie met hen en individuele patiënten optimaal te laten verlopen zijn landelijke afspraken over connectiviteit en standaardisatie noodzakelijk.

3. Vereenvoudiging financiële regelgeving

De zelfonderzoeken over 2012 en 2013 hebben een positief effect gehad op de administratieve organisatie van onze instellingen. Het werd daarbij ook duidelijk dat de huidige regelgeving vereenvoudigd moet worden. De komende jaren blijft het systeem bij voorkeur stabiel, waar mogelijk versimpeld, en gaat het meer ruimte bieden voor specifieke lokale afspraken. Over vijf jaar zijn controles achteraf zoveel mogelijk vervangen door horizontaal toezicht.

4. Financiële ruimte voor investeren

Al jaren wordt gesproken over financiële arrangementen die het mogelijk maken om snel in te spelen op veranderingen. De NVZ spreekt ook al langer met banken en verzekeraars over de noodzaak om afspraken te maken over werkkapitaal-financiering en financiering van investeringen op de lange termijn. De periode van praten is nu voorbij; er zijn concrete plannen nodig, anders heeft praten over structurele afschaling en substitutie weinig zin.

5. Oplossing voor problematiek dure medicijnen

De financiële kaders die zijn afgesproken met VWS waren tot 2015 net toereikend. We zijn in staat geweest om steeds efficiënter en zuiniger te werken, maar de grenzen zijn in zicht. De ontwikkeling van dure medicijnen maakt dat de kaders knellen. Hiervoor moet snel een oplossing komen.

6. Vereenvoudiging kwaliteitsmetingen

Het bieden van transparantie over de geleverde kwaliteit van zorg is vanzelfsprekend. Sterftecijfers zijn openbaar, gegevens over kwaliteit staan in ons Kwaliteitsvenster. Dat is positief, maar in 2015, het jaar van de transparantie, constateerden we dat de sector te maken heeft met een veel te hoge administratieve belasting, met name door indicatoren en kwaliteitsregistraties. De NVZ werkt intensief samen met veldpartijen om alle uitvragen te verbeteren en te versoberen en uitkomsten van zorg te meten en transparant te maken. De overheid heeft hierbij een regierol.

7. Menselijk kapitaal

Het permanent investeren in de ontwikkeling van medewerkers is een randvoorwaarde om snel te kunnen inspelen op veranderingen. Het is ook nodig voor een succesvolle verdere introductie van eHealth. De NVZ wil initiatieven zoals het subsidieproject Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg blijvend bevorderen. Ook goede arbeidsvoorwaarden en een passende cao zijn hiervoor essentieel.

8. Samenwerking met medisch specialisten

Met de Federatie Medisch Specialisten is intensieve samenwerking nodig op tal van gebieden. Om de problematiek van dure geneesmiddelen te kunnen oplossen, moet worden gekeken naar het opnemen van dure behandelingen in de richtlijnen. En ook rond inzage in de kwaliteit van zorg zullen NVZ en Federatie samen optrekken. De samenwerking met medisch specialisten bedrijven wordt kritisch gemonitord. Van belang is dat bestuurders en medisch specialisten gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en de veiligheid van zorg. Of samenwerking in aparte bedrijven voor dit doel het meest geschikt is, moet nog blijken. In ieder geval is doorontwikkeling nodig. We onderzoeken wat andere modellen, zoals het participatiemodel of dienstverband, de komende jaren te bieden hebben.

9. Kennismakelaar

Tot slot blijft de NVZ als brancheorganisatie voor haar leden de rol van kennismakelaar vervullen door het verspreiden van best practices en mooie initiatieven, bijvoorbeeld op het vlak van opleidingen, duurzaamheid, preventie en gezondheidsvaardigheden.

5

DE PATIËNT ALS PARTNER

De samenleving verandert; mensen zijn mondiger geworden en stellen hogere eisen

De technologie ontwikkelt zich razendsnel en dat maakt dat meer mensen steeds meer zelf kunnen regelen op een moment dat hen het beste uitkomt. Deze omslag in de samenleving vraagt ook een omslag in de zorg. Ziekenhuizen richten hun organisaties steeds meer in naar de wensen en behoeften van de patiënt en baseren hun portfoliokeuze daarop. Anders gezegd: de patiënt is partner geworden en de zorgmarkt richt zich hier naar.

De zelfbewuste patiënt

De medische sector was lang onvoldoende transparant. De relatie arts – patiënt was te asymmetrisch. Dat is de afgelopen jaren sterk veranderd. Mensen zijn mondiger. Via nieuwe media, smartphones met handige apps en directe communicatie via de sociale media ligt de wereld aan hun voeten. Dit leidt ertoe dat patiënten steeds meer zelf kunnen regelen als het om hun gezondheid gaat. En als het even kan ook direct, los van tijd en plaats.² Met het massale gebruik van de nieuwe media verandert ook de positie van de patiënt: hij zal zelf meer de regie over zijn eigen gezondheid en medisch proces gaan nemen.³

Van zorgaanbod naar zorgvraag

In de commerciële dienstverlening is al veel langer sprake van een verschuiving van een standaardaanbod van voorzieningen naar een zo persoonlijk mogelijke invulling. Deze persoonlijke invulling vraagt van aanbieders dat zij flexibiliteit in hun aanbod weten te organiseren en verschillende vormen van interactie. De zorggebruiker staat centraal, de zorg wordt op maat georganiseerd.



Edwin van der Meer

Persoonlijk, verbindend en ondernemend

"We zijn een klein en patiëntgericht ziekenhuis. Een betrouwbare partner, die op een laagdrempelige manier openstaat voor ideeën van onze klanten. Dat dragen we uit in onze marketingcommunicatie," vertelt Edwin van der Meer, voorzitter van de raad van bestuur van het BovenIJ ziekenhuis. "We vragen patiënten naar hun ervaringen en letten op hun uitspraken op social media. Die ervaringen zetten we vervolgens om in acties. Ervaringen van patiënten leiden tot grote en kleine aanpassingen. Ook bellen we patiënten de dag na ontslag op om even te vragen hoe het met ze gaat. Alles onder ons motto 'zorg goed voor elkaar'."

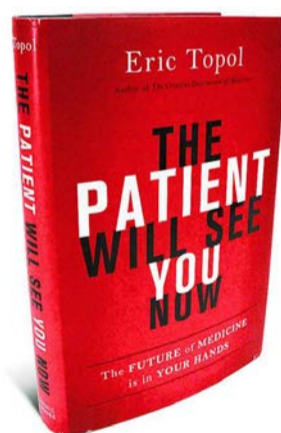
6

De zorgketen

Als het even kan, willen patiënten graag zelf de regie voeren over het verloop van hun ziekte, of het nu herstel is of behoud van kwaliteit van leven. Zij kennen hun eigen wensen en behoeftes immers het beste. Zij kennen ook de zorginstelling en de behandeling die ze krijgen en kunnen heel goed aangeven waaraan behoefte is, waar de hiaten zitten, wat goed loopt en wat minder goed gaat. De patiënt heeft geen boodschap aan de schotten in de zorg. Voor hem is het zorgtraject één geheel.

Kostenbewuste patiënt

Wanneer patiënten naar het ziekenhuis gaan voor een behandeling, betalen zij veelal een deel van de rekening zelf vanwege de eigen bijdrage. De hoogte daarvan kan, door eigen keuze, verschillen. Los van de eigen bijdrage, verschilt de dekking voor een behandeling per polis. Een resultaat hiervan is dat patiënten meer kostenbewust zijn geworden en steeds vaker informeren naar de prijs van een behandeling. Ook zijn patiënten steeds kritischer op de rekening van het ziekenhuis. Deze trend zal zich de komende jaren voortzetten; patiënten zullen steeds vaker bewust bezig zijn met de kosten van een behandeling en deze willen vergelijken. Er zijn momenteel te veel polissen op de markt, met te uiteenlopende voorwaarden, met als risico dat patiënt en zorgaanbieder door de bomen het bos niet meer zien.



"THE PATIENT IS THE SINGLE MOST UNUSED PERSON IN HEALTH CARE"

Eric Topol

² In 'The Patient Will See You Now' (2015) noemt Eric Topol de patiënt 'the single most unused person in health care'. Smartphones en sociale netwerken zullen volgens hem de medische wereld gaan democratiseren met een niet te onderschatten kracht.

³ Zie ook het onderzoeksrapport van Rachel Gerards: 'De patiënt als gezagvoerder, de dokter als copiloot' (Nictiz, 2010).

⁴ Sinds 1900 stijgt de levensverwachting elk jaar met een paar maanden. Eén op de twee meisjes en één op de drie jongens die vandaag worden geboren, wordt honderd jaar of ouder. Pasgeboren meisjes worden gemiddeld 96 jaar oud en jongetjes worden 92 jaar. Bron: NIDI-web artikel, september 2013: www.nidi.nl/nidi-webart-2013-02.

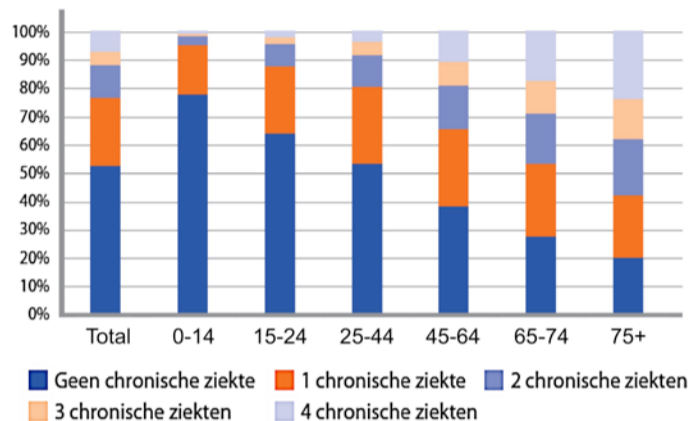
7

MET DEZELFDE CAPACITEIT AAN MENSEN EN MIDDELEN, MOET **MEER ZORG** WORDEN GELEVERD

Stijgende zorgvraag

Onze samenleving vergrijsd. Dit komt niet alleen vanwege de stijgende leeftijd van de babyboomers, maar ook omdat de levensverwachting van alle Nederlanders stijgt, terwijl er steeds minder kinderen worden geboren.⁴ Patiënten overlijden tegenwoordig veel later aan hart- en vaatziekten, longproblemen, diabetes en andere ernstige aandoeningen, zoals kanker. Hierdoor neemt het aantal mensen met een chronische aandoening toe. Zo stijgt de zorgvraag en wordt een groter beslag gelegd op de collectieve lasten.

Om te voorkomen dat de zorg een onevenredig beroep doet op de collectieve lasten, voert de overheid een tweesporenbeleid. Enerzijds zet zij in op verdere doelmatigheidsverbetering (lees: bezuinigingen), waardoor met dezelfde capaciteit aan mensen en middelen meer zorg wordt geleverd van hogere kwaliteit. Anderzijds doet zij een beroep op onze burgerplicht om als vrijwilliger of mantelzorger mensen in onze directe omgeving bij te staan.



Figuur 1: aantal chronische aandoeningen naar leeftijd
Bron: CBS

De participatiesamenleving

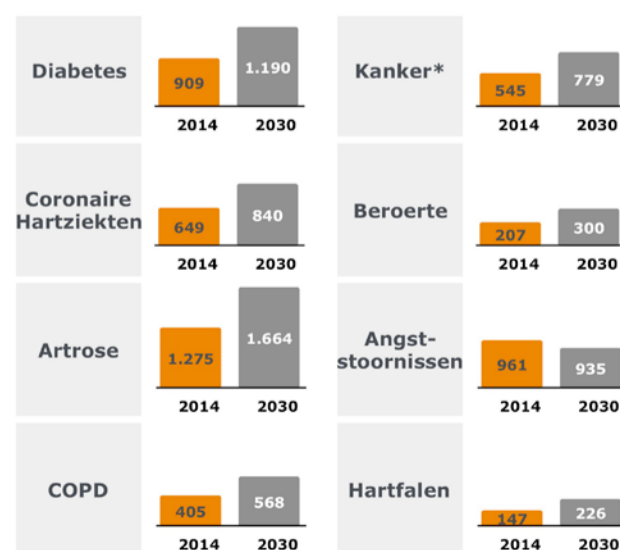
Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw hebben opeenvolgende premiers⁵ ons op de overgang van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving voorbereid. Met het kabinet Rutte II is het nu ook officieel overheidsbeleid.⁶ In de participatiesamenleving neemt iedereen die dat kan zelf de verantwoordelijkheid voor zijn of haar eigen leven en beperkt de overheid zich tot een ondersteunende en faciliterende rol. In de medische sector is een zelfbewuster en volwassener houding en benadering van patiënten en medewerkers de directe consequentie hiervan.⁷

Het begrip gezondheid krijgt in die dynamische samenleving een bredere lading. Gezondheid wordt niet langer meer beschouwd als het afwezig zijn van ziekte of aandoeningen, maar als het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. De veerkracht en de eigen regie van de burger staan hierin centraal.⁸

De breed gedeelde gedachte is dat burgers meer verantwoordelijkheid gaan nemen voor de eigen gezondheid en zich vrijwillig inzetten voor anderen, ook als zij zelf kampen met gezondheidsproblemen. Een toenemende onderlinge afhankelijkheid is onvermijdelijk, het investeren in de eigen (digitale en sociale) netwerken is van groot belang.

“WE ZITTEN IN EEN **OVERGANGSFASE**: VAN EEN VERZORGINGSSTAAT, NAAR EEN WERKZAME, NAAR EEN PARTICIPATIE-SAMENLEVING”

Wim Kok (NRC, 30.09.1991)



Figuur 2: verwachte stijging aantal mensen met chronische aandoening voor enkele specifieke aandoeningen
Bron: RIVM, VTV 2014

⁵ Kok in 1991, Balkenende in 2005.

⁶ Koningin Beatrix in de Troonrede van 2013.

⁷ De KNMG benadrukt dit in het rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen' van de commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen onder leiding van Marian Kaljouw. Daarin worden de contouren geschetst van de toekomstige zorgvraag in 2030. De KNMG onderschrijft de voorgestelde omslag in de zorg waarin niet de ziekte of aandoening centraal staat, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger.

⁸ Senior-onderzoeker Machteld Huber van het Louis Bolk Instituut promoveerde op dit concept van 'positieve gezondheid' in december 2014 aan de Universiteit van Maastricht en ontving hiervoor de prestigieuze ZonMw-parel.

Dit gaat niet zonder slag of stoot. Doordat de samenleving de laatste decennia is geïndividualiseerd, is het gemeenschapsgevoel afgenomen.⁹ Tegelijkertijd wordt steeds meer vrijwilligerswerk gedaan. Het beroep dat op vrijwilligers moet worden gedaan dreigt in de toekomst (te) groot te worden. Nu al combineert een op de zes Nederlanders werk met mantelzorgtaken; in de zorgsector is dat een op de vier. Vrouwen verrichten vaker mantelzorgtaken dan mannen. Gemiddeld wordt 15 uur per week aan mantelzorg besteed. Het aantal mantelzorgers groeide tussen 2004 en 2012 van 13% naar 18%,¹⁰ maar het valt velen zwaar. Voor 30% van de mantelzorgers valt de combinatie betaald werk en mantelzorg tegen en 7% vindt de taken te zwaar. De combinatie van betaald werk en mantelzorg leidt regelmatig tot gezondheidsproblemen en ziekteverzuim.

Aandacht voor gezondheidsvaardigheden

Verwacht wordt dat meer mensen meer zelf kunnen en gaan regelen als het om hun gezondheid gaat, maar dit is niet voor iedereen even makkelijk. Zo beschikken mensen met een lagere sociaal-economische status doorgaans over minder gezondheidsvaardigheden: vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen over de gezondheid. De internationale term hiervoor is health literacy, ook wel 'gezondheidsgeletterdheid' of 'gezondheidsvaardigheden'.

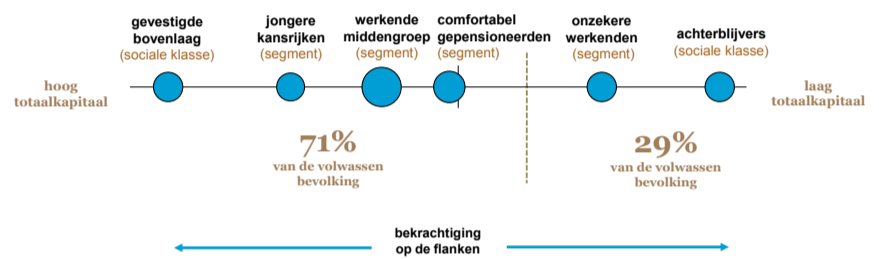
Onder de mensen die over minder gezondheidsvaardigheden beschikken vinden we relatief veel zorgmijders, mensen met veel chronische aandoeningen en een lagere levensverwachting. Dit heeft meer met de sociaal-economische status van de patiënt te maken dan met de leeftijd. In de toekomst wordt scholing van de patiënt steeds belangrijker. Hier ligt een taak voor vele zorgpartijen, verzekeraars en patiëntenverenigingen, maar zeker ook voor onze branche.

Zeg het ons!



Aandacht voor laaggeletterdheid

"Je ziet het niet en mensen vertellen het niet. Maar er zijn in Nederland 1.3 miljoen laaggeletterden. Laaggeletterdheid heeft grote invloed op de gezondheidsvaardigheden van een patiënt. Vaak kan zo iemand best wat lezen en schrijven, maar heeft hij moeite met lastige of overdrachtelijke woorden. Op de oproep voor een operatie staat bijvoorbeeld dat hij nuchter moet komen. 'Geen borreltje dus,' denkt de patiënt, maar hij neemt voor de zekerheid wel een stevig ontbijt om goed door de operatie te komen. Jacqueline Blase van het Albert Schweitzer ziekenhuis is al jaren bezig om aandacht te vragen voor laaggeletterde patiënten. Ze doet dat door haar collega's bewust te maken van het probleem. Met onconventionele middelen, als dat moet, zoals theaterworkshops. En ze zette in het ziekenhuis een netwerk van verpleegkundigen op, die ze schoolde in het schrijven van eenvoudig Nederlands. Een flyer met stripverhaal nodigt patiënten uit om over hun laaggeletterdheid te praten. 'Het gaat immers in feite om patiëntveiligheid'."



