

d.d. 28 april 2025

Naar een blauwdruk voor toekomstige ziekenhuiszorg Twente

Dialogbijeenkomst met inwoners 3 van 5, 17 april 2025



INHOUDSOPGAVE

pagina

Welkom	2
Terugkoppeling 'Zachte stemmen'	2
In gesprek met bestuurders	2
Twee korte pitches	3
Ronde 1 met experts	4
Levenspad Dementie	4
Zorg Adviesraad, Verpleegkundig Stafbestuur en OR	5
Spoedeisende hulp en triage	6
Sociaal makelaar	6
Culturele diversiteit.....	7
Arbeidsmarkt en ontwikkelingen (TAZ)	8
Voorzorgcirkels.....	9
Ronde 2 met experts	9
Acute zorg EU-regio	9
Transfer	10
Urgentie, toekomstverwachtingen (cijfers).....	10
Dorpsondersteuners	11
Ethiek	12
Zorgvernieuwing, Omdenken in de zorg	12
Ronde 3 met experts	13
Ambulance Oost en triage	13
Mobiliteit	14
Voldoende zorgprofessionals	14
Ourmind (EPD, Prisma app)	15
Samenspel in de zorg (mantelzorg, regie)	17
Kwetsbare ouderen, ketenproces	17
Plenaire terugkoppeling	18
Afsluiting en vervolg	19

WELKOM

Lea Bouwmeester opent de bijeenkomst. “Welkom bij de derde dialoogbijeenkomst met inwoners. Fijn dat u weer met de ziekenhuizen MST en ZGT wilt meedenken over de toekomstige ziekenhuiszorg in Twente. Tijdens deze bijeenkomst gaan we de ideeën en onderwerpen die u de vorige bijeenkomsten heeft geopperd verder toetsen en verrijken met behulp van experts. Zij gaan met jullie meedenken en antwoord geven op al jullie vragen en ideeën.

TERUGKOPPELING ZACHTE STEMMEN

Patricia (van team zachte stemmen) geeft een terugkoppeling van de gesprekken met ‘de zachte stemmen’: “Maaïke en ik gaan met inwoners van Twente in gesprek die niet naar deze grote bijeenkomsten willen of kunnen komen. Op een plaats die hen bekend is, gaan we in kleinere groepen in gesprek. Inmiddels hebben we al 12 gesprekken gevoerd, bijvoorbeeld met jongeren, mensen met een migratie achtergrond, mensen met dementie, mensen met een licht verstandelijke beperking, mensen die psychisch kwetsbaar zijn en de inwoner die door financiële redenen niet mee kan doen met zorg (vervoer, digitale middelen).

Lea vraagt wat de essentie van de gesprekken is. “Wat horen jullie?”

Patricia: We worden heel welkom ontvangen. Inwoners zijn heel blij dat we naar hen komen luisteren én dat we het hier in de grote dialoogbijeenkomsten terugbrengen.

Zij geven aan dat als je eenmaal in een ziekenhuis in Twente bent, de zorg fantastisch is. Maar om daar te komen, je weg te vinden aandacht te krijgen: dat is moeilijk voor deze groepen. Zij geven aan: praat met ons, niet over ons. Houd rekening met ons. Een ziekenhuisbezoek is voor hen zeer stressvol: ze zijn angstig, soms ook door eerdere negatieve ervaringen. Ze vragen ons: denk met ons mee. Waarom kunnen kinderafdelingen kleurrijk, visueel en heel welkom zijn en aanvoelen en waarom is dat niet voor volwassenen?

Inwoners die we spreken in de kleine dialoogsessies zijn vaak afhankelijk van anderen om überhaupt naar het ziekenhuis te komen. Ze zijn afhankelijk van anderen om te begrijpen wat er gaat gebeuren. Dat brengt angst met zich mee. Het helpt als er een tolk aanwezig is, zodat mensen de zorgvraag in hun eigen taal kunnen stellen en elkaar begrijpen.

Ook de organisaties die voor en met deze groepen werken, geven aan: “Wij begeleiden deze mensen. Wij kennen ze goed. Maak gebruik van onze kennis en onze ervaringsdeskundigheid. Werk gelijkwaardig met ons samen in plaats van dat we het naast elkaar doen, zonder verbinding. Zie de begeleiders als schakels voor passende zorg.”

Een van de inwoners met wie we spraken, zei: “Naar het ziekenhuis gaan, is als een ingewikkelde reis maken naar Japan, eenmaal daar aangekomen is het goed geregeld allemaal. Hoe is het toch mogelijk dat in een land als Nederland waar zoveel goed geregeld is, de toegankelijkheid van een ziekenhuis nog steeds zo ingewikkeld is.”

IN GESPREK MET BESTUURDERS

Lea vraagt **Hilde Dijkstra**, voorzitter Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), en **Jan den Boon** voorzitter Medisch Spectrum Twente (MST), waar zij staan in het proces om een blauwdruk te ontwikkelen voor de toekomstige ziekenhuiszorg in Twente.

Jan: We zijn onderweg. We hebben, net als met jullie als inwoners, ook met andere betrokkenen de urgentie en onze drijfveren doorgesproken van waarom doen we dit. Met medewerkers van de ziekenhuizen, met gemeenten en met zorgpartners hebben we nu de stap gemaakt naar de kansen: welke kansen zien jullie? Ik zie in hun opsommingen van kansen ook veel reflecties die jullie in de eerste twee dialoogbijeenkomsten hebben aangegeven.

Hilde: Het is een ongekend leerzaam traject. Ook net weer in de terugkoppeling van de zachte stemmen. We leren hoeveel potentie er nog is om het ziekenhuis aan de buitenkant en op koppelpunten met thuis en

andere sectoren te verbeteren. Verder vind ik het mooi om te horen dat jullie vertrouwen hebben in de zorg die in het ziekenhuis geleverd wordt.

We zijn intensief in gesprek met medewerkers over de toekomst van ziekenhuiszorg. Daar halen we veel input over op. Het stemt deels overeen met wat we hier horen, maar medewerkers maken zich ook druk om de werkdruk die toeneemt en hoe we dat kunnen opvangen? Technologie en innovatie gaat ons helpen, maar daar moeten we nog veel in leren en dat kost tijd.

Kortom, het is een enorm verrijkend traject. We zijn heel erg blij dat we dit zijn gestart. Het helpt ons kansen te prioriteren en samen onderweg te gaan.

Lea: Half mei gaan jullie zelf tussenstap zetten. Kunnen jullie daar iets meer over vertellen?

Jan: Jullie hebben verschillende kansen aangegeven voor de verdere toekomst van de ziekenhuiszorg. Sommige vragen om grote veranderingen. Deze gaan we uitrekenen en doorrekenen: hoeveel kost het? Wat levert het op? Wat gebeurt er als we het niet doen? Wat zijn barrières en mogelijke scenario's. Dat wat we hier doen, wat jullie ons teruggeven, gaan jullie teruglezen in de plannen die we gaan maken. Daar kunnen jullie ons op aanspreken.

TWEE KORTE PITCHES

Barteld Nanninga van Gupta Strategics:

De essentie van de urgentie is het personeelstekort. Een enquête onder medisch specialisten in opleiding laat zien dat de Overijssel op de op één-na-onderste favoriete plek waar ze zich willen vestigen. Het is dus ingewikkeld om voldoende artsen naar de regio te krijgen. Het personeelstekort is het meest urgent in gepaalde beroepsgroepen zoals spoedeisende hulp artsen, verloskunde- en obstetrie verpleegkundigen, laboranten en gipsmeesters. Die knelpunten worden alleen maar groter en dat moeten we voor blijven.

Joris Arts over Omdenken in de zorg

Wat kan de zorg leren van andere sectoren? Ik ben apotheker en het is een uit de hand gelopen hobby van me geworden om buiten de grens van de zorg te kijken. Ik heb 180 verschillende bedrijven geïnterviewd. We moeten het anders doe in de zorg: met minder mensen meer mensen helpen. Hoe leren we van win-win situaties die andere bedrijven creëren? Neem als voorbeeld PostNL. Je krijgt een bericht over een specifiek tijdstip dat een pakketje komt met de oproep 'Als het niet uitkomt, kies een ander moment of haal het ergens anders op. PostNL zegt eigenlijk: "Zegt u het maar wij regelen het wel". Dat doen ze ook uit klantvriendelijkheidsoverwegingen, maar vooral voor zichzelf. Er is namelijk niets duurder voor hen dan bij iemand aan de deur te verschijnen die niet thuis is. Zij doen er dus alles aan om ervoor te zorgen dat jij thuis bent als zij aan de deur verschijnen.