Figuur 3: indeling SCP sociaal-economische klasse
Bron: SCP

Ambities

In 2020 is de patiënt nog meer partner geworden. Hij kan de regie nemen over zijn eigen gezondheid en medisch proces. Ziekenhuizen bieden flexibiliteit en verschillende vormen van interactie. De patiënt kan digitaal zijn afspraak inplannen, kan zijn dossier inzien en kan zelf bepalen op welke wijze en wanneer hij contact legt met zijn zorgverleners. Verder kan hij prijzen vergelijken omdat er meer inzicht is in prijzen van behandelingen. Ziekenhuizen houden bij dit alles rekening met het verschil in gezondheidsvaardigheden. De NVZ maakt zich met andere partijen sterk voor scholing van de patiënt.



Hettie Vogel

Online en offline patiëntenpanel

Máxima Medisch Centrum maakt gebruik van een permanent, online en offline panel om patiënten een bijna continue stem te geven in het ziekenhuisbeleid. Het panel bestaat uit zo'n 85 mensen. Ze krijgen een keur aan onderwerpen voorgelegd. "Zo heeft het panel een belangrijke rol gespeeld bij het testen van ons online patiëntenportal," vertelt senior communicatieadviseur Hettie Vogel. "Daar kwam als 'bijvangst' uit dat de medische vragenlijsten, die mensen thuis invullen voordat ze naar het ziekenhuis komen, vaak te lang en te uitgebreid zijn. Samen met het panel houden we die lijsten nog eens tegen het licht. Ook hebben we met behulp van het panel een customer-journey-onderzoek gedaan om patiënten te vragen naar hun ervaringen, van de parkeerplaats tot in de spreekkamer van de dokter."



Koen de Blok

Thuis dialyseren, tenzij...

Op dit moment is thuisdialyse in Nederland voorbehouden aan de meest stabiele, gezonde en vitale patiënten. Het Flevoziekenhuis gooit het roer rigoreus om. Onder het motto 'dialyseren doe je thuis, tenzij...' is het mogelijk gemaakt om vrijwel elke patiënt hemodialyse thuis te bieden. Het concept werd binnen het Flevoziekenhuis ontwikkeld door nefroloog en intensivist Koen de Blok. "We laten patiënten nu drie of vier keer per week naar het centrum komen. Dat vraagt veel tijd en energie van mensen, zeker voor ouderen en mindervaliden. Wij denken dat dat beter kan: behandel mensen waar ze leven. Thuis." De patiënt die thuis dialyseert krijgt ook daar optimale verpleegkundige zorg. De veiligheid wordt geborgd door continue online monitoring van het behandelproces op afstand. Daarnaast kunnen de patiënt en dialyseverpleegkundige ter plekke de specialist of collegaverpleegkundigen in het centrum in beeld en geluid consulteren, door gebruik te maken van allerlei eHealthoplossingen. Patiënten die thuis dialyseren kunnen gemakkelijker, vaker en langer dialyseren. Dat verbetert de gezondheid en kwaliteit van leven, vermindert complicaties en ziekenhuisopnames en zorgt voor afname van medicatiebehoefte.

⁹ Bron: Mediawijzer.net Meerjarenplan 2011 t/m 2014.

¹⁰ Bron: Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk, SCP, maart 2015.

IN DE TOEKOMST WORDT SCHOLING VAN DE PATIËNT STEEDS BELANGRIJKER

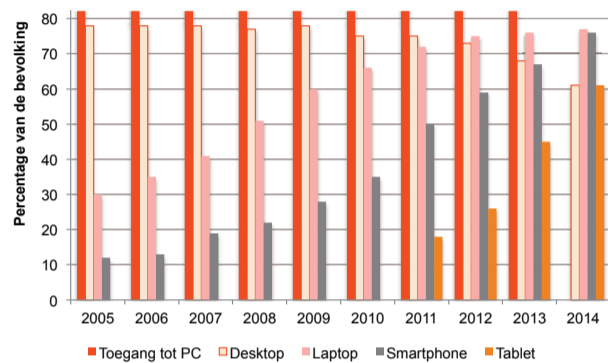
ICT ZORGT MET U MEE

Veranderingen als gevolg van technologische ontwikkelingen

De informatietechnologie maakt het leven voor mensen gemakkelijker en verandert de processen binnen dienstverlenende organisaties. Voor de patiënt is het gewoner dat allerlei zaken ondersteund worden met ict-oplossingen. Zorgverleners maken meer gebruik van digitale hulpmiddelen. In eerste instantie om gegevens vast te leggen en hierover te communiceren met collega-professionals, maar steeds vaker ook met de patiënt. Bij de diagnostiek en therapie zijn geautomatiseerde hulpmiddelen al heel gewoon. De realiteit is echter ook dat de ict in ziekenhuizen bijzonder complex is: er zijn tal van systemen in gebruik die niet allemaal even makkelijk met elkaar communiceren. Nederlandse ziekenhuizen zijn al vrij ver met de invoering van ict, zeker in vergelijking met andere landen.

Ongekende mogelijkheden, gebruik door patiënt en consument

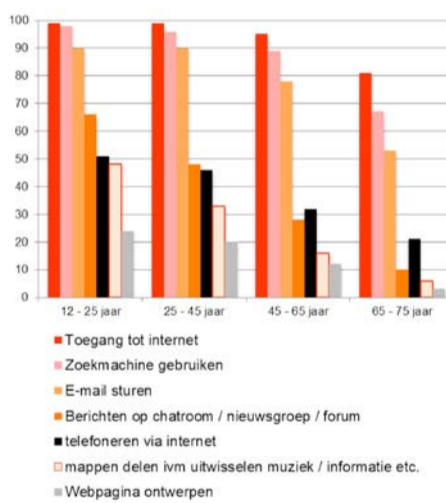
De ict ontwikkelt zich van een techniek die de primaire processen ondersteunt naar één die een vitaal onderdeel is van het primaire proces. Niet ondenkbaar is dat ict-innovaties leiden tot nieuwe aanbieders in de gezondheidszorg die onconventioneel te werk gaan, goedkoper en sneller zijn dan de gevestigde instellingen en daarmee voorzien in een (latente) behoefte.¹¹ Er ligt een reeks toepassingen onder handbereik. Health apps op de smartphone kunnen behulpzaam zijn bij preventie en dieet, maar ook bij medicijninname. Polsbandjes kunnen nu al vitale functies



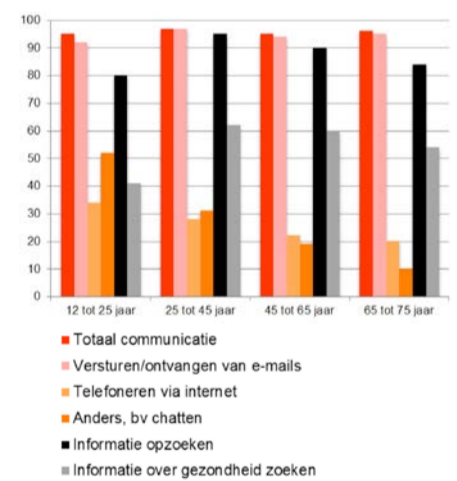
Figuur 4: Percentage van Nederlandse bevolking met toegang tot ict-middelen
Bron: CBS, TNO en CZ, ICT, kennis en economie, 2013, CBS Statline, GfK, Nieuwe meting trends in digitale media, 2015

monitoren en de gegevens naar een databank toesturen. Artsen en verpleegkundigen kunnen consulten en adviezen via Skype geven. Patiënten met dezelfde aandoeningen kunnen ervaringen online uitwisselen via *social support communities*.

Computergames kunnen worden ingezet bij therapieën, e-learning en praktijkoefeningen. Via een zorgportaal kunnen patiënten en zorgverleners vanaf elke plek toegang krijgen tot en zaken regelen met het ziekenhuis. Het onderscheid tussen patiënten en consumenten wordt minder scherp: ook voor de gezonde mens zijn de mogelijkheden om allerlei informatie over de eigen gezondheid te verzamelen binnen handbereik. Doordat mensen veel over hun eigen gezondheidstoestand te weten komen, ontstaan er meer vragen naar vroegopsporing en preventie. Er gaat een nieuwe consumentengezondheidsmarkt ontstaan. Een probleem is wel dat er voor de vele nieuwe systemen onvoldoende sprake is van standaarden.



Figuur 5: internetvaardigheden bij Nederlanders per leeftijdsgroep (%)
Bron: CBS, Statline



Figuur 6: gebruik communicatie en informatie via internet (% gedurende de laatste drie maanden)
Bron: CBS, Statline

ER ZIJN TAL VAN SYSTEMEN IN GEBRUIK DIE NIET ALLEMAAL EVEN MAKKELIJK MET ELKAAR COMMUNICEREN



Thilo Mohns

Zorgportaal

Thilo Mohns is CMIO (Chief Medical Information Officer) van het Máxima Medisch Centrum. Zijn ziekenhuis ontwikkelde een digitaal zorgportaal voor zowel patiënten als zorgverleners – al is dat laatste nog niet volledig operationeel. "Dat heeft niet alleen grote impact gehad op de patiënt, maar ook op de organisatie. De patiënt krijgt meer regie op de eigen behandeling doordat hij zelf afspraken maakt, gegevens kan inzien, vragenlijsten invult en bijvoorbeeld brieven aan de huisarts ziet. In de organisatie verandert onder meer de logistiek op de polikliniek; veel processen moeten aangepast worden. Ook de impact voor de medisch specialist is niet gering. Die krijgt te maken met een veranderde patiënt, moet gaan letten op zijn taalgebruik en ervaart een dalende autonomie. Voeg daarbij nog de onrust bij huisartsen doordat patiënten soms een informatievoorsprong hebben en je hebt een recept voor ingrijpende verandering! Toch is uit de evaluatie gebleken dat er sprake is van een gedeelde wens voor doorontwikkeling: van een ziekenhuisdossier naar een écht patiëntendossier."

¹¹ Een van de deelnemers aan de strategiesessie voor NVZ-medewerkers voorspelde dit door uit te roepen: "Wie wordt de Uber of Airbnb van de zorg?"



ER GAAT EEN NIEUWE CONSUMENTEN-GEZONDHEIDSMARKT ONTSTAAN

Big data

Het gaat al lang veel verder dan waar het allemaal mee begon: het automatiseren van bestanden met patiëntendossiers. 'Big data' gaan in de nabije toekomst een cruciale rol spelen in de gezondheidszorg. Door systemen te koppelen en medische data van over de hele wereld te verzamelen, zijn computers in te zetten als gezondheidscoach, die in snelheid en betrouwbaarheid het medisch beroep soms naar de kroon steekt.¹² Op termijn zullen we met behulp van 'big data' en het gebruik van algoritmen in staat zijn om tot geheel nieuwe inzichten en behandelmethodieken te komen.



Wim van Harten



Sander Klous

Big data

Sander Klous, adviseur bij KPMG en hoogleraar Big Data Ecosystems for Business and Society aan de Universiteit van Amsterdam: "We krijgen steeds meer te maken met organisaties die gedreven zijn door big data. Denk aan Uber, Booking.com, Airbnb en Popcorn Time. Voor een groot deel zorgen wij zelf voor al die big data. We willen steeds meer op maat gemaakt advies en facebooken, twitteren, googelen en 'liken' naar hartenlust. Bedenk steeds: als een dienst gratis is, ben je geen klant maar onderdeel van het product. Het gebruik van big data is succesvol als het zowel voor de klant als voor de organisatie waarde toevoegt. Mijn advies: start klein en ontdek zo of de toepassing betekenisvol is en de potentie heeft om te groeien."

Watson en big data

Supercomputer Watson begrijpt natuurlijke taal en menselijke communicatie, leert van de keuzes van gebruikers en genereert en evalueert hypothesen. En hij wordt sinds 2012 gevoerd met medische informatie. Watson kan bijvoorbeeld getraind worden in de ondersteuning bij de besluitvorming rond behandeling van kanker. Maakt dat Watson in de toekomst een onmisbare tweede dokter in de spreekkamer? Ziekenhuisbestuurder Wim van Harten denkt wel dat dit soort beslissingsondersteunende systemen een rol gaan spelen: "Ik zie daarbij vooral een rol in de ontwikkeling van het systeem voor de rest van het behandelnetwerk. Daarnaast kunnen we de onderliggende patiëntgegevens ('big data') gebruiken bij onderzoek. De ontwikkelingen gaan hard, maar voordat toepassingen betaalbaar zijn en breed in de spreekkamer verschijnen, zijn we zo minstens vijf jaar verder."

14

Privacy en informatieveiligheid

Er zijn een paar kanttekeningen te plaatsen bij het in de praktijk toepassen van ict-mogelijkheden in de zorg. Zo moeten de informatieveiligheid en privacy bij medische gegevens volkomen zijn gegarandeerd en dat is complex en kostbaar. De privacy-bescherming gaat in Nederland verder dan in andere landen gebruikelijk is. In de (nabije) toekomst zal de patiënt zelf eigenaar zijn van zijn data en zelf toestemming moeten geven voor het gebruik ervan. Overigens lijkt privacy voor jongeren niet zo'n issue; de beschikbaarheid van hun medische gegevens op elke plek en op elk tijdstip vinden zij belangrijker.

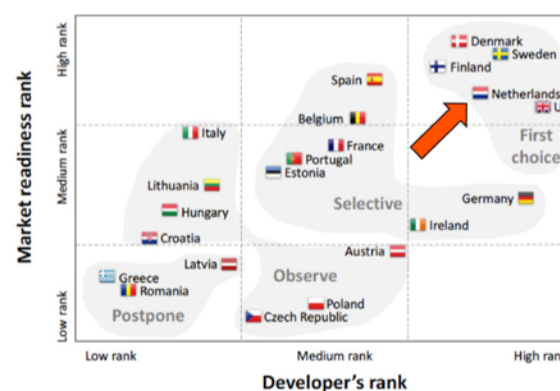
De marktwerking in de zorg is weliswaar beperkt en gereguleerd, maar maakt spelers in het veld toch huiverig om data te delen waar de 'concurrentie' zijn voordeel mee kan doen.

Ambities

In 2020 is investeren in ict nog meer dan nu voor alle leden instellingsbeleid. Bij het experimenteren met nieuwe technieken hoort de acceptatie dat experimenten tijdig gestopt worden als zij niet de gewenste opbrengst hebben. Bij alle ontwikkelingen zal de NVZ open platforms en de toepassing van standaarden en connectiviteit bewerkstelligen, zodat er communicatie mogelijk is met andere systemen, zorgverleners en patiënten in de hele keten.

5 COUNTRIES OFFER THE BEST MARKET CONDITIONS FOR STARTING AN MHEALTH BUSINESS IN EU

Comparison of country's rank in market readiness score and developer index



Per land is o.a. gekeken naar:
 -Aanwezigheid Mhealth ontwikkelaars
 -Acceptatie mHealth door professionals
 -Marktcondities
 -Wetgeving
 -Acceptatie door patiënten
 -Voorkomen van ICT in zorg

Figuur 7: vergelijking landen met de beste condities voor mHealth-toepassingen

Bron: EU: research2guidance -EU countries' mHealth app market ranking 2015



Jongeren en privacy

In de zomer van 2015 organiseerde de NVZ een stakeholdersbijeenkomst met 33 jonge, frisse denkers uit de wereld van patiënten, medisch specialisten, thuiszorg, banken en verzekeraars, technologie en innovatie, politiek en universiteit. Van deze groep vond 64% privacy weliswaar belangrijk, maar achtte het geen probleem dat hun data gebruikt worden om de zorg kwalitatief beter te maken. Voor henzelf, maar ook voor anderen. Als er maar goede afspraken worden gemaakt over welke data door wie gebruikt mogen worden. Zo antwoordde 94% 'goed' of 'graag' op de vraag of hun gegevens gebruikt mochten worden voor grootschalig onderzoek. Jongeren zijn bereid een deel van hun privacybescherming in te ruilen voor toegankelijkheid van medische gegevens. "Natuurlijk moet elk ziekenhuis in Nederland bij mijn gegevens kunnen, als ik een ongeluk krijg!"

¹² IBM ontwikkelde in 2011 de supercomputer Watson met een ongekende rekensnelheid, experimenteerde in 2013 met deze computer als gezondheidscoach en investeerde in 2014 een miljard dollar in de ontwikkeling.

15

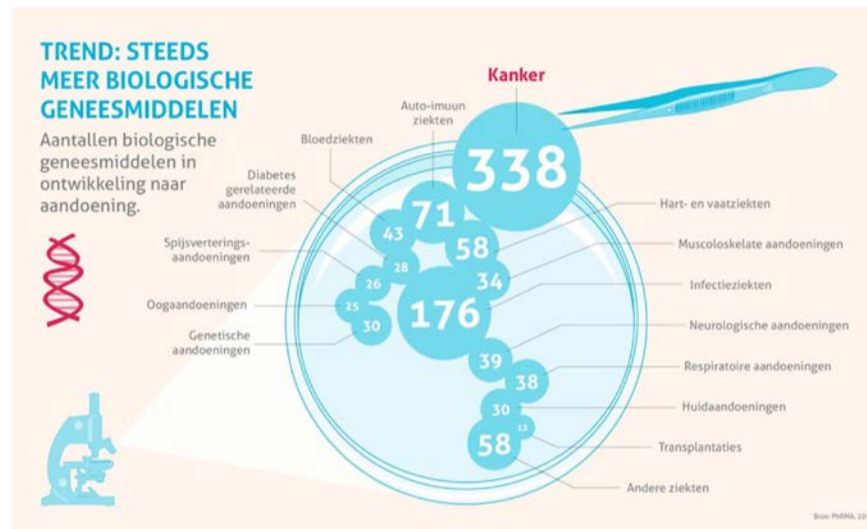
IEDEREEN ZIJN EIGEN MEDICIJN

Dankzij technologische en biomedische innovaties komen er steeds meer geneesmiddelen op de markt die voor veel patiënten een effectievere behandeling mogelijk maken

Er is daarnaast steeds meer mogelijk met gepersonaliseerde medicijnen, op maat gesneden medicatie die alleen al om die reden goed werkzaam is. De implementatie hiervan is een grote uitdaging en vraagt betrokkenheid in de hele zorgketen. Ook alle medicatie-ontwikkelingen worden meegenomen bij het bepalen van de eigen portfolio. Maar de kosten van de geneesmiddelen stijgen enorm en dat kan niet alleen het probleem van de ziekenhuizen zijn. De NVZ voorziet op korte termijn grote problemen met de bekostiging ervan. Landelijk inkopen van geneesmiddelen moet overwogen worden.