REACTIES UIT DE ZAAL:

- Vorige keer heb ik een oproep gedaan over dat palliatieve zorg zo laat wordt besproken. Daar zie ik ook win-win kansen door niet eindeloos door te behandelen. Addy, geestelijk verzorger van MST, reageert dat het juist de intentie in het ziekenhuis is om het palliatieve aspect van de zorg zo vroeg mogelijk bespreekbaar te maken.
- Het moet gaan over klant*gerichtheid*. Klantvriendelijk zijn kan iedereen, maar je moet je op je klanten richten.
- Ik heb gisteren de hele dag zitten wachten op een pakketje van PostNL maar er is niets gekomen. Dat systeem werkt dus ook niet 100%. Vandaag is het gelukkig wel bezorgd. Mijn punt is dat het gaat om betrouwbaarheid: je moet weten waar je aan toe bent en je moet doen wat je zegt.
- Het gaat ook om het leren omgaan met tegenslagen. Het accepteren dat het niet altijd 100% is en dat als startpunt nemen. Er vanuit het niet zeker en onduidelijk is of gaat zijn.

Lea nodigt iedereen uit de rondes met de expertsessies in te gaan en geeft iedereen drie uitgangspunten mee:

1. Ben maximaal nieuwsgierig naar wat de experts te vertellen hebben en wat hun antwoorden zijn op jullie vragen;
2. Ga met compassie en respect om met mensen die een ander standpunt hebben dan jij.
3. Ontdekt hoe kunnen de ziekenhuiszorg samen toekomstbestendig kunnen maken.

RONDE 1 MET EXPERTS

Levenspad Dementie

Experts: Elly Wenneger en Anieck

Belangrijkste punten die zijn opgevallen:

Levenspad Dementie betreft een online omgeving waar informatie rondom (het levenspad) dementie centraal beschikbaar wordt gesteld. De online omgeving is landelijk uitgerold, maar wordt per regio 'gevuld' met informatie die voor de specifieke regio relevant is. In Twente gebeurt dit door dementienetwerk Twente.

Succesfactoren/aanbevelingen:

- Goede informatie centraal beschikbaar stellen én beheren
- Informatie ordenen per doelgroep (patiënt/ mantelzorger/ zorgprofessional)
- Testen bij de doelgroep
- Volharding
- Juiste contacten
- Samenwerking met en verbinding tussen ketenpartners is cruciaal; dit wordt ingevuld door dementienetwerk Twente
- Goede ervaringen delen
- Zichtbaarheid vergroten; nog meer reclame maken richting o.a. huisartsen
- Combinatie online en offline (gedrukt)
- Zo centraal mogelijk, met dementienetwerk als sleutel voor regio-specifieke invulling. Door landelijke uitrol kan veel algemene informatie worden hergebruikt. Dit scheelt veel tijd en geld
- Niet alleen informatie over dementie beschikbaar stellen, maar ook informatie over MCI Mild Cognitive Impairment

Er is veel gediscussieerd over **hoe patiënten/mantelzorgers geïnformeerd worden** over het bestaan van Levenspad dementie. De huisarts kan hier een belangrijke rol in spelen. Maar ook andere zorgprofessionals in de keten moeten geschoold/geïnformeerd worden om de beschikbare informatie op de juiste manier te kunnen gebruiken.

Hoe draagt dit bij aan toekomstbestendige zorg in Twente?

Door informatie centraal beschikbaar te stellen en actueel te houden worden patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals ontzorgd. Zij zijn minder tijd kwijt met het zoeken naar de juiste informatie

Zorg Adviesraad (ZAR), Verpleegkundig Stafbestuur (VSB) en Ondernemingsraad (OR)

Experts: Kim Roelofs, Astrid Slettenaar, Carlijn Smits

Belangrijkste punten die zijn opgevallen:

Invloed

Hoeveel invloed hebben een Ondernemingsraad (OR) en een Verpleegkundig Stafbestuur (VSB) eigenlijk? De VSB geeft aan sinds vorig jaar een rol te hebben aan de bestuurlijke tafel en hebben daarmee echt het idee invloed uit te kunnen oefenen bij besluiten die genomen worden. De Ondernemingsraad (OR) geeft gevraagd en ongevraagd advies. Ook de OR heeft het gevoel invloed te hebben. Ze geven een voorbeeld van een besluit waar zij invloed op hebben gehad (waar een besluit is teruggedraaid). Beide gremia geven aan het gevoel te hebben invloed te hebben.

Hoe kijken jullie aan tegen de problemen waar we voor staan: de stijging in de zorgvraag en de daling in het personeelsbestand?

Er leven gemengde gevoelens op de afdelingen. Sommige zorgverleners kijken naar het hier en nu. Er is zeker ook een grote groep die wel naar de toekomstige problematiek kijkt.

- Administratielast naar beneden brengen. 40% van de tijd van een verpleegkundige wordt gestoken in dossiervoering. Daar ben je geen verpleegkundige voor geworden. Mogelijke oplossing is digitalisering.

- Kritisch kijken naar of zorg in het ziekenhuis moet plaatsvinden. Een voorbeeld is de knie- en heupoperaties die van een 2 dagen opname (inclusief 1 nacht) naar een dagopname.
- Taakverschuiving: meer inzet van verzorgenden, zodat verpleegkundigen ontlast worden. Ook MBO-verpleegkundigen 1 t/m 4 worden ingezet in het ziekenhuis.
- De transformatiemanager Medisch Spectrum Twente (MST) vult aan: nieuwe vorm van werken is veel meer digitaal en in de thuissituatie. Daar zit de win-win. Dit is een win voor de capaciteit, maar ook winst voor de patiënt omdat zij niet naar het ziekenhuis hoeven te komen. Een monitoringsverpleegkundige kan ongeveer 1000 patiënten monitoren. Overdag heb je 10 verpleegkundigen op 32 bedden. Dat lukt natuurlijk niet op alle zorgpaden.
- De regiopartners: hoe kunnen we lijnloos denken in plaats van in hokjes? Meer de zorg inrichten en zien vanuit de patiënt. Wat is passende zorg en wie moet wat doen? Twente is bezig met een dataplatform om slimmer data te delen. Registratielast gaat daarmee enorm omlaag. De patiënt hoeft maar één keer zijn verhaal te doen. Het is voor de kwaliteit van zorg ook veel beter. Het heeft veel potentie maar gaat de komende twee jaar duren om uit te werken en in te voeren.
- De verandernoodzaak (sense of urgency) is wel echt voelbaar. Zorgverleners zitten aan hun max en soms er al overheen. 'Hoe kunnen we het anders en slimmer inregelen?' is op dit moment echt noodzakelijk en daar wordt veel over nagedacht.

Personeelstekort

- Gevraagd wordt hoe je nieuwe mensen kunt enthousiasmeren voor de zorg. Zorgorganisaties zijn vaak negatief in het nieuws: de werkdruk is hoog (veel overwerk en weinig pauze). Het imago is niet goed. Het gaat nooit over hoe leuk het eigenlijk is om in de zorg te werken en hoeveel voldoening het geeft.
- Je raakt veel mensen kwijt door werkdruk en betere betaling bij andere organisaties (ook bij andere zorgorganisaties) terwijl er heel veel kansen zijn binnen de zorg. Hoe kunnen we dat meer voor het voetlicht brengen?
- We hebben de politiek nodig om meer geld en opleidingsplekken te krijgen. Defensie heeft reclamecampagnes met 'iedereen is welkom'. Dat is in het ziekenhuis niet zo. Voorbeeld uit de groep: een verpleegkundige met 16 jaar ervaring in de wijk mag niet in het ziekenhuis in de obstetrie gaan werken. Reden: geen ziekenhuiservaring. Maak het gemakkelijker voor mensen die in de zorg willen en kunnen werken.
- Project *young professionals* loopt. Het eerste jaar in de zorg voelt als overleven voor een young professional. Daarom haken heel veel verpleegkundigen af. Je moet kijken naar vacature-eisen. De zorgzwaarte moet goed zijn voor behoud van medewerkers.

Omdenken

Hoe kan je ervoor zorgen dat je minder ziekenhuiszorg nodig hebt in de toekomst?

- Inzet van positieve gezondheid.
 - o Wat kan je er zelf aan doen om minder vaak in het ziekenhuis te komen?
 - o Wat kan je er aan doen om gezonder in het ziekenhuis te komen?
 - o Schijf van 5 in de wijkzorg in Enschede
 - Stappen daarvoor: wat kan de cliënt zelf? Wat kan de mantelzorger? Wat kan er digitaal? Enz.
- Hoe kan je met minder mensen meer zorg geven?

Technische geneeskundige inzet

We hebben heel veel Technisch Geneeskunde-studenten die stage lopen. Ze zijn zelfs een eigen vakgroep. MST en ZGT maken gebruik van deze opleiding.