Toegankelijkheid en betaalbaarheid onder druk

Het is geen wonder dat er grote vraag is naar de nieuwste medicatie. Zo is van alle kankermedicatie het aandeel van de dure middelen op het totaal in de afgelopen tien jaar sterk toegenomen.¹³ Helaas zijn juist de succesvolle middelen veelal duur, soms buitensporig duur. Goedkope vergelijkbare medicijnen zijn nog niet beschikbaar en komen zelfs niet allemaal meteen beschikbaar wanneer de patenten van hun merkequivalent zijn verlopen omdat ze zo moeilijk te produceren zijn. Daarmee komt de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg onder druk te staan. De NVZ heeft in 2015 onderzoek gedaan onder haar leden. Hieruit blijkt dat het beschikbare budget onvoldoende is om al deze middelen te financieren. Er zijn maatregelen nodig voor betere en specifieke



Figuur 8: aantallen biologische geneesmiddelen in ontwikkeling, naar aandoening
Bron: Nefarma, 2013

16

contractafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Prijs-onderhandelingen moeten op Europees niveau worden gevoerd waar de nationale markt faalt en verbeterde informatievoorziening is gewenst rondom nieuwe geneesmiddelen. Aanbieders nemen hun verantwoordelijkheid voor doelmatig voorschrijven en gepast gebruik, waarbij ook een belangrijke rol is weggelegd voor de patiënt. Het kan goed zijn dat al deze maatregelen het budgettaire probleem niet snel genoeg oplossen. In dat geval moet de overheid keuzes maken over de samenstelling van het verzekerde pakket.

Toename technologische en biologische innovaties

Al enige decennia is een stijgende trend in de investeringen van (farmaceutische) bedrijven in de ontwikkeling van geneesmiddelen zichtbaar. De laatste jaren richt zich dit voornamelijk op nieuwe technische en biologische innovaties als gentherapie, biologische markers en nanotechnologie. Deze innovaties leiden de komende jaren tot vele nieuwe (dure) geneesmiddelen die een breed scala aan nieuwe behandelmogelijkheden toegankelijk maakt.

Dure medicatie kan leiden tot verdringing

Door de toename van het aantal oudere patiënten met meerdere chronische ziekten zal de vraag naar medicatie alleen maar toenemen. Daarnaast is sprake van toenemende medicamentkeuze bij specialistische zorg in de thuissituatie. Niet ondenkbaar is dat de dure medicatie tot verdringing gaat leiden waarbij de andere vormen van zorg het in de toekomst met minder moeten doen. Ziekenhuizen kunnen hier verstandig mee omgaan door zinnig en zuinig beleid te combineren met goede voorlichting aan patiënten en duidelijke afspraken met zorgverzekeraars. Daarbij mag ook de discussie over de zin van doorbehandelen in de laatste levensfase niet uit de weg worden gegaan.¹⁴

¹³ Van ruim een derde naar bijna twee derde deel van de totale kosten van oncolytica die zijn gestegen van een kleine driehonderd miljoen in 2003 naar ruim zevenhonderd miljoen in 2013.

¹⁴ Ook niet behandelen zou standaard als optie in de spreekkamer met de arts moeten worden meegewogen. Tijdens de strategiesessie van de NVZ met jongeren op 26 augustus 2015 kwam dit onderwerp indringend aan bod. Uit een studie van de universiteit van Stanford kwam naar voren dat 90% van de artsen voor zichzelf zouden afzien van ingrijpende medicatie als zij geconfronteerd zouden worden met een terminale ziekte. Vergelijk het online essay uit 2011 'How doctors die' van de gepensioneerde huisarts Ken Murray.



Dure medicatie kan tot verdringing van andere vormen van zorg leiden
Bron: National Health Service, Engeland



Hans van der Schoot

Ziekbed en sterfbed

"Wij maken soms onvoldoende onderscheid in ziekbed en sterfbed," zegt Hans van der Schoot, bestuursvoorzitter van OLVG/SLAZ. "In de curatieve geneeskunde moeten we ons beperken tot het ziekbed, ons richten op de patiënten die we nog beter kunnen maken. Als dat niet meer het geval is, moet je mensen niet eindeloos aan het lijntje houden. Het zit in onze van oorsprong christelijke cultuur om te geloven in de onsterfelijkheid, terwijl men bijvoorbeeld in de Oosterse cultuur veel meer de afwisseling tussen leven en dood accepteert. Het moment is aangebroken om echt de discussie te voeren of je nog dure geneesmiddelen moet geven aan iemand boven een bepaalde leeftijd als je er het leven maar enkele weken of maanden mee verlengt."

17

ALS VARIATIE ZICHTBAAR IS EN TE KOPPELEN IS AAN UITKOMSTEN, ZULLEN ZIEKENHUIZEN INFORMATIE UITWISSELEN EN VAN ELKAAR LEREN

Investeren in opleiding en medicatieveiligheid

Goede farmaceutische patiëntenzorg en meer persoonsgerichte behandeling zal veel vergen van het ziekenhuis en de daar werkzame professionals. Zo worden ook aan de kennis en expertise van de apotheker steeds hogere eisen gesteld vanwege de toenemende complexiteit van de behandelingen en ontwikkelingen rondom 'precision medicine'. Dit vraagt om opleiding en training, afgestemd op de profielkeuze van het ziekenhuis. Ook het investeren in medicatieveiligheid en uitwisseling van gegevens blijft geboden. Hierbij speelt mee dat optimale zorg steeds vaker in de zorgketen met meerdere aanbieders wordt aangeboden.

Patiëntregistraties

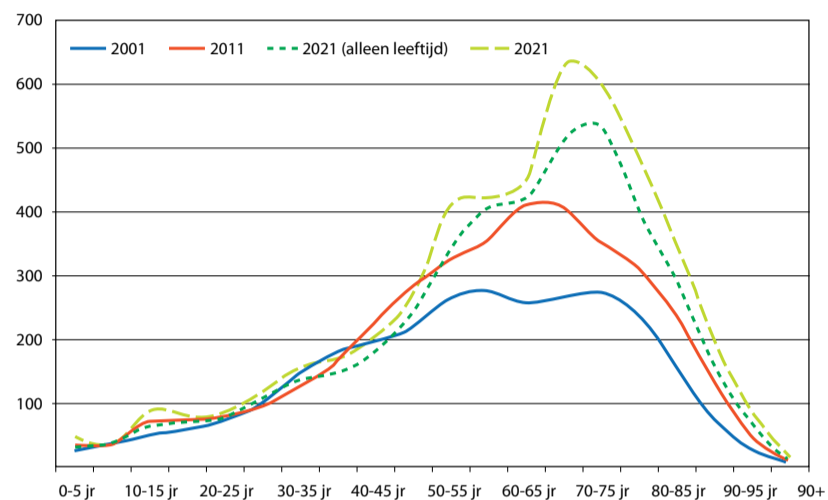
Door registratie en analyse van de uitkomsten van de geneesmiddelen therapie wordt de doelmatigheid en effectiviteit van het voorschrijven verder vergroot. Dit vergt van het ziekenhuis deelname aan patiëntregistraties, waarin gegevens rondom (meerdere) ziektebeelden worden verzameld. Als variatie zichtbaar is en te koppelen is aan uitkomsten, zullen ziekenhuizen informatie uitwisselen en van elkaar leren.

Mogelijkheden voor besparen kosten

Een goede samenwerking in netwerken, met een gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen op basis van stringente formulieren kan helpen de kosten te drukken. Doelmatig voorschrijven, maximale inzet van biosimilars en het voorkomen van verspilling (o.a. door dosisreductie, terugname van niet gebruikte medicijnen, geen spillage van bereidingen) verdienen aandacht, net als keuzes maken bij de bereiding: maken of kopen.

Ambities

Uiteraard blijven wij dure geneesmiddelen zinnig en zuinig gebruiken. Door opleiding en training van de betrokken professionals behouden zij de benodigde kennis en expertise over de meer en meer gepersonaliseerde medicatie. Om zicht te houden op doelmatigheid en effectiviteit van geneesmiddelen therapie, nemen ziekenhuizen deel aan patiëntregistraties. Daarnaast gaan we de mogelijkheden voor het landelijk inkopen onderzoeken. Indien deze maatregelen onvoldoende blijken, dan voeren we de druk op de overheid op om keuzes te maken ten aanzien van het verzekerde pakket. Het resultaat moet zijn dat er in 2020 een oplossing is gevonden voor de steeds urgenter wordende problematiek van de bekostiging van dure geneesmiddelen.



Figuur 9: totale geneesmiddelenkosten (in mln euro) per leeftijdsklasse van 5 jaar
Bron: SFK



Joris Arts

Medicatie-app

De Antonius Zorggroep in Sneek onderzocht de iPhone-app MijnMedicatie, waarmee patiënten heel eenvoudig zelf een actueel medicatieoverzicht kunnen opstellen en bijhouden. Het ziekenhuis vergeleek een app met de traditionele manier van gegevensverzameling: een gesprek met de apothekers-assistente. De app is positief ontvangen. De patiënten voelden zich meer betrokken bij hun behandeling en door ontlasting van de zorgverlener is er een potentiële kostenbesparing. Door betere patiëntparticipatie zullen er bovendien minder medicatiefouten optreden. Ziekenhuisapotheker en hoofd afdeling Klinische Farmacie Joris Arts: 'Patiënten stelden het op prijs dat de apotheker hen belde vóór hun ziekenhuis-opname. En ze vonden het prettig om hun medicijngebruik zelf te registreren. Bijna iedereen deed mee aan de proef.' Naar aanleiding van het onderzoek wordt de app nog meer intuïtief en gebruiksvriendelijk gemaakt.

DE KOSTEN VAN GENEESMIDDELEN STIJGEN ENORM EN DAT KAN NIET ALLEEN HET PROBLEEM VAN ZIEKENHUIZEN ZIJN

MEER INZICHT MET MINDER REGISTRATIE

(Transparantie over) kwaliteit en veiligheid

Om de beste zorg aan de patiënt te kunnen blijven bieden, is inzicht in kwaliteit nodig. Met goede informatie over kwaliteit kunnen ziekenhuizen en medisch specialisten de zorg verbeteren en van elkaar leren. Hiermee zijn al goede resultaten geboekt:

- Het percentage patiënten dat binnen een uur na een herseninfarct trombolysie toegediend kreeg nam in drie jaar tijd toe van 65% tot 84% nadat op grond van indicatoren vergelijkingen mogelijk werden;
- Het percentage patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven na een borstkankeroperatie is afgenomen van 21% tot 11% nadat een indicator werd opgenomen in de basisset;
- In drie jaar tijd is een daling van 25% gerealiseerd in de 30-dagen mortaliteit na operaties in verband met kanker (alle soorten) nadat hierover een volume-indicator was opgenomen;
- Doorligwonden namen met 80% af gedurende de acht jaar dat hierover een indicator opgenomen was.

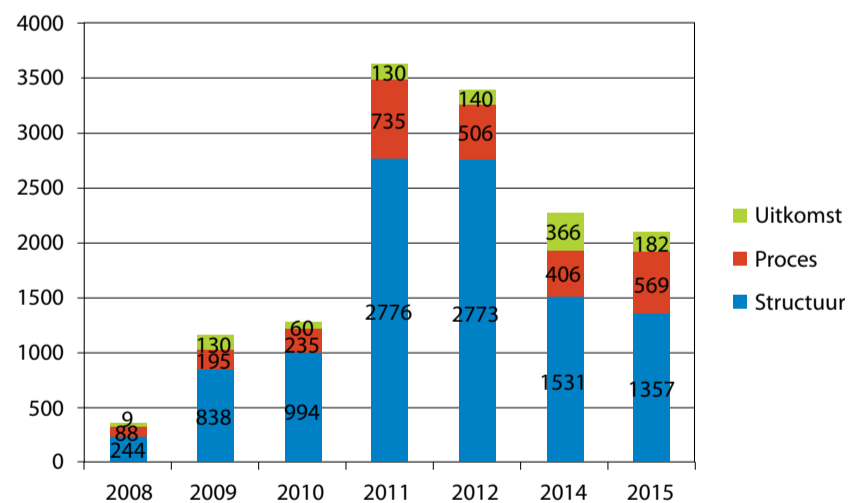
Het verzamelen van zinvolle uitkomstindicatoren, op basis waarvan professionals zelf hun resultaten kunnen vergelijken en bespreken, ziet de NVZ als de beste mogelijkheid voor kwaliteitsverbetering. Nauwe samenwerking met de (Raad voor de Kwaliteit van de) Federatie Medisch Specialisten is essentieel. Ziekenhuizen die erin slagen om een veilige aanspreekcultuur te creëren, waarin men kan leren van elkaars successen en fouten, leveren de beste kwaliteit. Kwaliteitsinformatie is ook van belang om vragen van patiënten,



verzekeraars, inspectie, politiek en media te beantwoorden. Er is veel vraag naar informatie over kwaliteit. Dit is een 'fact of life' en betekent dat ziekenhuizen de afgelopen jaren steeds meer zijn gaan registreren.

Nederland koploper kwaliteitsinformatie

Aan de hoeveelheid data ligt het niet. Nederland is koploper als het gaat om het vergaren van kwaliteitsinformatie. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat Nederland als tweede scoort op de wereldranglijst van de meeste administratiekosten in de zorg (na de Verenigde Staten). Het aantal verplichte indicatoren neemt weliswaar af maar is nog steeds te groot. De grote hoeveelheid wordt vooral veroorzaakt door de uitvragen van zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen en door het streven naar perfectie van de wetenschappelijke verenigingen. De meeste indicatoren zeggen nog te weinig over de uitkomst van zorg, maar belichten vooral processen en structuren. Een beperkt aantal procesindicatoren blijft nodig om aan te tonen dat je aan de basisnormen voor goede zorg voldoet, maar belangrijker is dat er indicatoren komen die werkelijk relevant zijn voor de patiënt omdat ze iets zeggen over de uitkomst van de behandeling. Tien indicatoren per aandoening is genoeg.¹⁵ Onderzoek naar de effecten van kwaliteitsinformatie op patiënten is nog schaars. Bestaande onderzoeken wijzen dezelfde kant uit: de beschikbare informatie heeft voor de meeste patiënten geen effect op kennis, attitude en gedrag.^{16,17} Slechts een kleine minderheid van de patiënten kiest actief voor een zorgverlener of ziekenhuis op basis van beschikbare kwaliteitsinformatie. Ook zorgverzekeraars gebruiken de beschikbare kwaliteitsinformatie nog in onvoldoende mate bij het contracteren van de zorgverlening. Financiële aspecten blijven bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen nog dominant.



Figuur 10: Ontwikkeling aantal variabelen
Bron: Transparantiekalender van het Zorginstituut Nederland en de IGZ basisset

ER IS VEEL VRAAG NAAR INFORMATIE OVER KWALITEIT

¹⁵ Over het belang van uitkomstindicatoren heeft de NVZ in juni 2015 bijzondere strategiesessie met experts op dit terrein belegd. Zie voor het resultaat daarvan www.nvz-ziekenhuizen.nl.

¹⁶ Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 2009;47.

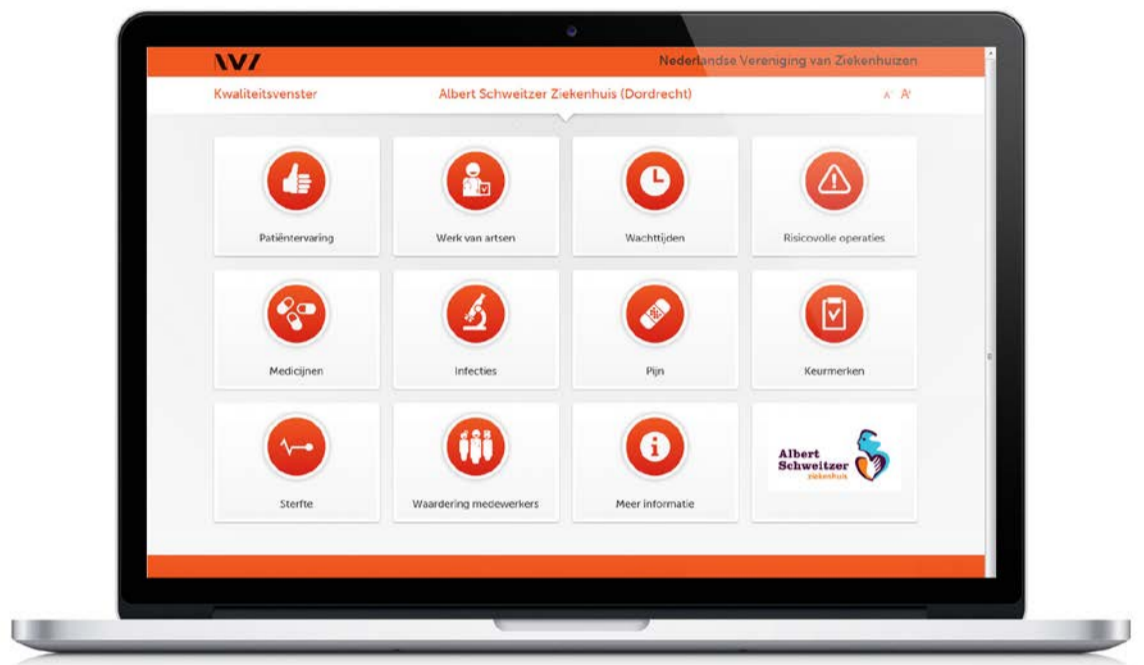
¹⁷ Kolstad JT, Chernew ME. Quality and consumer decision making in the market for health insurance and health care services. *Med Care Res Rev* 2009;66.