Spoedeisende Hulp en triage

Experts: Rein IJmker en Arjan Bisschop

1. Inleiding: Triage als Onvermijdelijk Systeem

Rein IJmker opende de sessie met een uitleg over triage op de Spoedeisende Hulp (SEH).

- Probleem: Capaciteitstekorten leiden tot noodzakelijke keuzes. Zelfs bij een kind met een dubbele armbreuk (casus van een 6-jarige jongen) kan de huisarts niet worden overgeslagen.
- Reden: Triage voorkomt overbelasting. Zonder voorselectie zouden de SEH's overspoeld raken door niet-spoedeisende gevallen (bijvoorbeeld lichte verwondingen die een huisarts kan behandelen).

- Uitdaging: Burgers hebben vaak niet voldoende medische kennis, waardoor telefonische triage cruciaal is om de ernst van klachten te bepalen.

Rein IJmker benadrukt dat het ideaalbeeld – directe zorg zonder wachttijden – onhaalbaar is door personeelstekorten en capaciteitsproblemen. Triage blijft essentieel om prioriteiten te stellen.

2. Samenvoegen van de SEH's:

Inwoners stellen voor om SEH's in Almelo en Enschede te centraliseren. Experts reageren:

- Piekbelasting: SEH's kennen extreme pieken. Centralisatie vergroot de druk op één locatie, zonder personeelstekorten op te lossen.
- Nachtelijke sluiting: Als één SEH 's nachts sluit, verschuift de werkdruk naar de andere locatie. Ambulances zouden eerder moeten uitwijken met het gevaar dat de uitwijktijden steeds wat verder naar voren verschuiven. Dit heeft weer gevolgen voor de werkdruk/piekbelasting.
- Financiële haalbaarheid: Een geheel nieuwe centrale SEH/ziekenhuis (bijvoorbeeld gekoppeld aan de Universiteit Twente) zou extreem hoge kosten met zich meebrengen.

3. Samenwerking Duitsland

Een inwoner vroeg naar samenwerking met Duitse ziekenhuizen.

- Huidige praktijk: Kleinschalige uitwisseling bestaat al.
- Risico's: Duitse patiënten zouden ook naar Nederlandse SEH's kunnen komen, waardoor de instroom dubbel zo hoog wordt.

4. Een voorstel om Huisartsenpost (HAP) en SEH te integreren werd besproken.

- Protocollen: Huisartsen werken met andere richtlijnen (bijvoorbeeld beperkte toegang tot CT-scans of bloedbanken).
- Voorbeeld: Bij een hartinfarct kan een huisarts bloedverdunners toedienen, maar een cardioloog en SEH-team blijven nodig voor verdere behandeling zoals dotteren of operaties.
- Kosten: Zorgkosten stijgen enorm zodra patiënten de ziekenhuisdrempel passeren (onder andere door dure diagnostiek).
- Tekorten in de huisartsensector kunnen ook niet opgelost worden door verleggen van triage naar de SEH.
- Tekorten die overigens niet alleen aanwezig zijn bij de huisartsen maar ook onder het SEH-personeel en ambulance personeel.

5. Aanrijtijden en behandeling in de ambulance

- Acceptabele responstijd: Varieert per aandoening. Voor een hartstilstand geldt 'elke minuut telt', terwijl een gebroken pols meer flexibiliteit toelaat.
- Ambulancemedewerkers starten al thuis met behandelingen (bijvoorbeeld bloedverdunners, zuurstoftoediening, pijnstilling), waardoor kritieke tijd wordt gewonnen.

6. Personeelstekorten

SEH-artsen: Twente is het op één na minst aantrekkelijke gebied voor SEH-artsen in Nederland. Door de locatie van de opleidingsziekenhuizen in Arnhem, Zwolle en Groningen blijven de artsen vaak in die regio werken.

Conclusies en aanbevelingen

- Centralisatie van SEH's is niet de oplossing.
- Meer/betere info aan de voorkant: vergroot publiek bewustzijn over triage en het juiste gebruik van zorgvoorzieningen
- De zorg begint al veel eerder dan bij aankomst in het ziekenhuis (namelijk al thuis of in de ambulance)

Sociaal makelaar

Expert: Hans Bonten

Hans Bonten vertelt over zijn werk als sociaal makelaar bij Wijkkracht in Hengelo. Het gesprek gaat over de rol van de sociaal makelaar in het verbeteren van de verbinding tussen ziekenhuiszorg en ondersteuning in de wijk. De deelnemers spreken over het belang van een warmere overdracht van zorg (zowel bij opname als ontslag),

het betrekken van mantelzorgers en het herkennen van het volledige netwerk rondom de patiënt. Er wordt benadrukt dat zorg vaak nog te veel op het individu is gericht, terwijl het hele systeem eromheen belangrijk is. De sociaal makelaar wordt gepositioneerd als een bruggenbouwer: iemand die én de wijk kent én het ziekenhuis, en die mensen – vooral kwetsbare groepen – de weg kan wijzen in het ingewikkelde zorglandschap. Er wordt gepleit voor meer bekendheid, fysieke zichtbaarheid en herkenbaarheid van deze functie, zoals een wijkagent dat ook is.

Financiering en bureaucratie (zogenaamde ‘schotten’ tussen wetten en organisaties zoals Wmo, Zvw en WLZ) blijken grote obstakels voor samenwerking. Toch zijn er inspirerende voorbeelden van projecten waarbij samenwerking wél goed lukt, vaak door lef te tonen en soms de regels te durven oprekken.

De groep gaat in gesprek over hoe ziekenhuizen in de toekomst beter de voor- en nazorg van patiënten kunnen regelen en de sociale omgeving betrekken. Er worden een aantal punten genoemd:

1. **Structurele samenwerking met sociaal makelaars:** Door sociaal makelaars als vaste schakel in het zorgproces op te nemen (zowel bij opname als ontslag), kunnen patiënten beter worden voorbereid én opgevangen in de wijk. De sociaal makelaar fungeert dan als brug tussen medisch en sociaal domein.
2. **Vroeg contact leggen met de omgeving van de patiënt:** Het betrekken van mantelzorgers en het netwerk moet niet pas bij ontslag gebeuren, maar al bij binnenkomst in het ziekenhuis. Dit bevordert een warme overdracht en voorkomt dat mensen tussen wal en schip vallen.
3. **Verantwoordelijkheid nemen als ziekenhuis:** Het ziekenhuis moet zich mede verantwoordelijk voelen voor wat er met de patiënt gebeurt ná ontslag – niet alleen medisch, maar ook sociaal. Niet weggijken, maar actief meedenken.
4. **Mensgerichte benadering:** In plaats van patiënten als 'doorstroming' te behandelen, moet gekeken worden naar hun leven, netwerk, en welzijn. Dat vraagt om meer tijd, aandacht en afstemming.

Doordat elke gemeente een andere organisatie heeft voor maatschappelijk werk, is bij inwoners vaak niet bekend waar zij kunnen aankloppen. Ook in het ziekenhuis ontbreekt een overzicht van de sociale kaart van gemeenten.

Wat is er nodig om patiënten meer zicht te geven op de mogelijkheden voor ondersteuning?

1. **Zichtbaarheid van ondersteuning in de wijk:** Mensen moeten weten waar ze terecht kunnen, fysiek en praktisch. Een sociaal makelaar moet net zo herkenbaar zijn als een wijkagent.
2. **Toegankelijke informatie:** Veel mensen – zeker ouderen en laaggeletterden – kunnen de weg naar zorg en ondersteuning niet vinden. Er is een grote behoefte aan begrijpelijke, toegankelijke informatie, op papier én mondeling.
3. **Bekendheid van bestaande voorzieningen vergroten:** Er is al veel beschikbaar, maar mensen weten dat vaak niet. Een communicatiecampagne of centrale plek in de wijk kan helpen.
4. **Geen extra systemen, maar slimme verbindingen:** Er hoeft niet altijd iets nieuws ontwikkeld te worden. Door bestaande structuren (zoals transferpunten, wijkverpleging en sociaal werk) beter aan elkaar te koppelen, kunnen patiënten sneller en gerichter geholpen worden.

Culture diversiteit

Expert: Jaimi Keirouz

Korte punten uit gesprek tijdens presentatie

- Tradities zijn wederzijds: je moet iets geven, mag iets van de ander verwachten. Bijvoorbeeld een hand geven. ‘Een hand heeft meerdere betekenissen’ (niet alleen groeten, maar ook een teken van vertrouwen). En als je geen hand geeft, prima, maar dan is het netjes om het een reactie ‘gelijk’ aan een hand geven te retourneren = bijvoorbeeld hand op het hart en/of buiging.
- Nieuwsgierig zijn naar tradities van anderen is van groot belang --> met vragen stellen en interesse los je heel veel op. Dan bied je de ander de mogelijkheid om uit te leggen hoe de vork in de steel zit.
- Religie is een belangrijk punt waaruit culturele verschillen ontstaan. Maar zeker niet het enige punt.
- Er zijn heel veel verschillende manieren in veel verschillende culturen waarop gegroet wordt. “Moet ik me dan in al die verschillende soorten van groeten verdiepen?”
 - Nee, dat hoeft niet. Nieuwsgierig zijn zou in zo’n situatie kunnen helpen. Maar is soms in een ziekenhuissetting niet mogelijk.

- In de snelle contacten binnen het ziekenhuis is het heel lastig om sensitief te zijn voor culturele verschillen. In langdurige relaties (bijvoorbeeld de ouderenzorg) is dat mogelijk makkelijker. Dan heb je meer en geregelder contact met een persoon.
- Woorden als 'Afghaanse', 'Syrische', 'Joodse', enzovoorts bij een patiëntomschrijving roepen al snel vooroordelen op. Dat kan helpend zijn (als je toevallig de cultuur kent), maar heel vaak werkt het niet helpend. Vooroordelen kunnen het gesprek en de nieuwsgierigheid vertroebelen.
- Cultuur is een van de aller moeilijkste dingen om rekening mee te houden. Iedereen is anders. Iedereen heeft een ander referentiekader voor wat normaal/wenselijk is. Dat kan niet ieder individu in de zorg weten. We kunnen ook niet met alle wensen rekening houden: dat is niet haalbaar.
- Cultuurverschillen bestaan niet alleen tussen verschillende culturen, maar ook binnen culturen zijn grote verschillen. Bijvoorbeeld gezinscultuur. Ieder huishouden heeft andere gewoonten en gebruiken.

Statement van Jaimi: in feite kun je met iedere cultuur omgaan, als je je maar openstelt, nieuwsgierig bent en open het gesprek ingaat.

- Hoe menselijker je met je patiënten / cliënten omgaat, hoe meer je kunt bereiken.
- Mogen ziekenhuizen bij het schenden van 'normale omgangsvormen' (bijvoorbeeld schelden, spugen, disrespectvol gedrag) grenzen stellen?
 - Ja --> Maar soms is de lijn tussen cultuur en omgangsvormen dun.

Hoe kunnen we vanuit ziekenhuiszorg meer rekening houden met culturele diversiteit?

- Heel duidelijk beleid vanuit ziekenhuis bijvoorbeeld: 'er is 45 minuten wachttijd', 'we doen ons best, maar u kunt niet altijd uw zin krijgen'. Dat schept helderheid voor patiënten. Dan weten ze waar ze aan toe zijn.
- Maak duidelijk wat het beleid is binnen de muren van dit ziekenhuis. Communiceer dat ook (en dat is ook al een uitdaging op zich).
- Van belang is dat ook de zorgverlener dan de mogelijkheid heeft om te acteren langs die spelregels. En zich daarin gesteund voelt.
- "Het is ook een keer klaar" (patiënten kunnen te ver gaan). Zeker, maar je moet rekening houden met de benarde positie waarin de patiënt binnenkomt. Hij/zij is ziek.
- Van belang is dat zorgverleners zich bewust zijn dat er iets meer achter een 'eerste reactie' zit. Dat kan cultuur zijn, maar ook gewoon karakter. Mensen kunnen ook gewoon eigenwijs zijn. Mensen zijn allemaal anders. Daar moeten we ons altijd bewust van blijven.

Arbeidsmarkt en ontwikkelingen / TAZ

Experts: Liesbeth Laman Trip, regiomanager Twente

- Aandacht voor verzuim: als je ziek bent of wordt en niet terug kan naar de eigen omgeving, faciliteren
- Eén regio (een werkgeversconstruct): Waarom zou een werknemer in zo'n construct willen werken?
- Regionale samenwerking voor vacatures, werving, selectie en behoud voor de zorg -voorbeeld TOF team: 3 maanden inzetbaar op een plek en TRUFFLE team: diensten draaien in een bepaalde regio: nu op instellingsniveau vertalen naar regio
- Traineeship zorg doorontwikkelen
- Twenteboord gebruiken voor de marketing van alle vacatures vanuit één punt
- Marketingtechnisch zorg profileren als aantrekkelijke sector: vrijheid, flexibel werken etc.
- Stageplekken goed begeleiden door professionele coaches. Begeleiding van stagiaires weghalen van de werkvloer
- Inspelen op eerste prioriteit medisch specialist bij het zoeken van werk: 1e prioriteit ligt bij het gezin van de specialist
- Interessant werkgeverschap model Nedap en Scania als voorbeeld: vertrouwen, autonomie en persoonlijke ontwikkeling. Uitgaan van wat heb jij nodig van je werkgever, leidinggevende?
- Inzet hybride zorg om de vraag naar professionals te verkleinen
- Uniformeren van zorg moet leiden tot minder vraag voor professionals

Voorzorgcirkels

De voorzorgcirkel brengt mensen in wijken en straten bij elkaar, zodat men elkaar kan ondersteunen. Ze hebben ook een signalerende functie en kunnen worden ingeschakeld voor, tijdens en/of na opname in een ziekenhuis. Dit draagt bij aan kwaliteit van leven, zelfstandig leven en minder druk op de zorg.

Nieuwe inzichten

- 1) Het zou helpen als de voorzorgcirkel bekender is bij mensen die ondersteuning kunnen gebruiken. Het voorstel is geopperd dat zorgverleners in het ziekenhuis kunnen verwijzen naar een informatiepunt in het ziekenhuis waar informatie over de voorzorgcirkel te vinden is, zodat dit actief wordt gepromoot als zorgverleners zien dat iemand hulp nodig heeft. Dit zou bijvoorbeeld op de plek kunnen zijn waar ook digitale ondersteuning bij patiëntendossiers wordt verleend: daar zit toch al hulp. Hiermee ontstaat een 'nieuwe voordeur' bij hulpvragen.
- 2) In de wijk zou het helpen als de voorzorgcirkel zelf makkelijk weet wie uit de zorg benaderd moet worden als er echt zorg nodig is. Een schakel voor de voorzorgcirkel, zodat deze niet overbelast raken of met de handen in het haar zitten als er zorg nodig is. Een sociaal makelaar zou hier een rol in willen en kunnen vervullen.
- 3) Het idee was dat inwoners geen informatie over iemand met een ziekte of beperking mogen delen onderling in de voorzorgcirkel of met de zorg. Daarom zou men dit niet of minder doen, maar dit denkbeeld klopt niet. Burgers onderling mogen met elkaar praten over alles, professionals mogen luisteren, alleen deze mogen niet zonder toestemming informatie over een patiënt delen. Met toestemming mag dat wel. Dit leek een obstakel, maar is het dus niet.

RONDE 2 MET EXPERTS

Acute zorg EU-regio

Experts: Anne van der Veen en Geke Heurman, beleidsadviseurs acute zorg

Belangrijkste punten die zijn opgevallen:

Belangrijkste opgaven door de EU-regio:

1. Bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit
2. Zorgcoördinatie
3. Geïntegreerde spoedposten
4. Digitale gegevensuitwisseling
5. Toekomstbestendige geboortezorg

Digitale gegevensuitwisseling

Digitale gegevensuitwisseling is ook bij de EU-regio een uitdaging. Dat heeft met AVG en systeemtechnisch te maken. Dit is een grote belemmering in de samenwerking.

Duitsland

- Er wordt zeker samengewerkt met Duitsland. De zorg in Duitsland is heel anders ingericht. Naar specifieke knelpunten wordt gekeken.
- Duitsland heeft dezelfde uitdagingen in personeelstekorten. Uitwisseling van medewerkers is lastig in verband met het arbeidsrecht. Samenwerking is meer op uitwisseling van patiënten.
- Wat kunnen we leren van Duitsland? Zijn er *lessons learned* uit Duitsland die wij in Nederland kunnen gebruiken?
- In Duitsland worden alle kinderen in het ziekenhuis geboren. Daar heb je niet meer al die kleine partijen. Is dat niet veel efficiënter? Clusteren van personeel. Je ziet nu al dat thuis bevallen niet meer mogelijk is op bepaalde tijden.

Is er sprake van een goede acute zorg in de regio

- Met schaarste aan personeel staat het wel onder druk.
- De focus van de EU-regio ligt in het behouden van personeel, niet op het aantrekken van nieuwe mensen.
- Uitwisseling tussen ziekenhuizen om aantrekkelijk te zijn voor personeel. Dan kan je mogelijk mensen beter te houden.