Regels en richtlijnen

Het aantal externe regels waar ziekenhuizen mee te maken hebben is groot en blijft groeien. Wet- en regelgeving, richtlijnen en bijvoorbeeld gedragscodes worden door vele partijen in de gezondheidszorg en daarbuiten ontwikkeld en via verschillende wegen verspreid. Het is voor bestuurders en medisch professionals lastig te overzien of aan alle geldende regels wordt voldaan, terwijl dit wel van hen wordt verwacht. De NVZ vindt het van belang te komen tot minder, maar betere regels. Bij elke regel die wordt ontwikkeld, moet het vanzelfsprekend zijn dat er ook minstens één vervalt. Bovendien is het van belang dat er transparantie komt met betrekking tot de regels waar ziekenhuizen op aanspreekbaar zijn. Het Register van Zorginstuut Nederland (ZiN) moet hierbij – wat medisch inhoudelijke regels betreft – een belangrijke functie vervullen. Daarnaast willen we toe naar een andere manier van toezichthouden, waarbij toezicht-houders niet langer toezien op het niveau van afzonderlijke regels of richtlijnen. We pleiten voor meer sturing op afstand. Pilots op het vlak van systeemtoezicht zullen hiervoor de komende jaren aanrijpingspunten bieden.

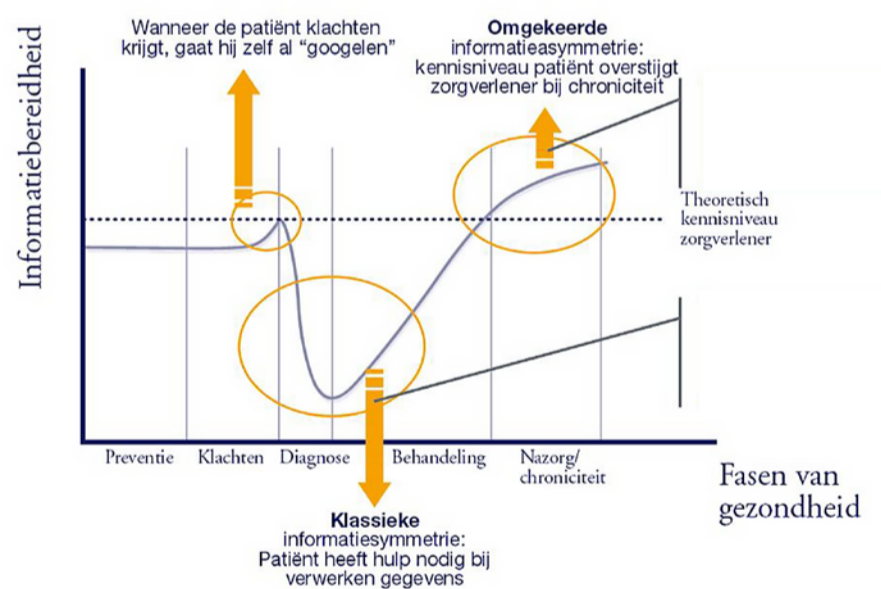
Kwaliteitsventer

De NVZ heeft samen met ziekenhuizen, patiënten en deskundigen een Kwaliteitsvenster (<http://www.nvz-kwaliteitsvenster.nl/zorginstellingen>) voor patiënten ontwikkeld. In dit venster zien patiënten in één oogopslag de kwaliteit van een ziekenhuis of revalidatieinstelling. Waar mogelijk worden de resultaten van die instelling getoond over meerdere jaren, afgezet tegen het landelijk gemiddelde of een standaard. Het Kwaliteitsvenster blijven we doorontwikkelen. In de toekomst ligt de nadruk op meer onderwerpen die iets zeggen over het effect van de behandeling. Ziekenhuizen maken verder steeds meer gegevens openbaar zodat duidelijk is wat er goed gaat, maar ook dat er soms zaken verkeerd gaan. Als je open bent, neemt naar verwachting het vertrouwen van patiënten verder toe.



Figuur 11: Het kwaliteitsvenster van de NVZ
Bron: NVZ

Naast informatie over de prestaties van ziekenhuizen, is informatie over zijn eigen gegevens belangrijk voor de patiënt. Voor een zo goed mogelijke informatiepositie voor patiënt én zorgverlener is het van belang dat er informatie uitwisseling tussen beide actoren op gang komt. Zo kan de patiënt meer eigen regie voeren, de zorgverlener het aanbod beter afstemmen op de patiënt en wordt samen beslissen gefaciliteerd. Uit onderstaande figuur van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS voorheen RVZ) blijkt dat de patiënt in het zorgproces een informatieachterstand heeft en dat, met name in geval van chronische ziekten, in de nazorgfase de patiënt juist een informatievoorsprong heeft op de zorgverlener.



Bron: RVZ, 2010

ALS JE OPEN BENT, NEEMT HET VERTROUWEN TOE

DE SLAG MAKEN VAN KWANTITEIT NAAR KWALITEIT VAN INDICATOREN

Ambitie: vereenvoudiging

De NVZ zorgt met andere betrokken partijen, met name de Federatie Medisch Specialisten, voor een goede evaluatie van nut en noodzaak van alle metingen. Immers, zorginstellingen en professionals leveren een forse inspanning bij het registreren en aanleveren van de gegevens. De kosten en baten van de verschillende registraties moeten in balans zijn. We vinden de volgende aspecten van belang bij transparantie over kwaliteit:

- Less is more. Er moeten minder, maar betere en zinnigere indicatoren komen. De NVZ is van mening dat een indicatorset voor een bepaalde aandoening uit maximaal 10 indicatoren mag bestaan;
- De slag maken van kwantiteit naar kwaliteit. Daarbij moeten we tripartite (aanbieders, zorgverzekeraars en patiënten) een samenwerkingsrelatie en afspraken tot stand brengen zoals we die nu al hebben met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in het kader van de basisset. Dat betekent dat we toewerken naar een kader waarin we een maximum aantal indicatoren en variabelen afspreken, gericht op uitkomsten van zorg. Als dit is gerealiseerd (van meten naar weten), hebben we meer focus en kunnen we de volgende stap maken: van weten naar verbeteren;
- Als er internationale indicatoren voorhanden zijn, moeten Nederlandse indicatoren daar zoveel mogelijk bij aansluiten. Dit vergroot de internationale vergelijkbaarheid van de kwaliteit van de zorg;
- Indicatoren moeten zoveel mogelijk uit bestaande registraties onttrokken kunnen worden. Er moeten zo min mogelijk extra registraties voor opgezet hoeven te worden. Om dit te bereiken zal de NVZ samen met NFU en Nictiz werken aan het eenduidig en eenmalig registreren van patiëntgegevens voor meervoudig gebruik (registratie aan de bron).



Wouter van der Kam

Zaans dashboard voor kwaliteit en patiëntveiligheid

Het Zaans Medisch Centrum houdt de kwaliteit en patiëntveiligheid nauwkeurig in de gaten met een speciaal dashboard. Dat laat voor een groot aantal indicatoren zien hoe de verschillende afdelingen scoren. Indicatoren zoals het aantal VIM-meldingen, klachten, calamiteiten of de wachttijd. "Het is een integraal dashboard met indicatoren die voor de medische staf en de rest van de organisatie relevant zijn. Heel overzichtelijk, het past op een A4-tje. We gebruiken het tijdens het driemaandelijkse gesprek met de medisch en bedrijfskundig manager van een resultaat-verantwoordelijke eenheid," vertelt bestuursvoorzitter Wouter van der Kam. "Mocht uit het dashboard blijken dat er iets mis is, dan kijken we verder naar andere, aanpalende indicatoren die iets zeggen over de alertheid van de medische staf en de afdeling. Deze manier van werken heeft al veel opgeleverd. Zo bleken er te weinig brandoefeningen gedaan te worden. Je ziet verschillen tussen afdelingen in de manier waarop ze naar pijnscores kijken. De trend in medicatieveiligheid was juist heel positief. Daar is in een jaar tijd veel verbeterd. Het is heel belangrijk dat je de bevindingen voortdurend terugkoppelt. Je moet bewustzijn kweken én houden op het gebied van kwaliteit."

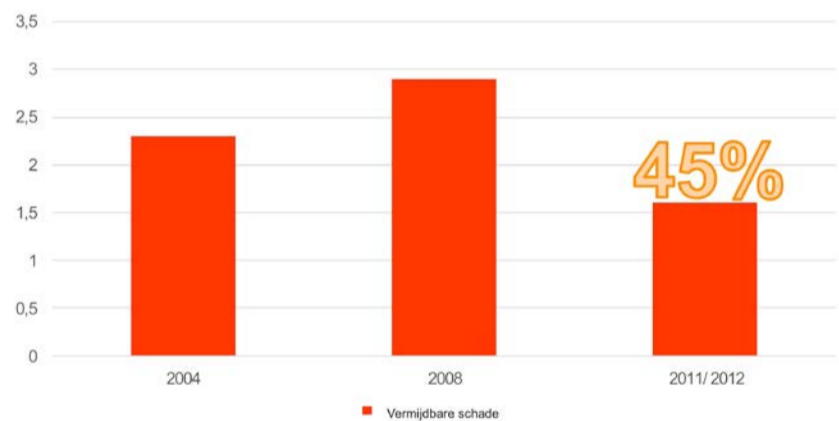
Patiëntveiligheid

Het ziekenhuis is een 'high risk'-omgeving. Het continu bewaken en beheersen van risico's vraagt dagelijks de aandacht. De medische zorg ontwikkelt zich razendsnel en patiënten worden steeds ouder en daarmee kwetsbaarder. Zij hebben bovendien een complexere zorg-vraag. Gebruik van apparatuur neemt toe en wordt steeds ingewikkelder, waardoor steeds meer gespecialiseerde medewerkers nodig zijn. Dit vraagt om een continue controle op het waarborgen van patiëntveiligheid.

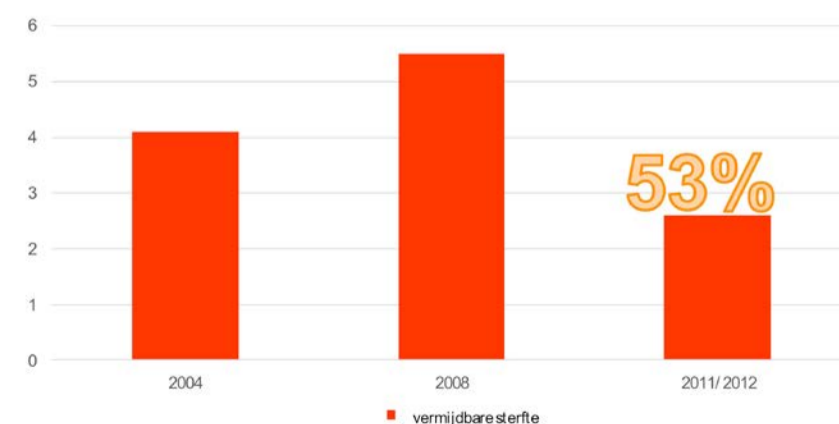
Om de veiligheid van de patiëntenzorg te vergroten en te borgen, hebben de ziekenhuizen in Nederland in de afgelopen jaren het VMS Veiligheidsprogramma uitgevoerd. De belangrijkste ambitie van dit programma was om de vermijdbare sterfte met 50% terug te dringen. Uit onderzoek van NIVEL en Emgo+/VUmc in 2013 blijkt dat die ambitieuze doelstelling is gehaald. Verder blijkt dat er drie thema's zijn waar de ziekenhuizen de komende jaren extra aandacht aan zouden moeten besteden om de patiëntveiligheid te blijven verbeteren. Dit zijn: infectiepreventie en antibiotica-resistentie, medicatieveiligheid en veilige toepassing van medische technologie.

Ambities

In het kader van de blijvende verbetering van de patiëntveiligheid besteden ziekenhuizen ook de komende jaren extra aandacht aan infectiepreventie en antibioticaresistentie, medicatieveiligheid en veilige toepassing van medische technologie. Belangrijk aandachtspunt is ook het thema kwetsbare ouderen, vooral vanwege de risico's gerelateerd aan polyfarmacie bij deze patiëntencategorie.



Figuur 12: afname vermijdbare schade tussen 2004 en 2012
Bron: Nivel, 2013



Figuur 13: afname vermijdbare sterfte tussen 2004 en 2012
Bron: Nivel, 2013

VAN ZIEKENHUIS NAAR KENNISINSTELLING

Mogelijkheden met betrekking tot preventie

5

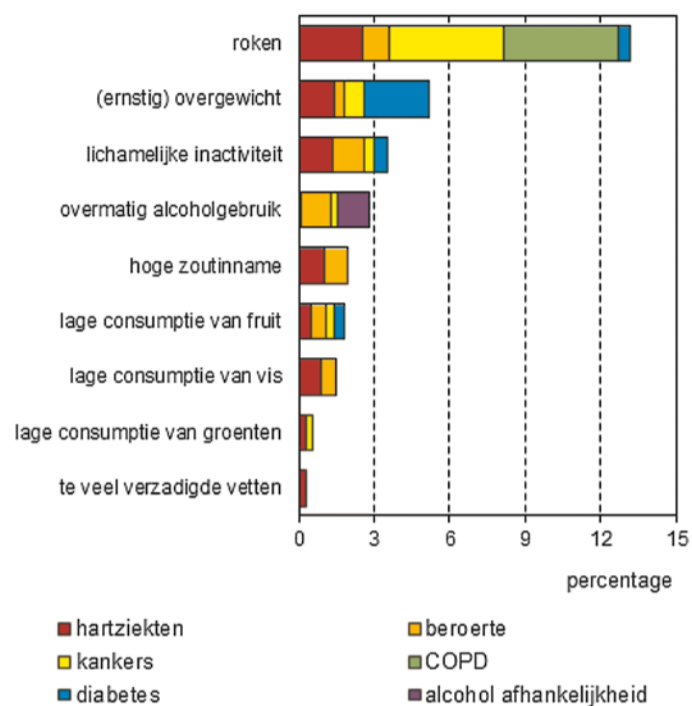
Onder preventie wordt vaak het voorkomen van een ziekte verstaan, bijvoorbeeld door vaccinatie. Wanneer mensen ziek worden en in behandeling zijn, richt preventie zich echter ook op het voorkomen van verergering van de ziekte of op optimaliseren van kwaliteit van leven. Er zijn veel ziekenhuizen actief bezig met preventie; door individuele voorlichting en begeleiding te geven, of bijvoorbeeld door voorlichtingsavonden te organiseren voor groepen patiënten met een specifieke aandoening of potentiële aandoening. Ook prenatale diagnostiek is een vorm van preventie, alsmede de darmkankerscreening. Door aandacht te besteden aan preventie, in welke vorm dan ook, verschuift de rol van de zorginstelling: van traditioneel genezend naar een kennisinstituut. Van zoveel mogelijk mensen beter maken naar de gezondheid bevorderen. De komende jaren zal deze ontwikkeling doorgaan. Door preventie dalen de zorguitgaven niet direct, maar mensen krijgen wel een betere kwaliteit van leven.

Indelingen van preventie

Er zijn meerdere indelingen van preventie in gebruik, namelijk naar doelgroep en naar de fase van de ziekte.¹⁸ Preventie is vaak gericht op een specifieke doelgroep van mensen die extra bescherming nodig hebben of meer risico lopen ziek te worden door bijvoorbeeld hun leefstijl.

Preventie naar doelgroep

Binnen de doelgroepen wordt onderscheid gemaakt naar het ziektestadium: van de gezonde bevolking tot mensen met een ziekte. *Universele preventie* bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gehele gezonde bevolking. *Selectieve preventie* probeert te voorkomen dat personen met één of meerdere risicofactoren voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. *Geïndiceerde preventie* beoogt te voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Het doel van zorggerelateerde preventie is te voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Daarnaast kan preventie zich ook richten op het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen die ontstaan ten gevolge van een chronische ziekte.



Figuur 14: bijdrage risicofactoren aan levensverwachting
Bron: Nationaal Kompas, RIVM, 2014

26



Pauline Terwijn

Vitaal Vechtdal

Vitaal Vechtdal is een initiatief van de Saxenburg Zorggroep in de regio Vechtdal-Coevorden en omstreken dat werkt aan kwaliteit van leven en lichamelijke, geestelijke en sociaal-maatschappelijke vitaliteit door samenwerking. Het initiatief focust op vier domeinen: zorg, werk, opleiding en thuis & tuin. Het bevat vier programmalijnen: vroeg erbij, vitale gemeente, vitale werknemer en langer vitaal. "Vitaal Vechtdal heeft vele voordelen," zegt bestuurder Pauline Terwijn. "Inwoners hebben inspraak in de mogelijkheden om vitaal te zijn en te blijven, zijn meer bewust en participeren beter. We zien dat ouderen langer zelfstandig blijven en minder eenzaam zijn. Er is een community van inwoners en organisaties in de vier domeinen, verbonden door het gedachtegoed en een gezamenlijke zorgpolis. Inwoners bedenken en bepalen welke initiatieven rondom preventie en gezondheid van waarde zijn. Werkgevers, scholen, verenigingen, gemeente en zorgverleners leveren ideeën voor projecten en ontwikkelingen die bijdragen aan het doel en gedachtegoed van Vitaal Vechtdal. Resultaten worden zichtbaar en successen gevierd." Eind 2015 zijn er bijzondere ontwikkelingen te melden. De Vitaal Vechtdal Coöperatie is opgericht waarin inwoners zelf een stem krijgen bij het mede bepalen van het zorgaanbod. En, voor Nederland uniek, twee zorgverzekeraars (Zilveren Kruis en ONVZ) werken samen in één polis om gezondheid en vitaliteit in de regio blijvend te verbeteren. "Met Vitaal Vechtdal laten we in de praktijk zien dat we met resultaat samen kunnen werken aan positieve doelen."