Personele uitdagingen

- Hoe krijgen we meer mensen binnen de zorg? Volgens Geke zou je moeten kijken naar hoe je meer zorg met minder mensen zou kunnen doen.
- Meer samenwerken op het gebied van medewerkers die niet op de goede plek zitten, bijvoorbeeld ambulance- en SEH-personeel of tussen beide SEH's van verschillende soorten ziekenhuizen. Goed om daar op in te zetten.

Transfer

Experts: Danieke Slagers, transferverpleegkundige ZGT, en Evelien Klein Avink, afdelingsmanager transferpunt MST

Transferverpleegkundigen zorgen voor ondersteuning bij opname en ontslag van patiënten. Zij zijn de schakel met zorgpartners als vervolgzorg nodig is. Belangrijkste taak Transferpunt: nazorg voor verpleegafdelingen voor inzet professionele zorg.

In toenemende mate:

- Krapte - Hoge druk in ziekenhuis op verpleegafdelingen, toename stops in kliniek. Verwachting dat het almaar groter wordt.
- Estafettestokje – je pakt het over als ziekenhuis / hospice. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het stokje doorgegeven kan worden? Wiens verantwoordelijkheid is het?
- Complexiteit aan de voorkant: mantelzorgers komen overbelast binnen.
- Mensen met klein sociaal netwerk, waar kan patiënt naartoe als dit niet naar huis is?
- 'Staat niet in het boekje': medisch maatschappelijk werk betrekken

Uitdagingen die worden genoemd:

- Opnamecapaciteit VVT (personeelsschaarste)
- Labeldiscussies (betaaltitels, zorgkantoor, zorgverzekeraar, aan de poort direct juiste label kost tijd).
- Complexe casussen met multi problematiek
- Steeds kortere opnameduur in het ziekenhuis
- Verwachtingen patiënten en familie

Niet iedere patiënt past in een label!

Nieuwe inzichten

- Mensen helpen zichzelf of samen met hulp beter voor te bereiden op een opname of ontslag, zodat ze meer eigen regie hebben, eerder naar huis kunnen en niet onnodig een bed bezet houden.
 - o Hulp durven vragen hoort hier ook bij: daar ligt een taboe op.
- Zorg is soms net als een estafettestokje: de patiënt wordt doorgegeven ('warm overgedragen') zodat deze niet tussen wal en schip belandt. En soms naar een niet-passende plek, bij gebrek aan beter.
- Meer bekendheid geven aan wat men wél en niet van een ziekenhuis kan verwachten. De realiteit is dat er een tekort aan bedden en medewerkers zijn ten opzichte van de verwachting dat er van alles voor je gedaan wordt.
- Wat als er geen netwerk is? Ondersteuning voor mensen die geen netwerk hebben: eerder de thuissituatie in beeld brengen en versterken (waar mogelijk), zodat men er niet pas bij opname achter komt dat er geen hulp is, een lege koelkast en geen voorzieningen, waardoor naar huis gaan moeilijk is.
- Hoe kom je in het ziekenhuis? Hoe bereid je je voor? Duidelijkheid vooraf is de kern: waar kan je op rekenen? Wat moet je zelf doen? Hoe kan de mantelzorger ondersteund worden zodat je samen meer zelf kan?
- Eenzaamheid is ook een probleem, waardoor mensen minder snel naar huis gaan.

Ideeën van collectief brein

- Vangnet / informele zorg organiseren
- Voorzorgcirkels – helpt bij begeleiden patiënt.
- Noaberschap in de wijk – buurtgeorganiseerde mantelzorg.
- Techniek is geregeld, veel zaken is geen zorg. Afpeilen!
- Vooraf in thuissituatie voorbereidingen treffen.

- Reablement VVT als voorbeeld: Wat kun je nog wel?
- Checklist / duidelijkheid over de route van WLZ
- Mantelzorg ondersteuning
- Yuppen mobiliseren
- Maatschappelijke Dienst Tijd introduceren voor mensen die met pensioen zijn.
- Hulp durven vragen – zorgzaam zijn voor elkaar.
- Bij opname medisch maatschappelijk werk betrekken
- Sturen op ontslag, proactief handelen door artsen. Voor opname al vervolgbed organiseren?
- Mantelzorg netwerk (welzorg) inzetten voor veilige terugkeer naar huis.
- Voor aantal specialismen zijn er MDO's inclusief verpleeghuisarts. Wat is passende zorg?

Urgentie, toekomstverwachting (cijfers)

Expert: Barteld Nanninga

Belangrijkste punten die zijn opgevallen:

Er is vooral gediscussieerd over de oplossingsrichtingen: Wat kan helpen om, ondanks de verwachte krapte zoals getoond in de cijfers, de zorg toch 'in de lucht te houden'?

Oplossingsrichtingen:

- Voor sommige aandoeningen verder reizen
 - o Getoonde cijfers geven richting aan dit anders inrichten: waar grootste personeelskrapte wordt verwacht de zorg op minder locaties / verder weg organiseren.
 - o Bepaalde onderdelen van het zorgpad (bijvoorbeeld radiotherapie met hoge frequentie) moeten wel dichtbij blijven.
- Ethische discussie: Wil je nog geholpen worden? Moeten we alles doen wat kan?
 - o Hiervoor moet meer maatschappelijke aandacht zijn, zodat inwoners nadenken over en bespreken: waar leg ik mijn grenzen? Wat is voor mij kwaliteit van leven?
 - o Hierop kan meer geanticipeerd worden voor specifieke patiëntengroepen (die groepen waar de meeste krapte wordt verwacht)
 - o Artsen moeten meer open staan voor terughoudend beleid in plaats van altijd behandelen
- Taakherschikking/differentiatie
 - o Verschuiving naar Verpleegkundig Specialist / Physician Assistant
 - o Meer door AI
- Technologie: meer zorg op afstand
- Inrichten van oncologisch centrum/ urologisch centrum = concentreren/bundelen van specifieke zorg
 - o Daardoor blijft specialisatie betaalbaar
 - o Daardoor meer weerbaar tegen Zelfstandig Behandel Combinaties (ZBC's) (ZBC's doen aan cherry picking/krenten uit de pap)

Dorpsondersteuners

Experts: Annette en Christien

- Rol van dorpsondersteuner bij preventie: langer thuis, eerder naar huis en van informeel naar formeel te gaan.
- Aandacht voor kwetsbaarheid bij wegvallen van de dorpsondersteuner. Daarmee lijkt de sociale kaart weg te vallen. Dat blijkt in de praktijk niet het geval.
- Transfer van ziekenhuis met behulp van relatie zorgondersteuner
- De vraag te stellen in de zorg: "Is er ook een dorpsondersteuner?"
- Van belang om aan te tonen: wat levert het op?
- In hoeverre kan de dorpsondersteuner de wijkverpleging ontlasten?

- Dorpsondersteuners zijn de tentakels naar buiten en de verbinding tussen ziekenhuis en buitenwereld.

Ethiek

Expert: Addy van der Woerd

Belangrijkste punten die zijn opgevallen:

Na een introductie van geestelijk verzorger Addy van der Woerd buigt de groep zich over de vraag: Hoe kan een keuze die ingaat tegen een grondrecht toch gerechtvaardigd zijn?

Criteria:

- Doelmatigheid: draagt de interventie bij aan het te bereiken doel?
- Proportionaliteit: staan de negatieve gevolgen in verhouding tot de positieve gevolgen?
- Subsidiariteit: is dit de minst schadelijke manier om het doel te bereiken?

De essentie van de dialoog over toegankelijkheid van de zorg die ontstaat is:

- Hoe voer je het goede gesprek met elkaar over dergelijke complexe vragen?
- In gesprek raken we aan de basis, namelijk het grondrecht wat we in Nederland aanhouden dat iedereen in gelijkheid wordt behandeld tenzij er sprake is van spoed of crisis.
- Als we het tekort aan personeel als een crisis omschrijven, wat doet dit met het grondrecht op gelijke behandeling?
- De dialoog legt de vraag bloot dat je de crisis ook op een andere manier kunt oplossen, bijvoorbeeld: we kunnen steeds meer in de zorg, maar moeten we ook alles wat kan, willen doen?
- Gesprekken over wel/niet behandelen in de laatste levensfase zijn belangrijk. De ervaringen van deelnemers dat dit gebeurt in het ziekenhuis lopen uiteen. Addy geeft aan dat hij als geestelijk verzorger gesprekken voert in vakgroepen van medisch specialisten over hoe dit gesprek te voeren met patiënten.
- Daarnaast kan een individuele keuze om een behandeling te volgen impact hebben op de beschikbaarheid (van zorgpersoneel en middelen) voor andere mensen. We raken aan het thema individueel belang versus collectief belang. Een van de aanwezigen: "Geen fratsen bekostigen uit collectieve middelen als dit betekent dat er voor gewone behandelingen geen geld meer is".
- Keuze van wel/niet behandelen mag nooit afhankelijk zijn van productiedruk (iemand behandelen omdat het productieplafond nog niet gehaald is versus niet behandelen omdat het productieplafond is behaald)
- Ziekte voorkomen vraagt van iedereen verantwoordelijkheid te nemen voor eigen gezondheid.

Zorgvernieuwing, Omdenken in de zorg

Expert: Joris Arts

1. Inspiratie uit Win-Win Voorbeelden

Joris Arts start de sessie met aansprekende voorbeelden van win-win situaties buiten de zorg, zoals bij McDonald's en de Efteling. Het voorbeeld van Holle Bolle Gijs laat zien dat slimme oplossingen iedereen voordeel kunnen bieden: kinderen worden enthousiast om afval op te ruimen en de Efteling bespaart op schoonmaakkosten. De centrale vraag is: hoe kan deze denkwijze ook in de zorg worden toegepast?

2. Praktijkvoorbeeld: E-consult bij de huisarts

Een concreet voorbeeld van een win-win in de zorg is het e-consult voor het geven van uitslagen van urineonderzoek bij de huisartsenpraktijk.

- Probleem: Voorheen moesten patiënten rond een vast tijdstip bellen voor hun uitslag. Dat zorgde voor een enorme piekdruk op de praktijk.
- Oplossing: Met het e-consult ontvangen patiënten hun uitslag digitaal, waardoor de piekdruk verdwijnt en de uitslag sneller beschikbaar is.
- Resultaat: Win-win voor zowel praktijk als patiënt: minder werkdruk voor het personeel en meer gemak en snelheid voor de patiënt.

Extra voordeel: Dove patiënten kunnen nu zelfstandig de uitslag lezen, zonder te hoeven bellen. Ook is het mogelijk om e-consults te vertalen via AI of Google Translate, wat de toegankelijkheid voor anderstaligen vergroot.

3. Digitalisering en Arbeidsmarkt

Digitalisering biedt kansen voor de arbeidsmarkt in de zorg:

- Flexibiliteit: Meer digitaal werken maakt het mogelijk om vanaf andere locaties te werken, wat aantrekkelijk is voor zorgpersoneel.
- Efficiëntie: Door digitalisering kunnen zorgverleners zich meer richten op hun kerntaken, en minder op administratieve lasten.

4. Werkplezier en regeldruk

Het werkplezier in de zorg wordt volgens Joris Arts vaak verminderd door een overvloed aan regels en interne protocollen. Veel van deze regels zijn door organisaties zelf opgelegd.

- Advies: Geef zorgpersoneel meer ruimte om mee te denken over werkprocessen en focus op waar ze goed in zijn. Minder tijd aan bijzaken, meer aan directe zorg: 'Handen terug aan zorg'.
- Inspiratie: Kijk hoe andere sectoren (winkels, bedrijven) slimmer werken en vertaal deze ideeën naar de zorg. Bespreek verbeteringen actief met leidinggevenden en neem zelf het initiatief om het werk leuker en efficiënter te maken.

5. Regionale samenwerking en taakverdeling

Meer samenwerking in de regio kan de zorg verbeteren

Betere doorstroom (SEH → Afdeling → VVT instelling/thuis)

- Slimmer verwijzen: Huisartsen kunnen patiënten sneller doorverwijzen naar bijvoorbeeld fysiotherapeuten, waardoor de druk op de huisarts afneemt.
- Taakverdeling: Bepaal samen wat je als organisatie zelf doet, wat je uitbesteedt en wat misschien helemaal niet meer hoeft.

Conclusies

- Bottom-up werken: Betrek medewerkers actief bij het bedenken van oplossingen en verbeteringen.
- Kijk buiten de zorg: Leer van andere sectoren en pas succesvolle werkwijzen toe in de zorg.
- Digitalisering: Zet in op digitale middelen zoals e-consults voor meer efficiëntie, toegankelijkheid en werkplezier.
- Samenwerking: Werk regionaal samen en deel de taken slim om de zorg toekomstbestendig te maken.
- Win-win denken maakt de zorg niet alleen efficiënter, maar ook menselijker en leuker. Door digitalisering, het verminderen van regeldruk, bottom-up innovatie en regionale samenwerking ontstaat ruimte voor betere en toegankelijke zorg voor iedereen.

RONDE 3 MET EXPERTS

Ambulance Oost en triage

Experts: Karsjen Koop en Niels Borst

- Zou een deel van de acute zorg ook thuis kunnen? Verpleegkundig specialisten kunnen 1,5e lijnszorg thuis leveren zodat mensen daarvoor niet meer naar het ziekenhuis hoeven.
- Het verplaatsen van patiënten tussen ziekenhuislocaties is nu inefficiënt. Hoe zou dit anders/beter kunnen?
- Hoe kunnen we medium care ambulances inzetten om de grote 'middengroep' patiënten mee te helpen?
- Idee: app om zelf te videobellen met ambulance; vooral bij medium care, zodat hier geen reguliere ambulance voor nodig is → dit is in ontwikkeling. Specialist in de traumakamer kan dan in een heel vroeg stadium al meekijken.
- Goed kijken welke patiënten door wie vervoerd moeten worden. Nu doen reguliere ambulances soms ook vervoer, ondanks dat ze zeggen dat eigenlijk niet te doen. Hier wordt onder zorgverleners wel over overlegd; richting de toekomst zou dit beter kunnen/moeten.
- Maakt het voor de kwaliteit van zorg uit of er 1 of 2 SEH's zijn in Twente? Dat maakt niet uit. Patiënten kunnen in 1 ziekenhuis terecht: de aanrijtijden zijn hier het knelpunt.
- Als een SEH sluit, moet dat wel radicaal. Patiënt moet het wel willen. In hoeverre kan de patiënt dat nu eisen?

- Kan de triage in de keten efficiënter? Nederlandse Triage Standaard (NTS): focus om ondertriage te voorkomen. Daarom staat het erg ruim. Hoe kunnen we dat stap voor stap bijstellen?
- Zou er ook naar de huisarts of het wijkteam kunnen worden doorgeschakeld? De samenwerking tussen ambulance en huisarts staat nu goed.
- Palliatief team in plaats van ambulance naar laatste levensfase patiënten: hoe wordt dat goed overgedragen?
- Wat kan de rol van AI worden?

Mobiliteit

Expert: Bram van Doorn

Bram van Doorn, voorzitter van de Stichting bijzondere vervoersdiensten radiotherapie, geeft een toelichting op zijn stichting. Hij werkt aan een pilot om het vervoer te regelen voor mensen met kanker die voor radiotherapie van en naar het ziekenhuis moeten reizen. Zijn stichting wil patiënten individueel vervoer bieden met een vaste chauffeur die is opgeleid om patiënten goed te kunnen begeleiden. Daarnaast doet hij onderzoek naar hoe vervoer van invloed is op de gezondheid van patiënten.

De groep inwoners is onder de indruk van zijn warme, liefdadige initiatief en heeft vervolgens gekeken wat de wensen van patiënten zijn ten aanzien van de bereikbaarheid van de ziekenhuizen, hoe die mobiliteit versterkt kan worden en wat er geregeld zou moeten worden.

De conclusie van de deelnemers is dat mobiliteit een cruciale rol speelt in het toegankelijk maken van zorg, vooral als zorg geconcentreerd wordt op een beperkt aantal ziekenhuislocaties. Een goed georganiseerd vervoerssysteem, zoals maatwerkvervoer of een buddy-systeem, kan patiënten helpen om zonder extra stress en obstakels bij het ziekenhuis te komen. Dit is vooral belangrijk voor kwetsbare groepen, zoals kankerpatiënten die dagelijks behandeld moeten worden en ouderen of mensen met een beperking. Comfortabel en gepersonaliseerd vervoer kan bijdragen aan het welzijn van patiënten en mogelijk ook aan hun herstelproces, hoewel dat nog verder onderzocht moet worden.

De deelnemers adviseren om vervoer als integraal onderdeel van het behandelplan (inclusief financiering en organisatie) op te nemen. Niet alleen de fysieke verplaatsing, maar ook de emotionele steun door bijvoorbeeld vrijwilligerschauffeurs die als buddy fungeren, verlaagt de drempel voor patiënten. Een betere bereikbaarheid – denk aan frequente OV-verbindingen, lagere parkeerkosten en korte reistijden – maakt de zorg bovendien inclusiever.