ER ZIJN VEEL
ZIEKENHUIZEN
ACTIEF BEZIG
MET PREVENTIE

¹⁸ www.nationaalkompas.nl/preventie.

27

ZIEKENHUIZEN KUNNEN PATIËNTEN HELPEN DOOR DE BOMEN HET BOS TE ZIEN

Preventie naar fase

Over het algemeen richten ziekenhuizen en categorale instellingen zich vooral op zorggerelateerde, geïndiceerde preventie. Een groeiend aantal ziekenhuizen richt zich ook op de algemene gezondheidstoestand van de bewoners in de regio. De kennis die in het ziekenhuis is opgebouwd wordt gebruikt voor voorlichting over het voorkomen van ziekten.

Preventie; een strategische keuze

Beleid op het gebied van preventie maakt deel uit van de portfolio van de zorginstelling. Brede aandacht voor preventie vraagt een nieuwe aanpak van bestuurders en medisch specialisten. Een aangepaste visie op het (zorg)traject, voorafgaand aan en na afloop van de medisch-specialistische behandeling, is dan nodig. Concreet betekent dit dat de nadruk komt te liggen op de zorgverlening en ondersteuning in de keten en meer gericht is op levensstijl. Zorgprocessen worden hierop aangepast in samenhang met een duidelijke communicatieve begeleiding en informatievoorziening en -overdracht.

Medische apps

Medische apps zijn applicaties met een medische toepassing op een mobiel apparaat. Ze kunnen helpen om in een vroeg stadium een ziekte op te sporen of helpen deze te voorkomen, maar ze moeten natuurlijk wel beproefd en betrouwbaar zijn. Ziekenhuizen kunnen patiënten helpen door de bomen het bos te zien en te bewerkstelligen dat zij vooral gebruik maken van gevalideerde apps met betrouwbare gegevens.

Ambities

In de komende jaren maken ziekenhuizen een bewuste, strategische keuze wat ze wel of niet aan preventie doen buiten de zorggerelateerde, tertiaire preventie die in ieder geval een taak van ziekenhuizen is.



Jankees Cappon

Medische expertise in de wijk

"Vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid willen we graag bijdragen aan de gezondheid van de inwoners in onze regio", zegt Jankees Cappon, bestuurder in Rijnstate, Arnhem. "Dat doen we in verbinding met veel meer partijen; wij brengen bijvoorbeeld vooral onze medische expertise in om het aantal te dikke kinderen terug te brengen. Met huisartsen en wijkteams zijn we gestart in de wijk Malburgen. Het aantal te dikke kinderen is daar hoger dan het landelijk gemiddelde. Inmiddels zijn we anderhalf jaar bezig en zijn merkbare en blijvende resultaten geboekt." Voor de financiering hebben we gebruik gemaakt van de WMO innovatiesubsidie die het ook mogelijk maakt om het succesvolle concept verder uit te rollen naar andere wijken in Arnhem én naar de regio zodat echte evidence kan worden verkregen. "Als je vanuit het belang van de patiënt, of in dit geval de inwoner en de samenleving, redeneert is het eigenlijk heel logisch dat je als ziekenhuis je verantwoordelijkheid neemt voor de gezondheid van de inwoners van je verzorgingsgebied", vindt Cappon.



Duurzame gezondheidswinst

Het RealHealth pijnmanagementprogramma van de Sint Maartenskliniek is een bewezen effectieve conservatieve behandeling voor patiënten met chronische lage rugklachten, met het accent op gedragsverandering. Doel van deze innovatie is dat patiënten door middel van zelfregie minder last ervaren van de negatieve gevolgen van rugpijn in hun dagelijks functioneren. Deze interdisciplinaire behandelingsmethode resulteert in duurzame gezondheidswinst en minder zorgconsumptie:

1. Wetenschappelijk bewezen resultaten, gepubliceerd in gerenommeerde peer-reviewed vaktijdschriften;
2. 79 procent van de patiënten functioneert beter;
3. 80 procent ervaart betere kwaliteit van leven;
4. Significante afname zorgconsumptie (medicatie, artsbezoek, paramedische hulp);
5. Uitkomsten blijven behouden op lange termijn (5 jaar).



Bewegen goed voor je geheugen

Erik Scherder, hoogleraar neuropsychologie aan de VU: "De meeste mensen weten niet dat je met lichaamsbeweging óók werkt aan je geheugen, aan je cognitieve functies. Lichaamsbeweging en cognitieve inspanning doen een beroep op dezelfde circuits in het brein; het betreft dezelfde neurale systemen. Verbindingen tussen hersengebieden waarvan we dachten dat ze alleen bedoeld zijn voor geheugenprocessen, blijken ook belangrijk te zijn voor motorische processen. Het is géén Haarlemmerolie. Je hoort mij niet zeggen dat iedereen topsport moet gaan bedrijven en over zijn fysieke grenzen moet heengaan. Maar ik zeg wel: word weer, of meer, lichamelijk actief. Dat heeft een gunstig effect op allerlei terreinen: op je weerstand, op je stemming; op de cognitieve kwetsbaarheid van ouderen en op de cognitieve reserves die jongeren nog moeten opbouwen. Er zijn inmiddels talloze studies die deze positieve effecten laten zien. Met name de doorbloeding van de witte stof verbetert. Dat zijn de verbindingen in de hersenen die nodig zijn om nieuwe informatie en signalen te verwerken. De witte stof is kwetsbaar voor veroudering: op mijn leeftijd gaat die al achteruit. Ik merk dat doordat veel dingen wat trager gaan. Oudere mensen gaan langzamer lopen; ze denken ook langzamer. Maar als ik zorg dat ik veel beweeg en dus een goede doorbloeding houd, dan rem ik dat proces." Bron: Trouw



Nicolet Zeller

Voeding en bewegen

"Wij zeggen altijd dat een operatie vergelijkbaar is met een topsportprestatie. En als Tom Dumoulin een tijdrit moet rijden, gaat hij heel hard trainen en let hij goed op zijn voeding. Maar als wij, gewone mensen, zo'n prestatie in de vorm van een operatie of behandeling moeten leveren, dan bereiden we ons niet voor." Nicolet Zeller, raad van bestuur van Ziekenhuis Gelderse Vallei, legt uit waarom het zo belangrijk is dat een ziekenhuis aandacht heeft voor voeding en bewegen. "We geven vooral oudere mensen een trainingsprogramma voor een operatie. Als iemand in goede conditie en voedings-toestand een operatie ondergaat, herstelt hij sneller. Voeding en bewegen geven gezondheidswinst." Ziekenhuis Gelderse Vallei werkt samen met de Wageningen Universiteit om de aandacht voor voeding en bewegen te onderbouwen met onderzoek. Het draaide een heel programma om het onderwerp tussen de oren van medewerkers te krijgen. Nu zijn voeding en bewegen integraal onderdeel geworden van veel behandeltrajecten en zorgpaden.

INVESTEREN IN DUURZAAMHEID

6

Maatschappelijk verantwoord ondernemen krijgt al volop de aandacht van de Nederlandse ziekenhuizen. Het gaat dan met name om onderwerpen als healing environment en regie door de patiënt. Ten aanzien van duurzaamheid is er nog winst te behalen. Op jaarbasis wordt nu 2 tot 3% geïnvesteerd in duurzaamheid; dat aandeel zal groter worden.

Waarom duurzaamheid?

Duurzaamheid is het bestendig omgaan met alle hulpbronnen – grondstoffen, mensen, kapitaal – waarmee de welvaart wordt voortgebracht. Dat is een mondiale verplichting, willen wij ervoor zorgen dat de mensen, het milieu of de economie niet in gevaar komen en wij de aarde netjes achterlaten voor ons nageslacht. Vanzelfsprekend is dit niet. Zo was al in 2007 sprake van een wereldwijd ecologisch overschot van 50% wat wil zeggen dat de mensheid in dat jaar de omvang van anderhalve planeet gebruikte om haar activiteiten mogelijk te maken.¹⁹ De potentiële milieuwinst is groot. Als het gaat om energie zijn de ziekenhuizen – met intensief gebruik van (medische) apparatuur en 24/7 in touw – grootgebruikers. In totaliteit is de zorg verantwoordelijk voor 5% van de CO₂-uitstoot. Uit onderzoek blijkt dat zorginstellingen een besparing van 12% op jaarbasis op hun energiegebruik kunnen realiseren, wat een gemiddelde jaarlijkse besparing oplevert van 150.000 tot 500.000 euro.²⁰ Daarnaast is duurzaam beleid een stimulans voor creativiteit, ondernemerschap en innovaties.



30

Ziekenhuizen steeds milieubewuster

Verduurzamen leidt tot betere en meer betaalbare zorg. Ziekenhuizen worden steeds milieubewuster en investeren ook daadwerkelijk in duurzaamheid en milieuvriendelijkheid door het anders omgaan met energieverbruik, het verminderen van het gebruik van water, het verlagen van de CO₂-uitstoot binnen het proces van afvalverwerking en een vermindering van vervoerskilometers. Het ziekenhuis Rijnstate in Arnhem bijvoorbeeld innoveert blijvend duurzaam op het gebied van personeelsbeleid en zorgprocessen. Ook is het ziekenhuis alert op het gebruik van schaarse grondstoffen (olie, water, fosfaat) en stimuleert de instelling hergebruik van materialen (cradle to cradle). Dit is slechts een voorbeeld; er zijn veel ziekenhuizen en categorale instellingen die actief beleid voeren op het gebied van duurzaamheid. Op landelijk niveau worden afspraken gemaakt die de ziekenhuizen zouden kunnen binden aan concrete doelstellingen.



Peter Littooj

Overbodige kranen verwijderd

Het Martini Ziekenhuis heeft in 2014 25 miljoen liter water bespaard. Dat is een kwart van het totale waterverbruik van het ziekenhuis. Het ziekenhuis verwijderde onder meer 250 kranen tijdens de vervanging van de waterleiding. "Er is in alle ruimten scherp gekeken naar de noodzaak van de aanwezigheid van een kraan", zegt bestuurder Peter Littooj. "In dit deel van het ziekenhuis zaten vroeger patiëntenkamers, die na de bouw van het nieuwe ziekenhuis zijn verbouwd tot kantoorruimtes. Bij de aanleg van de nieuwe waterleiding konden we meteen de overbodige kranen laten verwijderen. En er zijn uitsluitend koudwaterkranen geïnstalleerd. In een toiletruimte heb je bijvoorbeeld geen warm water nodig. Op de enkele plaatsen waar dit wel het geval is, zijn boilers geplaatst," licht Littooj toe. Het verwijderen van kranen levert besparing op, omdat de kranen wekelijks moesten worden doorgespoeld in verband met legionellagevaar.



Composteermachine

Het Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp zet een composteermachine in om etensresten te verwerken tot compost. Dat levert minder afval, en daarmee kostenbesparing op. Het ziekenhuis bekijkt nog of het de compost zelf wil gebruiken, of aan instanties in de omgeving gaat leveren. Het biologisch afbreekbare afval komt van verpleegafdelingen en het restaurant. In 24 uur wordt het vocht uit de etensresten gehaald. Wat overblijft is kwalitatief hoogwaardige compost, dat in gewicht en volume nog maar twintig procent van het oorspronkelijke afval beslaat. De Alrijne Zorggroep ziet de zorg voor het milieu en de aandacht voor duurzaam ondernemen als een maatschappelijke verantwoordelijkheid. De aanschaf van de composteermachine is daar een concreet voorbeeld van.

DE ZORG IS VERANTWOORDELIJK VOOR 5% VAN DE CO₂-UITSTOOT

¹⁹ Bron: Living Planet report 2010.

²⁰ Bron: TNO DuCHA (Dutch Center for Health Assets)

31

Green Deal duurzame bedrijfsvoering in de zorg

Belangrijke stakeholders, zoals banken en zorgverzekeraars, zullen ziekenhuizen steeds actiever gaan aanspreken op hun duurzaamheidsprestaties. De NVZ nam alvast het voortouw door het mede-ondertekenen van de 'Green Deal duurzame bedrijfsvoering in de zorg'. Hierbij zetten overheid en bedrijfsleven zich in om de verduurzaming van de zorgsector te versnellen door kennis te delen, ervaringen uit te wisselen en zorgaanbieders te stimuleren om maatregelen te nemen om hun bedrijfsvoering te verduurzamen.

- 1 Energy efficiency**
Reduce hospital energy consumption through efficiency and conservation measures.
- 2 Green building design**
Build hospitals that are responsive to local climate conditions and optimized for reduced energy and resource demands.
- 3 Alternative energy generation**
Produce and/or consume clean, renewable energy onsite to ensure reliable and resilient operation.
- 4 Transportation**
Use alternative fuels for hospital vehicle fleets; encourage walking and cycling to the facility; promote staff, patient and community use of public transport; site-healthcare buildings to minimize the need for staff and patient transportation.
- 5 Food**
Provide sustainably grown local food for staff and patients.
- 6 Waste**
Reduce, re-use, recycle, compost; employ alternatives to waste incineration.
- 7 Water**
Conserve water; avoid bottled water when safe alternatives exist.

Figuur 15: zeven relevante gebieden voor duurzame bedrijfsvoering
Bron: WHO

ONDERTEKENING GREEN DEAL



32

Goed inzetbaar

Duurzaam ondernemen betekent ook het duurzaam inzetten van medewerkers. Dat betekent zoveel mogelijk rekening houden met de specifieke omstandigheden en wensen van medewerkers in de verschillende fasen van hun leven en loopbaan. Duurzame inzetbaarheid richt zich op jong en oud. De nieuwe term is ook wel 'inclusieve arbeidsmarkt' met aandacht voor diverse doelgroepen. In dat kader is het voorbeeld van het Slotervaart ziekenhuis passend. Het biedt o.a. jongeren met een Wajong-uitkering een aangepast takenpakket, goede begeleiding en een arbeidsritme. Zij krijgen daardoor de kans om te werken en daarmee volwaardig te participeren in de samenleving. Het vergroot hun kansen op de arbeidsmarkt. Voor ziekenhuizen is het belangrijk dat alle medewerkers goed inzetbaar blijven. Goed inzetbare medewerkers kunnen beter inspelen op aanpassing van hun takenpakket, verandering in hun loopbaan en ontwikkeling in de organisatie.



Lieda van Stigt

Duurzaam inzetbaar

Het Elkerliek ziekenhuis startte in 2009 met een geïntegreerd duurzaam inzetbaarheid programma. Projectleider Lieda van Stigt legt uit: "Het Huis van Werkvermogen van professor Ilmarinen is de basis. Dat huis bestaat uit vier 'verdiepingen': gezondheid, vakbekwaamheid, motivatie en werksituatie. We zijn per 'verdieping' nagegaan wat we willen bereiken met duurzame inzetbaarheid. De praktische vertaling daarvan komt terug in veel HR-instrumenten, zoals het jaargesprek. En op het bureau van vrijwel elke leidinggevende staat een kartonnen huisje waarop de verdiepingen genoemd staan. Als reminder tijdens elk gesprek, niet alleen het jaargesprek. Leiderschap is een belangrijke beïnvloeder van duurzame inzetbaarheid. Daarom hebben we de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in leiderschapsontwikkeling. Op dit moment wordt de doelgroep van het leiderschapsprogramma verruimd van alleen de leidinggevendenden naar alle medewerkers. Persoonlijk leiderschap staat centraal. Leidinggeven aan jezelf, noemen we dat." Het Elkerliek is bezig om duurzame inzetbaarheid nog breder te trekken: naast werkvermogen komt de komende jaren de focus te liggen op bevlogenheid en employability.

DUURZAME INZETBAARHEID RICHT ZICH OP JONG EN OUD

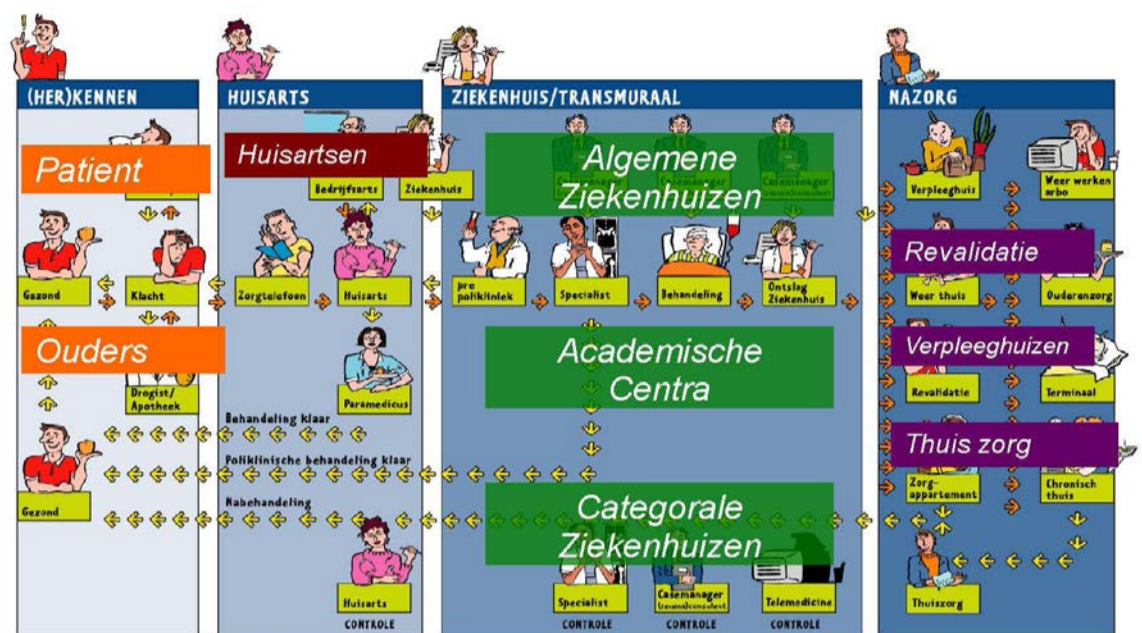
33

VAN STAND-ALONE NAAR REGIONAAL NETWERK

Nieuwe samenwerkingsverbanden

Zorgverleners en zorgaanbieders werken al op allerlei manieren met elkaar én met andere stakeholders samen waardoor de klassieke grenzen tussen de eerste, tweede en derde lijn, tussen cure en care, verdwijnen en de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats krijgt. Met name de toename van oudere patiënten met meerdere aandoeningen, waaronder ook beginnende dementie, maakt dat kwaliteit van zorg niet alleen door de medisch-technische mogelijkheden verbetert maar zeker ook door de toegenomen communicatiemogelijkheden. De overdracht van patiëntgegevens en goede werkafspraken tussen zorgprofessionals staan hierbij voorop. Het ziekenhuis is niet langer een stand-alone organisatie, maar heeft een regiefunctie. De uitwerking van deze functie verschilt per regio en de verwachting is dat deze trend de komende vijf jaar fors doorzet. Ziekenhuizen beraden zich daarom de komende jaren steeds meer op hun regionale positie en hun samenwerkingspartners.