Ziekenhuizen kunnen de toegankelijkheid verbeteren door:

1. **Vervoer op te nemen in het behandelplan** – net als medicatie of nazorg.
2. **Samen te werken met vrijwilligersorganisaties** voor het opzetten van buddy-vervoerprojecten.
3. **Actief te verwijzen naar passende vervoersoplossingen** wanneer patiënten zich melden bij een balie of arts.
4. **Infrastructuur verbeteren** zoals duidelijke bushaltes, parkeerfaciliteiten en interne vervoersopties tussen ziekenhuislocaties.
5. **Mee te denken over bekostiging** door samen te werken met zorgverzekeraars en andere partners om vervoer als zorgkostenpost erkend te krijgen.
6. **Lokaal maatwerk bieden**, afgestemd op de behoeften van specifieke regio's en patiëntengroepen, waarbij bijvoorbeeld ook gekeken wordt naar pendeldiensten tussen ziekenhuislocaties. Een pendelbus zoals tussen Almelo en Hengelo zou ook naar Enschede en retour moeten rijden omdat steeds meer patiënten voor onderzoeken of behandelingen tussen de locaties van MST en ZGT moeten pendelen.

Daarnaast is er een duidelijke oproep aan beleidsmakers en zorgverzekeraars om vervoer structureel te integreren in zorgfinanciering en -organisatie.

Tot slot wordt nog een voorbeeld genoemd van de bloedbank. Door middel van een simpel formulier kun je daar je reiskosten makkelijk declareren. Als tip aan de ziekenhuizen wordt ook genoemd om een maximaal parkeertarief van bijvoorbeeld 2 uur te hanteren. Geef mensen een uitrijkaart als men langer dan 2 uur moet parkeren.

Voldoende zorgprofessionals

Experts: Mayke Ruven en Emiel Trijffel en Jeanine de Regt

Belangrijkste punten die zijn opgevallen:

Demografie is van invloed voor Twente.

Aantrekkelijker maken door:

- Samenwerking MST/ZGT met Universiteit Twente
- Goed/ het beste zijn in onderdelen van zorg.
- Meer laten zien wat we al goed doen, minder bescheiden zijn.
- Eén leerhuis in plaats van twee. Vraag wordt opgeworpen wat dit oplost?
- Innovatief bezig zijn, jongeren aantrekken door zorg te dragen voor huisvesting en ook voor eventuele partner die niet in de zorg werkzaam is. Twente (baanmogelijkheden) aantrekkelijker maken.
- Eventueel bestaande vooroordelen over onze regio helder krijgen en daarop insteken. Twente als regio meer promoten.

Hoe houden we zorgprofessionals binnen boord?

- Insteken op work-life balance om verpleegkundigen binnen te houden in de essentiële jaren waarin er veel verloop is (vanaf 3^e jaar opleiding tot 2 jaar na afstuderen). Ondersteunen in basale werknemersvaardigheden.
- MBO verpleegkundigen ook inzetten → functiedifferentiatie → inzetten op competenties.
- Kortere en flexibeler (modulaire) opleidingstrajecten aanbieden.
- Blijk geven van 'vooruitstrevendheid' trekt mensen aan, zorgdragen voor goede vertaling daarvan naar jongere mensen. Innovatief bezig zijn.
- Ruimte maken in taken met andere woorden: 'doe dat waar je goed in bent'
- 3 vragen stellen:
 - Wat *moet* je oppakken?
 - Wat ga je morgen anders doen?
 - Wat ga je morgen niet meer doen?
- Alleen doen waarvoor je bent aangenomen.
- Technologie als oplossing → hoe krijg je professionals mee? Dit al in de opleiding meenemen.
- Tijd/capaciteit/communicatie voorwaarde voor transitie. Cultuuromslag nodig.
- AI inzetten: bijvoorbeeld voor het voorspellen van post operatieve infecties en het voorspellen of iemand opgenomen wordt (pilot SEH en Acute Opname Afdeling).
- Ontwikkelen 'real time' dashboards (regionale samenwerking ziekenhuizen)
- Professionals ontlasten in administratieve regeldruk.

Integrale aanpak:

- Meer regie geven aan de patiënt
- Technologie als hulpmiddel
- Hybride zorg op afstand
- Professionals optimaal ondersteunen in de (digitale) transformatie
- Regionale samenwerking

Ourmind (EPD, Prisma app)

Expert: Paul Koning

1. Van Sciencefiction naar zorgpraktijk

Paul Koning opent de sessie met een terugblik op het gebruik van spraak door robots in populaire cultuur, zoals de auto KITT uit de serie Knight Rider en de film 'Her'. Wat ooit sciencefiction was, is nu werkelijkheid geworden: spraakherkenning en kunstmatige intelligentie (AI) ontwikkelen zich razendsnel en vinden hun weg naar de dagelijkse zorgpraktijk.

De lancering van ChatGPT in november 2022 heeft deze ontwikkeling versneld. Inmiddels heeft 30% van de Nederlandse bevolking kennisgemaakt met AI-toepassingen. Ook in Twente gebruiken inwoners AI voor uiteenlopende taken als verhalen schrijven, logo's ontwerpen, het verbeteren van teksten, politieke toepassingen en nakijkwerk. Pauls advies aan iedereen: "Begin er gewoon mee!"

2. AI en Spraakherkenning in de Zorg: Concrete Voorbeelden

Paul licht de inzet van AI en spraakherkenning in de zorg toe met diverse voorbeelden:

- Voice AI en Chatbots: Deze systemen kunnen patiënten ondersteunen met informatie en advies, en worden steeds vaker ingezet in de zorg.
- Terabot: Een AI-chatbot die depressieve klachten met 50%, paniekaanvallen met 30% en eetstoornissen met 20% wist te verminderen doordat mensen er op elk moment mee kunnen praten.

Daarnaast wordt het Prisma Netwerk besproken, dat begon als een netwerk van echte mensen en is uitgebreid met virtuele ondersteuning via AI.

3. Spraakherkenning in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD)

Artsen geven aan dat zij behoefte hebben aan minder typen, betere beslisondersteuning, snel toegang tot richtlijnen, efficiënte triage en het eenvoudig beantwoorden van patiëntvragen. Spraakherkenning biedt hiervoor een oplossing:

- AI Scribe: Paul (in deze casus de arts) demonstreert de werking met behulp van een van de aanwezige inwoners die zich even voordoet als patiënt. De arts stelt vragen, de patiënt vertelt zijn verhaal en het systeem zet het gesprek automatisch om in een verslag in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Hierdoor hoeft de arts niet meer te typen, wat de kwaliteit van de documentatie verhoogt en de patiënt het gevoel geeft echt gehoord te worden.

Voordelen:

- Minder administratietijd
- Hogere kwaliteit en volledigheid van dossiers, doordat spraak sneller en uitgebreider is dan typen.
- Minder gebruik van afkortingen, duidelijkere verslaglegging en hogere patiënttevredenheid.
- Directe vertaling naar begrijpelijke taal en andere talen mogelijk, wat de toegankelijkheid vergroot.

Een aanwezige meldt dat haar huisarts deze technologie al gebruikt en er zeer tevreden over is.

4. Wensen van inwoners en artsen

Inwoners geven aan graag begrijpelijke informatie te willen in het patiëntportaal. Ook wordt het belang van uniforme informatievoorziening tussen verschillende zorginstanties benadrukt. Regionale samenwerking is hierbij essentieel.

Artsen willen vooral meer tijd voor de patiënt en minder tijd kwijt zijn aan administratie. Spraakherkenning maakt dit mogelijk door het werkproces te versnellen en te vereenvoudigen.

5. Toekomst: Praten met het dossier en regionale platforms

Paul Koning schetst een toekomst waarin patiënten en zorgverleners via spraak platforms kunnen gebruiken voor advies en informatie. Aan het einde van het jaar wordt hiervoor een regionaal platform verwacht, bijvoorbeeld in de vorm van de BeterDichtbij-app.

Conclusies

- Meer gebruikmaken van spraakherkenning: Dit verhoogt de kwaliteit van verslaglegging, bespaart tijd en verbetert de relatie tussen arts en patiënt.
- Eenduidige informatie in de regio: Werk samen aan uniforme, begrijpelijke informatie voor patiënten.
- Toegankelijke platforms: Ontwikkel regionale digitale platforms waar patiënten eenvoudig (al pratend) advies kunnen vragen en informatie kunnen krijgen.