Welke portfoliokeuzes maken we, welke patiënten behandelen we en welke patiënten kunnen beter geholpen worden in de eerste lijn (substitutie)? En welke vorm krijgt de samenwerking? Een zorgvuldige afweging welke samenwerkingsvorm meerwaarde oplevert voor de patiënt is noodzakelijk. Niet samenwerken is in ieder geval geen optie meer. De wijze waarop en de intensiteit zal per regio verschillen.



Het ziekenhuis of de categorale instelling is, zoals de afbeelding goed laat zien, slechts een van de plekken in de zorgreis van de patiënt

Bij duurzame keuzes op dit terrein moet de toegevoegde waarde voor de patiënt leidend zijn. Wat daarvoor in elk geval nodig is, is flexibiliteit en omgevingsbewustzijn binnen de organisatie. Bij netwerkvorming telt de menselijk factor zwaar; elkaar kennen en elkaar vertrouwen is essentieel voor een succesvolle samenwerking. Van het bestuur van de instelling vraagt het de nodige daadkracht en durf om de hand te reiken over de eigen schutting. Dat betekent óók: begrip hebben voor elkaars cultuur en waar nodig over de eigen schaduw heen kunnen stappen wat betreft de gehechtheid aan eigen domein, identiteit en belangen. De centrale vragen voor zorginstellingen zijn: met wie gaan we samenwerken, op welk moment werken we samen, voor welke patiëntengroep en hoe richten wij de bedrijfsvoering daar op in?

Samenwerking extern

Zowel de NVZ als brancheorganisatie als de lidinstellingen zoeken in toenemende mate de samenwerking op met andere partijen. Dat gebeurt in uiteenlopende vormen en met diverse partijen:

- Met patiënten is samenwerking onontbeerlijk om goede invulling te geven aan de regierol die ziekenhuizen vaak vervullen;
- Met andere zorgverleners in zorgketens en -netwerken in eerste, tweede en derde lijn wordt gewerkt aan een goede zorgintegratie. Dit is inclusief ZBC's (zelfstandige behandelcentra) en anderhalve lijnscentra;
- Met bedrijven wordt steeds vaker samengewerkt op het gebied van outsourcen van functies, het leasen van apparatuur en het met elkaar werken aan innovaties;
- Met universiteiten en (hoge)scholen als het gaat om delen en uitwisselen van kennis, expertise, opleidingen, innovaties;
- Met gemeenten is afstemming nodig over aanbod van zorg en over welzijn, preventie en vervoer. Bovendien is het ziekenhuis vaak de grootste werkgever in de gemeente en/of regio;
- Met instellingen in de regio is waar mogelijk samenwerking en afstemming nodig.



Figuur 17: de verschillende samenwerkingspartners in digitale netwerken



Marjan Kersten-Lubbers

Meer grip op het verkoopproces

Marjan Kersten-Lubbers, sales controller van het Slingeland Ziekenhuis: "Voorheen zat er weinig structuur in het onderhandel- en verkoopproces. We reageerden op en handelden naar de planning van de zorgverzekeraars. Daarnaast zaten we aan tafel met een team dat qua samenstelling wisselde. Dit jaar hebben wij het initiatief genomen om de planning, het proces en onze speerpunten al in juni te presenteren aan de zorgverzekeraars. De onderhandelingen worden nu gevoerd met vanuit onze kant een verkoopteam met vaste samenstelling. Ook de medisch specialist maakt hier onderdeel van uit. Dit borgt niet alleen de continuïteit van het proces, maar zorgt er ook voor dat we te allen tijde de discussie aan tafel van goede inhoudelijke argumentatie kunnen voorzien. Het voelt alsof we meer grip hebben op het proces."

We staan apart stil bij de samenwerkingsrelatie met de zorgverzekeraar. In de afgelopen jaren kwamen voornamelijk eenjarige contracten tot stand, die vooral gebaseerd waren op prijsafspraken (P*Q). Die contracten bieden onvoldoende mogelijkheden om een langjarige verbintenis aan te gaan. Om onze ambities waar te kunnen maken, zullen zorgverzekeraar en ziekenhuis een echt partnerschap aangaan en samen actief nadenken over de te volgen strategie. Veel veranderingen die in dit document beschreven zijn vragen om langjarige aanpassings-trajecten, meerjarige strategische afspraken en bijpassende financiering.

Samenwerking intern

Een goede interne samenwerking vormt de basis voor samenwerking met externe partners. Om de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg te bevorderen en selectieve inkoop door zorgverzekeraars te vergemakkelijken is in 2015 de integrale bekostiging van de zorg ingevoerd. De consequentie is dat medisch specialisten ofwel in dienst van het ziekenhuis treden ofwel als ondernemer (ook fiscaal) op eigen benen staan. Het overgrote deel van de medisch specialisten heeft voor de laatste constructie gekozen in het medisch specialisten bedrijf (MSB) dat in een zakelijke relatie tot het ziekenhuis staat. De uitdaging voor het ziekenhuisbestuur en de leiding van het MSB is om elkaars belangen blijvend te synchroniseren. Een effectieve vorm van samenwerking en een gezamenlijke strategische dialoog is voorwaarde voor strategische besluitvorming gericht op patiëntwaarde, innovatie en ondernemerschap.²¹ In 2016 zal de Belastingdienst voor het eerst toetsen of de bedrijven aan de voorwaarden voor ondernemerschap voldoen. Voor die specialisten die dat wensen blijft de subsidieregeling voor de overstap naar een dienstverband open staan. Enkele ziekenhuizen gaan ondertussen, samen met NVZ, Federatie en het ministerie van VWS, het zogenaamde 'participatiemodel' verder uitwerken.



Ruud Verreussel

Samenwerking in een netwerk

"We zijn begonnen met de intensive care, later kwam daar de hele oncologische dienstverlening bij, dertien dialyseplaatsen, de gehele heelkunde... Op dit moment is er eigenlijk bij elke vakgroep sprake van samenwerking." Ruud Verreussel, bestuursvoorzitter van Maasziekenhuis Pantein, vertelt over de samenwerking met het Radboudumc. "Die is intensief. Aan het bed, in de operatiekamers en op de poliklinieken werken medewerkers van het Radboudumc samen met onze mensen." In protocollen is vastgelegd voor welke zorg patiënten in Boxmeer kunnen blijven en welke zorg beter in een academische setting gegeven kan worden. "Ik ben er trots op dat onze medewerkers, dokters én verpleegkundigen, deze verandering soepel omarmd hebben. Daarbij speelt natuurlijk het bewustzijn dat we het als klein ziekenhuis steeds moeilijker zouden krijgen." Niet alleen Maasziekenhuis Pantein, ook het Radboudumc heeft baat bij de samenwerking. "Wij zijn voor het Radboudumc aantrekkelijk vanwege onze goede verbinding met de eerste lijn." Maasziekenhuis Pantein werkt ook nauw samen met de Sint Maartenskliniek. In het nieuwe, vier jaar geleden opgeleverde Panteingebouw heeft dit categoriale ziekenhuis een volledige nevenkliniek met alle specialismen die het ook in de hoofdvestiging Nijmegen heeft.



GRAIL: samenwerken levert mooi resultaat

De GRAIL is een innovatief systeem waarmee revalidanten op een geheel nieuwe, stimulerende en leuke manier behandeld kunnen worden. Daarnaast wordt de GRAIL gebruikt om zeer nauwkeurige en uitgebreide bewegingsanalyses te maken. GRAIL staat voor Gait Realtime Analysis Interactive Lab. Revant is een van de weinige centra in Nederland die beschikt over dit innovatieve virtual reality systeem. In een virtuele omgeving en op een loopband die bewegingen in verschillende richtingen maakt, worden revalidanten tijdens een looptraining door meerdere camera's en door gespecialiseerde medewerkers geobserveerd. Op deze manier kan nauwkeurige diagnostiek worden uitgevoerd of een behandeling op maat worden gemaakt. De GRAIL wordt diagnostisch ingezet voor het maken van zogenaamde gangbeeldanalyses en geeft inzicht in de manier van lopen en hoe spieren samenwerken. Loopproblemen kunnen hierdoor beter in kaart gebracht worden en het wordt duidelijk waarop de revalidatie gericht moet zijn. Wanneer de GRAIL wordt ingezet voor behandeling, stemt het behandelteam in overleg met de revalidant een trainingsprogramma op maat af. Door de beelden op het scherm waant de revalidant zich in een andere omgeving en wordt verleid om eigen grenzen op te zoeken en te verleggen. De GRAIL biedt een uitdagende om te trainen, op een veilige en stimulerende manier.

De komende jaren blijft het gesprek tussen ziekenhuisbestuur en medisch specialisten over de gewenste samenwerkingsvorm nodig. De ontwikkelingen rond de MSB's zullen daarbij op de voet gevolgd worden.

De verpleegkundige heeft een steeds belangrijker rol in het schakelen tussen patiënt en medisch specialist. Dit betekent dat zij over de juiste kennis en competenties moet beschikken. Over de noodzaak om te investeren in opleidingen schreven we al. Vrijwel alle ziekenhuizen hebben een actieve en professionele Verpleegkundige AdviesRaad (VAR).

Inrichting regio

Multidisciplinaire samenwerking brengt met zich mee dat de individuele patiënt te maken krijgt met steeds meer zorgverleners. Dit vereist ook binnen de zorginstelling het organiseren van regie voor de patiënt zodat deze overzicht houdt en één duidelijk aanspreekpunt heeft. Essentieel bij deze samenwerking is de borging van goede informatie-uitwisseling. Zonder zorgvuldige overdracht van gegevens komt samenwerking in netwerken niet goed van de grond en levert samenwerking voor de patiënt geen meerwaarde op.

Ambities

De komende jaren hebben we in elke regio een plan hoe de zorg er uit moet zien, welke patiënt waar het beste behandeld kan worden en hoe de verschillende aanbieders met elkaar samenwerken. Met de zorgverzekeraar is een partnerschap aangegaan en zijn meerjarige, strategische afspraken en bijpassende financiering gemaakt. Wat de interne organisatie betreft, is in 2020 duidelijk wat de gewenste samenwerkingsvorm is tussen ziekenhuis en medisch specialisten.



Pol Stuart

Afstemmen in de regio

In het Regionaal Overleg Acute Zorgketen Rijnmond overleggen zorginstellingen over de acute zorg in het gebied dat loopt van de noordoever van Rotterdam tot aan Zeeuws Vlaanderen en dat aan de oostkant begrensd wordt door Gorinchem. Het doel is om de acute zorg op elkaar af te stemmen. Daarom brengt de ROAZ onder meer het acutezorgaanbod in de regio in kaart. Zijn er knelpunten, of dreigen er witte vlekken te ontstaan omdat er bijvoorbeeld locaties dicht gaan, dan wordt er in ROAZ-verband naar oplossingen gezocht. Dat gebeurde bijvoorbeeld in de zomer van 2015, vertelt SEH-arts en medisch manager van de afdeling Spoedeisende Hulp van het Albert Schweitzer ziekenhuis Pol Stuart. "Door tijdelijke sluiting van SEH-afdelingen in de regio ontstond onduidelijkheid. De ambulance-dienst wist soms niet waar ze met patiënten naar toe kon. We hebben toen in ROAZ-verband afstemming gezocht en afspraken gemaakt met de andere ziekenhuizen in de regio. Wij hebben als Albert Schweitzer ziekenhuis gezegd: wij sluiten in elk geval niet. Ambulances kunnen bij ons altijd terecht om een patiënt te stabiliseren, ook al kunnen we die patiënt niet zelf opnemen."

²¹ Het op een lijn brengen van de belangen is een van de grootste uitdagingen voor het ziekenhuisbestuur in de komende periode, zo bleek tijdens een strategiediner van de NVZ over Besturing en Governance op 24 juni 2015.

VAN BRICKS NAAR CLICKS

Financiering en beperkte toegang tot kapitaal



De patiënt neemt vaker zelf de regie in het doorlopen van het zorgproces, waarbij ict in grotere mate dit zorgproces ondersteunt. Ziekenhuizen gaan daarom meer investeren in 'clicks' in plaats van in 'bricks'. Ziekenhuizen zijn gebaat bij verbetering van de huidige bekostigingssystematiek met meer ruimte om onderling afspraken te maken over investeringen in ict en techniek en ook over het geleidelijk afschalen waar nodig.

Het stelsel

Het zorgstelsel in Nederland is gebaseerd op private onderhandelingen binnen publieke kaders. Binnen de randvoorwaarden die de overheid stelt op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg, sluiten ziekenhuizen en zorgverzekeraars overeenkomsten over de levering van zorg. De afgelopen jaren is gebleken dat deze decentrale aanpak tot betere uitkomsten voor de samenleving als geheel leidt, vergeleken met een centrale, door de overheid gestuurde, aanpak. Voor het eerst in lange tijd is de sector erin geslaagd om binnen het afgesproken budgettaire kader te blijven. Door effectief te sturen op kosten zijn ziekenhuizen blijvend in staat geweest om een positief exploitatieresultaat te realiseren. Mede hierdoor kunnen ook steeds meer ziekenhuizen voldoen aan de gewenste solvabiliteitsnorm van 20%.

Hoewel elk bekostigingssysteem per definitie suboptimaal is, fungeert het huidige systeem naar behoren. Toch gaan er regelmatig stemmen op om aan het bekostigingssysteem te sleutelen. De roep om populatie-, doelgroepen- of uitkomstenbekostiging is nooit ver weg. Er is echter geen voorbeeld, waar ook ter wereld, van een beter functionerend stelsel.²² De introductie van een nieuw stelsel betekent bovendien dat dan de aandacht van de sector te veel naar binnen moet worden gericht.

RISICO BANKEN NEEMT AF DOOR BETERE SOLVABILITEIT EN LIQUIDITEIT ZORGAANBIEDERS

Gemiddelde liquiditeit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen

Liquiditeit	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	0,89	0,90	0,98	1,02	1,10
UMC's	0,87	1,00	1,10	1,24	1,29
Revalidatie-instellingen	1,07	1,24	1,21	1,28	1,38
Tot. gewogen gemiddelde	0,94	1,05	1,10	1,18	1,26

Gemiddelde rentabiliteit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (%)

Rentabiliteit	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	4,0	3,9	4,3	4,9	4,3
UMC's	1,5	2,3	3,0	3,5	3,3
Revalidatie-instellingen	3,9	4,3	3,2	3,0	3,2
Totaal gewogen gemiddelde	3,1	3,5	3,5	3,8	3,6

Gemiddelde solvabiliteit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (%)

Solvabiliteit	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	13,9	14,8	16,3	18,7	20,6
UMC's	16,8	16,7	19,4	21,3	23,7
Revalidatie-instellingen	19,2	21,3	22,2	21,4	22,3
Totaal gewogen gemiddelde	16,6	17,6	19,3	20,5	22,2

Bron: NZa

38

Investeren in ict

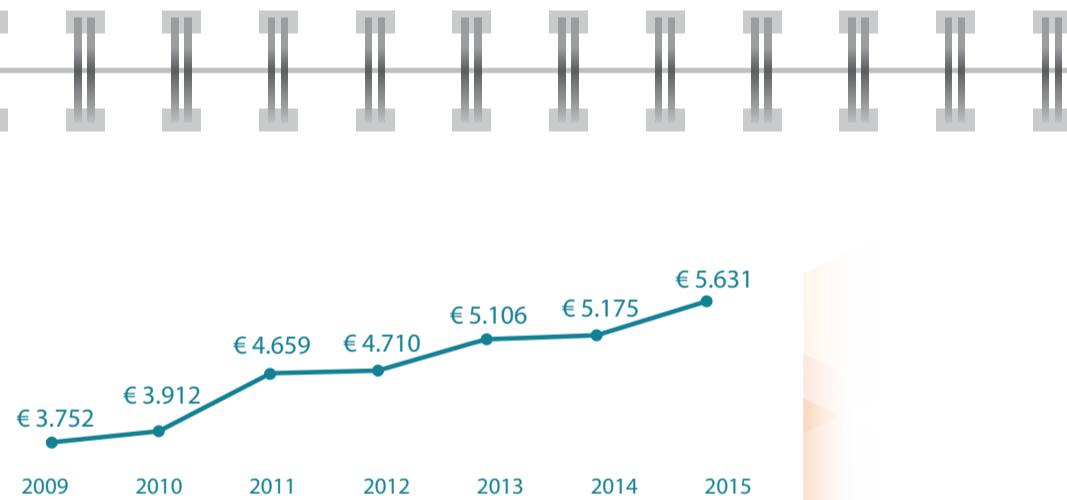
De patiënt neemt steeds vaker zelf de regie in het zorgproces, waarbij de medisch specialist en ict dit zorgproces ondersteunen. De reisbranche, de detailhandel en de financiële sector zijn sprekende voorbeelden van branches waarbij een dergelijke transformatie al ver gevorderd is. Dit is gepaard gegaan met grote investeringen in ict, maar ook in het afbouwen van traditionele structuren. Als gevolg van de toegenomen ict-mogelijkheden in de zorg heeft de patiënt een andere positie gekregen. Een ander businessmodel is nodig, een model waarin ict een cruciale rol speelt. Dit vergt de komende jaren forse investeringen in hardware, software en personeel. Om deze investeringsvraag in te vullen is adequate financiering van ict-projecten noodzakelijk. De lasten gaan bij dergelijke projecten veelal voor de baten uit, waarbij geen 'asset' beschikbaar is als onderpand. Hierin is een gezamenlijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Beiden hebben de ambitie om de patiënt de beste zorg te bieden tegen een maatschappelijk verantwoorde prijs. Deze ambitie vergt aan beide zijden investeringen.

Apparatuur

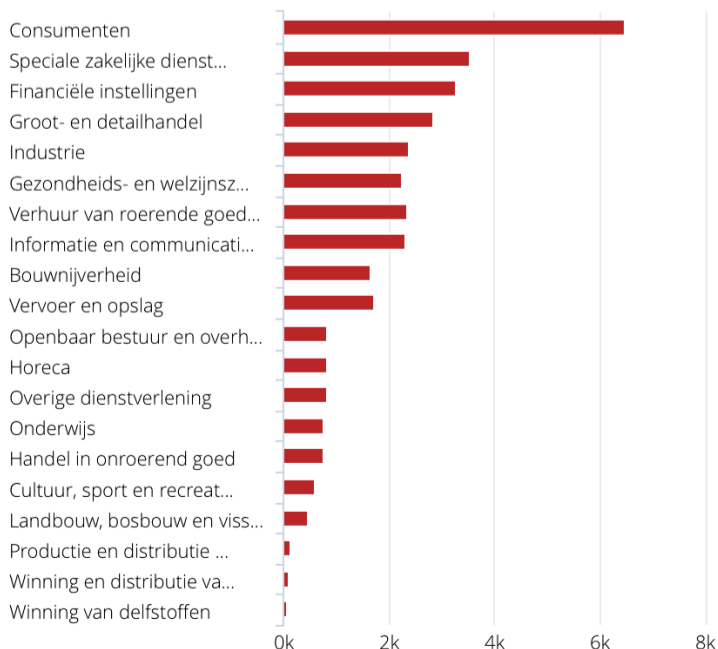
De medische technologie ontwikkelt zich in een razend tempo wat leidt tot hogere kosten bij aanschaf en een kortere vervangingscyclus. De technologiebedrijven die actief zijn in de markt voor medische apparatuur blijven fors investeren in research en development. De markt voor medische technologie groeit met 5% per jaar,²³ wat net zo snel is als die voor geneesmiddelen.

Vastgoed

Duidelijk is dat het ziekenhuis in de toekomst met minder vierkante meters toe kan dan nu het geval is. De ligduur neemt al jaren af; deze lijkt zich pas in de laatste jaren weer wat te stabiliseren. Wat de toekomst brengt is onduidelijk. Demografische ontwikkelingen en de mate van digitalisering van de zorg kunnen leiden tot verdere



Figuur 18: trend van ict-kosten per medewerker tussen 2009 en 2015
Bron: M&I/Partners, Benchmark ziekenhuizen 2015



Figuur 19: ict-bestedingen 2014 per eindgebruiker, vergeleken met andere sectoren
Bron: Conclusr Consultancy, 2015

²² Prof.dr. Wynand van de Ven, Erasmus Universiteit Rotterdam, stelde in zijn afscheidscollege op 2 oktober 2015: "Mijn conclusie van deze gedachtenoefening is dat ik niet snel een ander land kan noemen waarvan het zorgstelsel onder de 'sluier van onwetendheid' duidelijk beter is dan het Nederlandse zorgstelsel."

²³ Evaluatie Medtech, de future of Medtech, 2014.

39

concentratie of juist spreiding van behandelingen, dan wel substitutie van de ene behandeling door de andere. Dat beïnvloedt de patiëntenstromen binnen een ziekenhuis en daarmee ook de behoefte aan vastgoed. Het eerste ziekenhuis zonder bedden bestaat al in Amerika en het ziekenhuis ontwikkelt zich meer en meer tot een kennis- en interventiecentrum waardoor het aantal benodigde vierkante meters zal blijven afnemen. Herontwikkeling van vastgoed is op veel plekken geboden. Dat vraagt om een andere manier van het inrichten van ziekenhuizen. Denk aan het ontstaan van een shop-in-een-shop of uitbreiding met winkels en gezondheidsdiensten.

Transformatie

Organische aanpassing is niet overal even makkelijk. De ziekenhuisinfrastructuur is de afgelopen veertig jaar tot stand gekomen in een zwaar gereguleerde setting. De publieke kaders drukken een stevig stempel op de spreiding en omvang van de ziekenhuizen. Met het afschaffen van het bouwregime in 2008 is er een overgangsregime in het leven geroepen dat in 2017 afloopt. Hiermee zijn ziekenhuizen met een piek in de kapitaallasten geholpen, maar is het probleem dat ziekenhuizen onder het bouwregime op groei gebouwd zijn niet opgelost. Bij sommige ziekenhuizen drukt dat ook in de toekomst nog zwaar op de balans. Zorgverzekeraars kunnen een belangrijke bijdrage leveren om tot een toekomstbestendige ziekenhuisinfrastructuur te komen door afspraken voor meerdere jaren te maken, niet alleen over te leveren zorg, maar ook over afbouw van zorg en vierkante meters die niet meer nodig zijn. Zorgverzekeraars leveren dan nu een financiële bijdrage om de ziekenhuiszorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Randvoorwaarde hierbij is dat er voldoende budgettaire kader ter beschikking wordt gesteld om deze transformatie goed te laten verlopen. Meerjarige plannen van zorgaanbieders met sluitende business-cases zijn daarvoor nodig.

Investeringsbasis verstevigen en verbreden

Terwijl de kredietverlening aan de zorgsector onder druk staat, is de uitdaging investeringen te blijven doen in ict, apparatuur en (afbouw van) vastgoed. Ziekenhuizen worden uitgedaagd het inzicht in en de grip op de toekomstige liquiditeitsbehoefte te vergroten en hierop te sturen. Dit kan door enerzijds de financieringsbehoefte terug te dringen, onder andere door scherp te sturen op de kosten, en anderzijds door tijdig inzicht te hebben in de beschikbare financieringsmogelijkheden. Dat vraagt om visie op (de overcapaciteit van) het vastgoed en een sterke business-case. Daarbij horen een heldere visie op de zorgvraag in de toekomst en het aanbod dat daar bij past met bijbehorende lange termijnplannen voor investeringen en financieringen. Door duidelijke portfoliokeuzes kan de financieringsbehoefte ook nog worden verkleind. Het betekent ook een verschuiving van inzet op omzetvergroting naar focus op resultaat. Om werkelijk keuzes te maken, is goed inzicht in kostprijzen en marges vereist. Overigens is ook voor het inkrimpen van een organisatie geld en planning nodig. Waar banken steeds terughoudender worden, zullen ziekenhuizen zich meer moeten oriënteren op andere vormen van financiering. Private equity, uitgifte obligaties of leaseconstructies met technologiebedrijven kunnen interessant zijn, maar vragen wel de mogelijkheid om een vorm van (maatschappelijk verantwoorde) winst uit te keren.

Ambities

De NVZ heeft in 2020 gezorgd voor verbetering van de huidige systematiek, waarbij er meer ruimte is om over innovatie onderling afspraken te maken. Daarvoor zijn minder en minder gedetailleerde regels met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) afgesproken. En om onze ambities, zoals verwoord in dit strategiedocument, te verwezenlijken zijn langetermijn contracten afgesloten. Ziekenhuizen hebben in 2020 een heroriëntatie uitgevoerd van hun vastgoed en de inrichting van hun gebouwen op basis van gemaakte portfoliokeuzes. Tezamen met de eerder genoemde meerjarencontracten is dan een toekomstbestendige infrastructuur tot stand gekomen. De NVZ heeft het benodigde budgettaire kader voor een dergelijke transformatie veilig gesteld.

Zelf dokteren bij astmapatiënten leidt tot:

36% minder ziekenhuisopnamen

18% minder bezoeken aan de spoedeisende hulp

32% minder ongeplande bezoeken aan een dokter

Telezorg leidt bij hartpatiënten tot:

34% minder sterftegevallen

21% minder ziekenhuisopnamen wegens hartfalen

9% minder algemene ziekenhuisopnamen

Figuur 21: gevolgen digitalisering voor de zorgvraag
Bron: KPMG, FD outlook zorgspecial, 2012

ActiZ wil 150 miljoen ophalen met zorgobligaties

Provincie leent 10 miljoen euro aan Ommelander Ziekenhuis Groep

21 oktober 2014 - De provincie Groningen wil een achtergestelde lening van tien miljoen euro gaan verstrekken aan de Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG). Met de lening wordt de financiële positie van het ziekenhuis versterkt, waardoor de OZG in staat is een nieuw ziekenhuis bij Scheemda te bouwen. Bovendien biedt de achtergestelde lening van de provincie een oplossing voor de vrijkomende ziekenhuispanden in Winschoten en Delfzijl.



Megalening voor LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer maakt geen eind aan bezuinigingen



EIB VERSTREKT EUROPESE LENINGEN IN NEDERLAND. EEN INTERVIEW MET HET AZM
DOOR PAUL SLUIJTER, 26-02-2014

EIB verstrekt Europese leningen in Nederland. Eind 2013 heeft het academisch ziekenhuis Maastricht in samenwerking met Montesquieu een financiering van EUR 60 miljoen verkregen van de Europese Investeringsbank (hierna: de EIB). Is deze

40



Rob Beuse

Flexibiliteit in bouw

Na een verbouwing van anderhalf jaar keerde revalidatiecentrum De Hoogstraat in de zomer van 2015 weer terug op zijn oorspronkelijke locatie. De buitenmuren bleven staan, maar verder ging bijna elk onderdeel onder de hamer. "Het gebouw is nu aangepast aan de hogere zorgzwaarte van onze patiënten, aan de behoefte aan meer privacy en aan ontwikkelingen in het gebruik van digitale hulpmiddelen," vertelt Rob Beuse, voorzitter van de raad van bestuur. "Het reflecteert hoe wij op dit moment aankijken tegen de patiënt en hoe de patiënt zijn omgeving beoordeelt." De veranderende eisen aan privacy en eigen regie vertaalt zich bijvoorbeeld in de honderdtwintig badkamers met draai- en keerruimte voor douchebrancards, waarover De Hoogstraat nu beschikt. De toenemende zorgzwaarte toont zich in de tilliften die door een groot deel van de kliniek in de plafonds zijn geïntegreerd. "Daarnaast hebben we ruimtes waar je bijna alles met de iPad kunt bedienen: van de ramen tot de gordijnen tot het oproepen van de verpleegkundige." Rob Beuse benadrukt dat De Hoogstraat hiermee niet 'klaar is voor de toekomst'. "Een gebouw dat vijf jaar geleden ontworpen is, is nu alweer verouderd. Laat staan dat het 25 jaar past bij de zorgontwikkelingen. Flexibiliteit is een absolute vereiste om toekomstgericht te bouwen. De gebouwde omgeving is voortdurend slachtoffer van de tijd."



Albert Arp

Ticket gekocht

Albert Arp, voorzitter van de raad van bestuur van ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk: "Wij bereiden ons voor om een data-gedreven ziekenhuis te worden. We hebben 23,5 miljoen euro geïnvesteerd in een epd-systeem. Voor een ziekenhuis met 160 miljoen omzet is dat veel en is dat naast visie ook gewoon lef tonen. Dat besluit hebben we versneld genomen. Niet alleen vanwege de functionaliteiten die het op dit moment biedt, maar omdat het ons in de toekomst toegang verschaft tot de snelweg van data, data, data. Daar waar exogene, genetische en klinische data samenkomen en waar de gezondheidszorg zich over tien, twintig jaar gaat afspelen. Een groot deel van de zorg verdwijnt uit het ziekenhuis en gaat naar de eerste, anderhalve of zelfs nulde lijn. Naar de mensen thuis, dus. De monitoring van patiënten gaat plaatsvinden via wearables of apps op je iPhone. Die ontwikkeling is behoorlijk disruptief en dichterbij dan we denken. De platformen zijn straks van Google of Apple, en ik hoop ook een beetje van Philips. De investeringen die daarbij horen, kunnen wij als St Jansdal helemaal niet dragen, maar met de aankoop van ons epd en onze infrastructuur hebben we een ticket gekocht om bij deze ontwikkelingen vooraan te staan. Digitalisering zal voor een groot deel vastgoed verdringen. Bij goede kaders, waar ook de overheid meer een rol moet hebben, zal de zorg dan ook betaalbaar en toegankelijk blijven. Maar vooral de kwaliteitswinst zal groot zijn."



Crowdfunding voor renovatie ziekenhuis

Het Zeeuwse Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) heeft crowdfunding ingezet om de renovatie van het ziekenhuis te financieren. De belangstelling daarvoor was vanaf het begin groot en binnen de geplande tijd is de benodigde 10,6 miljoen euro binnengehaald. Met de banken wordt gesproken over een lening voor de overige benodigde 10 miljoen. De totale investering bedraagt namelijk 20 miljoen euro: 5 miljoen voor de aankoop van het pand en de grond van het ziekenhuis en 15 miljoen voor de vernieuwbouw. Het huidige pand wordt aangekocht door een vastgoed-bv. Deze onderneming voert de renovatie uit. Het ziekenhuis huurt het opgeknapte gebouw vervolgens terug van de vastgoed-bv. Dat levert een besparing op in de exploitatiekosten van het ziekenhuis. De crowdfunding is georganiseerd door Zeeland Investments Beheer (ZIB). De renovatie begint in februari en neemt ruim elf maanden in beslag. In de Vlissingse locatie komt de planbare zorg van het ADRZ. De acute en complexe zorg zijn geconcentreerd in de locatie in Goes.

41

VAN BAAN NAAR LOOPBAAN

Medewerkers zijn ons belangrijkste kapitaal

Bij al onze strategische plannen hoort een strategisch HR-plan. De ontwikkelingen op medisch-technologisch en ict-vlak, de toenemende complexiteit van de patiëntenpopulatie en de steeds intensievere samenwerking met andere zorgverleners in de keten en met mantelzorgers stellen nieuwe eisen aan de kennis en vaardigheden van onze zorgprofessionals.

Strategisch HR-beleid

De medische sector staat voor de uitdaging om binnen de dynamiek van alle veranderingen de vraag naar en het aanbod van medewerkers in balans te brengen, zowel op de korte als op de lange termijn. Strategisch HR-beleid is daarvoor nodig. Ook vergt het continue inspanning om medewerkers in aansluiting op hun initiële opleiding te blijven scholen.

Een leven lang leren

Aan de vaardigheden en flexibiliteit van artsen en verpleegkundigen worden nieuwe eisen gesteld. Blijvend investeren in kennis en vaardigheden is broodnodig. Met de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KiPZ) geven de NVZ-leden al sinds 2014 met een eigen opleidingsplan een extra impuls aan de opleiding van medewerkers. Het blijft in de komende jaren van belang om op basis van plannen die zijn gebaseerd op de eigen strategie te blijven investeren in de huidige medewerkers, van wie ook de nodige flexibiliteit wordt gevraagd. Zij werken door de verhoging van de pensioenleeftijd immers steeds langer door en hebben vaak lang geleden hun initiële opleiding genoten.



Gita Gallé

Strategisch opleiden

Gita Gallé is bestuursvoorzitter van het Deventer ziekenhuis. In haar ziekenhuis is bewust een vertaling gemaakt van ziekenhuisstrategie naar strategisch HRM-beleid en strategisch opleidings-beleid. "In onze strategie hebben we onder andere benoemd dat we de zorg onderverdelen in vijf thema's: acute zorg, chronische zorg, oncologische zorg, vasculaire zorg en planbare zorg. Vervolgens gaan we de zorg rondom zo'n thema programmatisch verbeteren. Wij zien opleiden als een middel om de patiëntzorg steeds beter te maken." Daarom ook heeft het ziekenhuis bijvoorbeeld besloten om het aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen te verhogen van 30% in 2014 naar uiteindelijk 50% in 2018. Het Deventer Ziekenhuis kijkt niet alleen naar het verbeteren van de zorg, maar ook naar de duurzame inzet van mensen. "We bieden medewerkers ondersteuning bij hun ontwikkelings- en loopbaanvragen. We sluiten niet alleen aan bij de vraag van patiënten, maar ook bij de behoefte van de medewerkers. We zijn een dienstverlenend bedrijf. Onze diensten worden gemaakt in interactie tussen zorgverlener en patiënt. Daarom moeten we medewerkers ondersteunen, kansen bieden en zich blijvend laten ontwikkelen."

BLIJVEND INVESTEREN IN KENNIS EN VAARDIGHEDEN VAN MEDEWERKERS IS BROODNODIG

Verhoging arbeidsproductiviteit

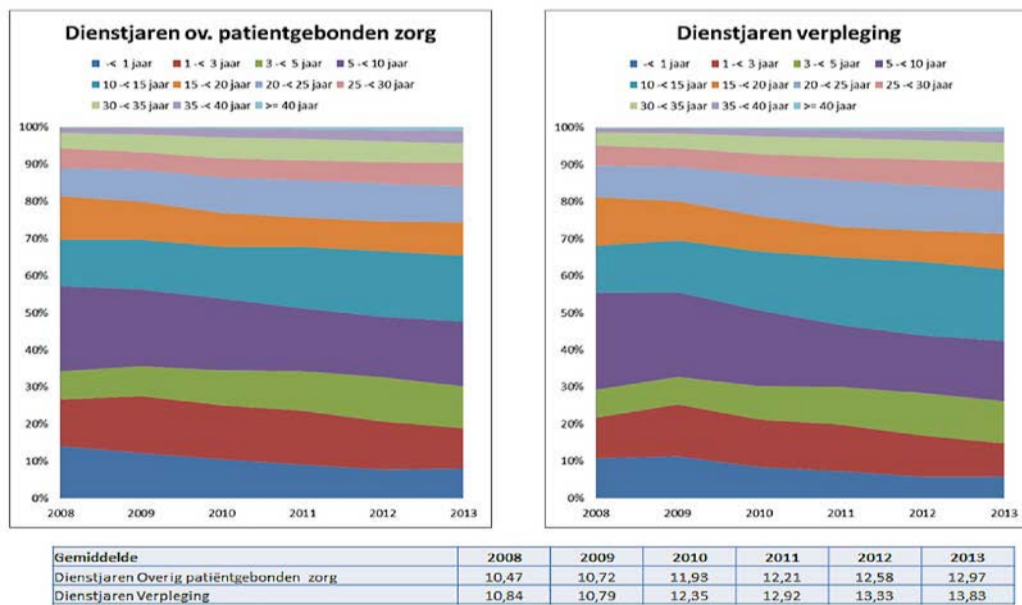
Winst is te boeken bij het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg. Wat de informatietechnologie op dit vlak kan betekenen is nog moeilijk te voorspellen. Door robotisering van repeterende taken en door de patiënt meer zelf te laten doen, vervallen naar verwachting veel eenvoudige taken voor medewerkers op middelbaar niveau. De betrokken medewerkers worden wellicht via her-, om- en bijscholing voorbereid om weer beschikbaar te zijn voor ander werk. Ook valt te verwachten dat hoogopgeleiden met behulp van nieuwe technologieën in de toekomst hun werk sneller en effectiever kunnen uitvoeren.

Spanning generalisten-specialisten

De nieuwe benadering is dat niet de ziekte maar het functioneren en eigen regie van de patiënt centraal moet staan. Daardoor gaan generalisten een nieuwe groep 'specialisten' vormen. Een goed voorbeeld van een nieuwe generalist is de ziekenhuisarts. Er zal een nieuwe verhouding ontstaan tussen de huidige generalisten en specialisten; flexibiliteit is daarbij een aandachtspunt in de komende jaren.

Mogelijke krapte op de arbeidsmarkt

De gemiddelde leeftijd binnen de ziekenhuizen stijgt evenals de gemiddelde lengte van het dienstverband. Door de huidige leeftijdsopbouw gaan de komende jaren steeds grotere cohorten werknemers met pensioen. Daardoor ontstaat er weer nieuwe vraag naar goed opgeleid personeel. Om te zorgen dat jonge mensen blijven kiezen voor onze branche, moeten we als werkgevers aantrekkelijk blijven. Dat doen we door ontwikkelmogelijkheden en uitdagende werkzaamheden te bieden en daarbij passende arbeidsvoorwaarden.



Figuur 22: ontwikkeling aantal dienstjaren
Bron: NVZ



Minder licht tussen praktijk en theorie

Winst is ook te boeken bij een nog nauwere aansluiting van het onderwijs op de praktijk. Volgens de algemene ziekenhuizen voldoet de beginnende verpleegkundige mét diploma nog niet altijd aan de eisen om als beginnend beroepsbeoefenaar in het ziekenhuis aan de slag te gaan. Op regionaal niveau is aansluiting tussen de onderwijsinstelling en de zorginstelling nodig. De NVZ voert intensief overleg met de landelijke mbo- en hbo-opleidingen. Het gaat hier bijvoorbeeld om goede uitstroomprofielen en -kwalificaties op basis van een specifieke 'body of knowledge' voor verpleegkundigen. Vanzelfsprekend zullen wij die nieuwe generatie studenten voldoende stageplaatsen bieden.

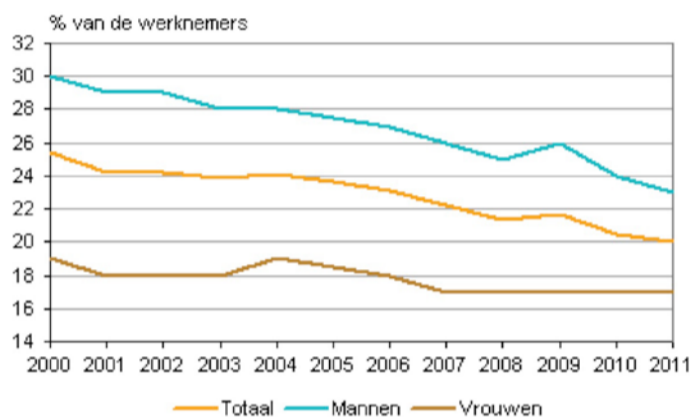
Meer maatwerkovereenkomsten

De individualiseringstrend is een gegeven. Het ziekenhuis zal daarom met de cao als basis meer maatwerkafspraken gaan maken met medewerkers. In toekomstige cao's worden keuzevrijheid, regelruimte en flexibiliteit nog belangrijker. In de cao is veel meer ruimte voor het maken van individuele afspraken. Dat leidt onder meer tot andere vormen van belangenbehartiging, op uiteenlopende gronden (per onderwerp, beroep of gewenste uitkomst) met wisselende tijdelijke coalities. Overigens blijft, in tegenstelling tot de landelijke trend, het aantal medewerkers dat lid is van een vakbond in onze instellingen vrij stabiel:

2011	2012	2013	2014
43.742	43.082	44.895	44.586



Figuur 23: competentiegebieden verpleegkundige
Bron: V&V2020, stuurgroep Bachelor of Nursing, 2015



Figuur 24: % werknemers in NL dat lid is van een vakbond
Bron: CBS

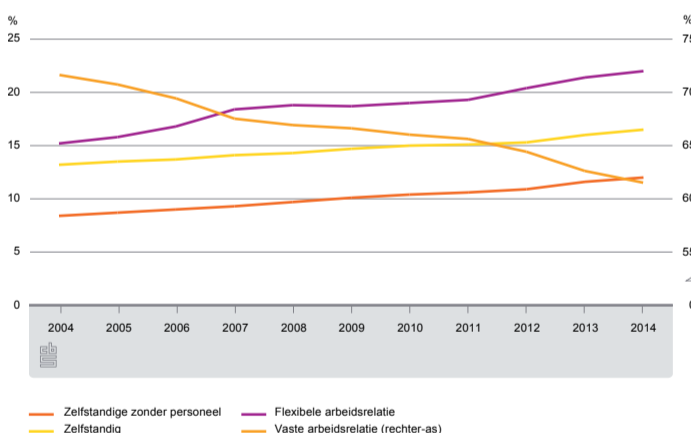
Van baan zekerheid naar werk zekerheid

De traditionele grenzen tussen 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijn gaan vervagen om de zorgvraag van de patiënt beter te beantwoorden en zelfzorg te faciliteren.²⁴ Er komen daarom meer multidisciplinaire teams waarin elke medewerker zijn eigen specifieke bijdrage levert. Een goede samenwerking tussen zorgprofessionals en mantelzorgers wordt van cruciaal belang. Dit stelt andere eisen aan de competenties van zorgprofessionals dan nu het geval is en het vergt flexibiliteit. Werk is er genoeg, maar niet iedereen blijft overal even lang in dienst. Baanzekerheid maakt plaats voor werkzekerheid.

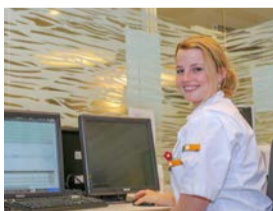
Ambities

Ziekenhuizen beschikken in 2020 over een strategisch HRM-beleid dat is afgeleid van het strategisch instellingsbeleid en tevens een verdere uitwerking kent in een strategisch opleidingsbeleid. Kwalificaties en functies van medewerkers zijn vastgelegd in een personeelsinformatiesysteem. Verder zorgen de instellingen voor voldoende stageplaatsen. In 2020 is daarvoor een percentage afgesproken. De NVZ faciliteert de leden bij het opstellen van HRM-beleid door kennisuitwisseling (website, bijeenkomsten en netwerken), handreikingen en modellen, monitoring en kwaliteitsvenster. De NVZ neemt via VNO-NCW deel aan de charter van de StAR: Diversiteit in Bedrijf met als doel afspraken te maken over diversiteitsbeleid. Dat levert een bijdrage aan het aantrekkelijk houden van de branche voor jongeren.

VAN BAANZEKERHEID NAAR WERKZEKERHEID



Figuur 25: personen met betaald werk naar arbeidsrelatie, 2004-2014
Bron: CBS, TNO, 2015



Zelf roosteren

Meander Medisch Centrum in Amersfoort werkt in een modern nieuw ziekenhuis waar alle patiënten zorg ontvangen op eenpersoonskamers. Dat vraagt om dienstverlening op maat. Verbetering van de roosterergonomie levert een bijdrage aan kwalitatief hoogstaande patiëntenzorg. Verpleegkundigen worden met een online tool actief betrokken bij de opstelling van de roosters. Door mee te roosteren is er meer grip op de werkmomenten en neemt de roosteracceptatie toe. De eerste ervaringen laten zien dat er significant minder roosterwijzigingen zijn.



Libra Revalidatie & Audiologie heeft samen met vier Fontys Hogescholen (Verpleegkunde, Paramedisch, Sociale Studies en Sport) en Hogeschool Zuyd (Opleiding Ergotherapie) een Multidisciplinair Zorg Innovatie Centrum ontwikkeld

Jaarlijks stromen er 120 nieuwe studenten de organisatie binnen. Zij starten gezamenlijk hun stage en werken samen aan projecten, intervisie en onderwijsbijeenkomsten. Het multidisciplinair samenwerken zorgt voor meer kennisdeling en onderlinge samenwerking tussen de studenten. Omdat projecten samen met vaste medewerkers worden uitgevoerd heeft dit ook effect op de samenwerking binnen de teams waar allerlei minder voorkomende cross-overs in de organisatie ontstaan en een cultuur van mogen leren van elkaar op de werkvloer. De zorg verbetert inhoudelijk, evidence based werken wordt meer geborgd en klanten worden meer en beter betrokken bij zorgverbeteringen en -vernieuwingen.

²⁴ Voorspelling van de Commissie Kaljouw in het rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen' (2015)



VERANTWOORDING

Verantwoording

In het jaarplan 2015 heeft de Algemene Vergadering het bestuur en het bureau van de NVZ de opdracht gegeven om tot een nieuwe strategie/visie te komen voor de jaren 2016–2020. Deze visie moest met betrokkenheid van de hele vereniging én stakeholders tot stand komen, zodat er aan het eind van 2015 een breed gedragen visie vastgesteld kon worden door de leden. Dit project is uitgevoerd met leden, bestuur en bureau. Daarbij is gebruik gemaakt van de ondersteuning door BeBright.

Bij de start van het project, begin 2015, is begonnen met 'naar buiten' te kijken: welke ontwikkelingen zien we in de maatschappij. Die zijn vervolgens in kaart gebracht en gegroepeerd in trends die van belang zijn voor onze sector en naar verwachting consequenties hebben voor de inrichting van de zorg en voor de keuzes die de NVZ en haar leden moeten maken.

De beleidsadviseurs van de NVZ hebben, samen met BeBright, de gesignaleerde trends geanalyseerd en onderbouwd. Daardoor zijn 'onderbuikgevoelens' geladen met feiten en cijfers en is een indrukwekkende verzameling relevante informatie ontstaan, die gebundeld is in een aparte bijlage bij dit strategiedocument. Lidinstellingen kunnen deze gegevens gebruiken voor eigen strategietrajecten, portfoliokeuzes en ander beleid.

Om input op te halen, ideeën te toetsen, prioriteiten te bepalen en ambities te formuleren, zijn tal van bijeenkomsten en besprekingen georganiseerd:

- Interviews met individuele bestuursleden van de NVZ;
- Bureaubrede sessies, afdelingsoverleggen en wekelijkse projectteamvergaderingen;
- Strategiediners over Medisch Specialisten Bedrijven, big data en uitkomstindicatoren;
- Interactieve bijeenkomst met jongeren (studenten, medewerkers van lidinstellingen, vertegenwoordigers patiëntenverenigingen en jonge medewerkers die werkzaam zijn bij onze stakeholders);
- Een stakeholdersdiner;
- Ledenraadplegingen;
- NVZ-bestuursvergaderingen en NVZ-bestuursdagen.

Tijdens verschillende van deze bijeenkomsten zijn foto's genomen die her en der in dit document terug te vinden zijn. Bij de strategiediners was een cartoonist aanwezig. Alle cartoons in dit document zijn door hem gemaakt.

De tekst van dit strategiedocument 'Zorg voor 2020' is vastgesteld in de Algemene Vergadering op 25 november 2015. Daarna is de tekst, voorzien van illustraties, toelichtende grafieken en ander beeldmateriaal, in opgemaakte vorm gedrukt. Het eerste exemplaar is op woensdag 17 februari 2016 door NVZ-voorzitter Yvonne van Rooy uitgereikt aan de ministerie van VWS, Edith Schippers.

BRONVERMELDING

Barth, B. (2015). A Hospital Without Beds. <http://americanbuildersquarterly.com/2015/montefiore-medical-center>

Beer, J. A. A. de, & NIDI. (2013, september). Een levensduur van meer dan honderd jaar: van uitzondering naar regel? <http://www.nidi.nl/nl/publications/webart/nidi-webart-2013-02>

CBS. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers>

CBS. (2012, 17 september). Minder vakbondsleden op de werkvloer. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3688-wm.htm>

Ernst & Young. (2013). Energie-efficiency in de zorgsector, Een concreet handvat in uw MVO-beleid.

Evaluate Medtech. (2014). The future of medtech.

Faber, M., Bosch, M., Wollersheim, H., Leatherman, S., & Grol, R. (2009). Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information? A Systematic Review. *Medical Care*, Jan(47), 1-8.

FD, & KPMG. (2012). FD.outlook special, Zorg kan beter en goedkoper.

Nederland ICT. (2015). ICT-bestedingen 2014 naar eindgebruiker. <http://www.ictmarktmonitor.nl/ict-marktmonitor-2015/inleiding/#4>

Nefarma. (2013). Farmafeiten 2013.

Nictiz. (2010). De patiënt als gezagvoerder, de dokter als copiloot: De weg naar een gedigitaliseerde zorgrelatie (RP100027).

NIVEL. (2013). Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012 (Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen).

Oldenburg, C.S., Berg, J.M. van den, Leikstikow, I.P. (2015, april) All aboard, getting nationwide indicators on the rails. Collaborative governance as a strategy for developing effective national quality indicators for hospital care. *BMJ Outcomes*, Inaugural collection.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2014). Patiënteninformatie, Informatievoorziening rondom de patiënt (Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Research2guidance. (2015). EU Countries' mHealth App Market Ranking 2015, Which EU countries are best for doing mHealth business (A benchmarking analysis of 28 EU countries about their market readiness for mHealth business).

Victoor, A., & Rademakers, J. (2015). Waarom kiezen patiënten niet voor het 'beste' ziekenhuis? *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2015; 159:A8164

WWF. (2010). Living planet report 2010: Biodiversity, biocapacity and development

www.volksgezondheidszorg.info

Zorgvisie, Aartsen, C. van. (2015, 28 december). De 10 miljoen voor het ADRZ is binnen. <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2015/12/De-10-miljoen-voor-het-ADRZ-is-binnen>

Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food (Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Maastricht).

Josten, E., Boer, A. de, & Sociaal en Cultureel Planbureau. (2015). Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk.

Kaljouw, M., Vliet, K. van, & Zorginstituut Nederland. (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren.

Kolstad, J. T., & Chernew, M. E. (2009). Quality and consumer decision making in the market for health insurance and health care services. *Medical Care Research and Review*, Feb(66), 28-52.

Koning der Nederlanden, W. A. (2013, 17 september). Troonrede 2013.

KWF. (2014). Toegankelijkheid van dure kanker-geneesmiddelen, Nu en in de toekomst (uitgave van de Signaleringscommissie Kanker).

M&I Partners. (2015). Verbeteren door vergelijken (Inzicht in prestaties door benchmarking Impressie resultaten ICT Benchmark).

Mediawijzer.net. (2010). Meerjarenplan 2011 t/m 2014.

Murray, K. (2011, 30 november). How Doctors Die – It's Not Like the Rest of Us, But It Should Be [Blogpost]. <http://www.zocalopublicsquare.org/2011/11/30/how-doctors-die/ideas/nexus/>

RIVM. (2014, 23 juni). Preventie gericht op doelgroepen. <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/>

RIVM. (2014, 24 juni). Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volkgezondheid, Een gezonder Nederland. http://www.eengezondere nederlandse.nl/Een_gezonder_Nederland

RIVM. (2014, 5 juni). Nationaal Kompas Volksgezondheid, Ziekte last in DALY's: Wat is de bijdrage van risicofactoren? <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziekte last-in-daly-s/wat-is-de-bijdrage-van-risicofactoren/>

Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2012, 19 januari). Prognose geneesmiddelkosten over 10 jaar. <https://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2012/prognose-geneesmiddelkosten-over-10-jaar>

TNO, & CBS. (2015). Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt, De focus op flexibilisering.

Topol, E. (2015). The Patient Will See You Now: The FUTURE of MEDICINE is in YOUR HANDS. New York, Verenigde Staten: Basic Books.

V&V 2020. (2012). Beroepsprofiel verpleegkundige (Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 3).

Ven, W. van de. (2015, 02 oktober). 'Schaf hoge vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg af'. http://www.eur.nl/alumni/alumni_nieuws/detail/article/76028-het-beste-zorgstelsel/

“IT IS **NOT** THE STRONGEST OF THE SPECIES THAT SURVIVES, **NOR** THE MOST INTELLIGENT THAT SURVIVES. IT IS THE ONE THAT IS **MOST ADAPTABLE TO CHANGE**”

Charles Darwin



COLOFON

Uitgave

Dit strategiedocument is tot stand gekomen onder regie en verantwoordelijkheid van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
030 2739 883

Ontwerp

Total Public, Den Haag

Druk

Ando Graphic, Den Haag

Oplage

2.000 exemplaren

©2016 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