Spraakherkenning en AI zijn geen toekomstmuziek meer, maar bieden nu al grote voordelen voor zowel zorgverleners als patiënten. Ze maken de zorg efficiënter, toegankelijker en menselijker, mits er aandacht blijft voor privacy en regionale samenwerking

Samenspel in zorg (mantelzorg, regie)

Expert: Marcel Garritsen

Belangrijkste punten die zijn opgevallen:

- Mensen herkennen zich niet als mantelzorger: ze vinden het heel normaal wat ze doen. Maar dan ben je ook niet in staat om ondersteuning voor jezelf te zoeken. Bewustwording dat je mantelzorger bent, is dus heel belangrijk.
- Wie zorgt er voor de mantelzorg in het ziekenhuis? De medisch specialist zorgt voor de medische overdracht, maar er moet ook oog zijn voor de mantelzorger. Rol van de verpleegkundige/casemanager, breder kijken dan alleen de patiënt.
- Meer aandacht in de ziekenhuizen voor mantelzorgers met een soort van coördinatiecentrum. Gemeente samen met ziekenhuizen en andere zorginstellingen moeten dit naar zich toe trekken. Samen met alle drie de ziekenhuizen in de regio één informatiepunt voor mantelzorgers.
- Alle afdelingen/medici binnen de ziekenhuizen zijn alleen maar bezig met hun eigen specialisatie. Ze werken met oogkleppen en in een tunnelvisie en er mist een meer generalistische blik.
- Advies aan ziekenhuizen: transfer is heel erg gericht op de formele zorg (welke zorg moet ingeregeld worden zodat een patiënt naar huis kan). Graag ook aandacht voor informele zorg (voor mantelzorg). Dan voorkom je ook draaideur patiënten en heb je het goed ingeregeld na ontslag. Investeren in nieuwe functie: zorgcoördinator voor informele zorg. Dat goed scheiden van elkaar, maar intensief samenwerken randvoorwaarde.
 - Er is sprake van een investering, maar die heb je er heel snel weer uit.
- Inzetten van ervaren mantelzorgers om nieuwe mantelzorgers te begeleiden.
- Meer tijd voor gesprekken, zodat ook de sociale kaart helder in kaart gebracht kan worden. Dat voorkomt draaideur en komt ten goede aan de kwaliteit van zorg.
- Te veel informatie, oerwoud van informatie. Minder informatie, maar wel duidelijk.
- Investeren in mantelzorgers is een must voor nu en de toekomst! Mantelzorgers expliciet opnemen in de programma's over positieve gezondheid.

Kwetsbare ouderen, ketenproces

Expert: Anniek Rutterkamp

Belangrijkste punten die zijn opgevallen

- Inrichting zorg voor ouderen in beide ziekenhuizen is momenteel anders. ZGT heeft afdeling geriatrie, MST niet. In MST liggen ouderen 'door het hele ziekenhuis' en werken ze met internisten ouderengeneeskunde. Op de SEH is er in ZGT een 'Senior Check SEH'. Dat is een geriatrieverpleegkundige die op de SEH meekijkt bij 70+ers. Waarom is dit niet ook zo in Enschede?
- Gesprek over wat mensen nog willen (qua zorg) moet je vroeg al bespreken (huisarts, eerder in de keten). Niet pas in het ziekenhuis.
- Specialist ouderengeneeskunde / geriater in de eerste lijn (samen met huisarts) die al betrokken is bij de 'oudere patiënt' kan mogelijk voorkomen dat patiënt naar het ziekenhuis gaat of in ieder geval dat het gesprek over 'wat wil een patiënt nog' eerder gevoerd wordt. En niet pas in het ziekenhuis zelf.
- Huisartsentekort is schrijnend (onder andere door omvallen CoMed). Werelden van eerstelijnszorg en ziekenhuis moeten dichter naar elkaar toekomen. Maar hoe? Dat is een goeie vraag.
- In de dementiezorg heb je casemanagers. Is dat niet ook iets voor 'de oudere patiënt'?
- Een voorbeeld ergens in Nederland: een 'dorpsondersteuner'. Dat is een facilitator die over allerlei facetten van het leven van ouderen op de hoogte is. Die weet in welk netwerk iemand zit en kan informeren of dat netwerk kan helpen als de oudere patiënt ziek is / in het ziekenhuis belandt.
- Patiënt met een beroerte en dementie: dat is heel ingewikkeld. Patiënten raken klem tussen 'somatische zorg' (door beroerte/CVA) en geestelijke zorg (dementie). Vergoedingsstromen werpen hier barrières op.
- Ethische discussie over 'hoe ver gaan we?' moeten we eerder voeren. Maar ook vanaf de andere kant "wat wil ik nog?" moet eerder gevoerd worden. Niet pas in ziekenhuis. Bij de huisarts, maar misschien wel nog eerder gewoon in de maatschappij.

- “Een net gepensioneerde wil helemaal niet praten over de dood/ziek worden”, die wil “eerst 5 jaar feesten en reizen”. Daarna zie je ze pas weer terug. Een gesprek voeren over ziek worden met iemand die dat niet wil, werkt niet. Het is een maatschappelijke opgave om dat gesprek eerder te kunnen starten.
- Op beamers in spreekkamer boodschappen als “denk na over uw toekomst” kan helpen bij het faciliteren van deze discussie.

PLENAIRE TERUGKOPPELING

Lea vraagt waar aanwezigen de ‘win-win’ hebben gehoord waar Joris Arts het in het begin over had. Wiens idee is er vanavond verrijkt.

Uit de zaal: Ik ben angst gekregen over de AI (*artificial intelligence*). De hele zaal was blij, er kan van alles. Ik ben er juist een beetje bang van geworden. Angst voor het onbekende.

Uit de zaal: Ik zag juist kansen. Medici en verpleegkundigen klagen over administratieve taken. Dit is een manier om die drastisch te verminderen, zodat je meer tijd overhoudt voor persoonlijk contact.

Uit de zaal: Ik vond het fantastisch. Niet alleen over de zorg maar ook veel breder. Ik werk bij een gemeente: wat kan daar allemaal gebeuren als je de voordelen van AI toepast. Hoe kunnen we de burgers veel beter bereiken?

Paul Koning is de expert van die ronde.

Paul: “Ik heb de meest positieve versie van AI en Spraakherkenning laten zien. Je bent als zorgverlener in gesprek met je patiënt. Je kan elkaar aan blijven kijken. AI slaat alles op en vat samen. Jij als zorgverlener kijkt het na en het komt in het dossier. De administratieve lasten gaan omlaag, het werkplezier omhoog net als de kwaliteit van het verslag én de transparantie.” “Daarnaast is het verbazingwekkend hoeveel mensen hier al ChatGPT en AI gebruiken. Ik had hiervoor een workshop met zorgverleners en daar is het gebruik beduidend lager.”

Uit de zaal: Ik zat bij de expert over de voorzorgcirkels. Heel inspirerend en mooi om te zien dat het oude concept van Naoberschap weer opnieuw tot leven wordt gewekt. Dat zou veel meer aandacht moeten krijgen.

Lea: Hilde, jij hebt dit idee weer verrijkt vanuit de ziekenhuizen. Kan jij daar iets over vertellen?

Hilde: Naoberschap vindt plaats in de wijken, straten en kleine buurten. We moeten daarin ook verbindingen maken met de zorg, ervoor zorgen dat die lijntjes goed lopen. Met veel zorgorganisaties in Twente zijn we op dit moment een plan aan het maken om de verbinding tussen voorzorgcirkels en de zorg te leggen. Vandaag kwam ik erachter dat we in dat plan nog een stukje missen: de sociaal makelaar zie: ik ben die verbindende schakel tussen de voorzorgcirkel en de zorg. Zo kom je dus verder met elkaar.

Uit de zaal: De expertsessie over de ambulancezorg was heel interessant. Erg nuttig om te horen hoe dat werkt en hoe het in elkaar zit. Bijvoorbeeld over hoe ze nadenken over de bereikbaarheid in de regio, samen wordt gewerkt en wat er allemaal die samenwerking zit. Ik had nog wel een uur willen doorpraten!

Uit de zaal: Als we op deze manier bezig gaan met de toekomst van ziekenhuiszorg, dan gaan we een goede toekomst tegemoet.

Uit de zaal: Wat mij opviel: was dat iedereen goed is in het lokaliseren van problemen en daarna stopt het. Hoe ga je het oplossen? Ja, dat weten we niet. Die boodschap ving ik op vanuit meerdere sessies.

Uit de zaal: Ik ben tot bepaald inzichten gekomen. Alle adviezen zijn nu groot en breed, die moeten we concreter en realistischer maken. Er valt veel winst te behalen in de transfer van ziekenhuis naar thuis of een andere zorglocatie: winst voor het welbevinden van de patiënt en zeker ook voor de mensen daar omheen. Transfer is preventie in de nazorg: als je zorgt dat de nazorg aangescherpt, breder en duidelijker wordt, zorg je ook voor preventie en minder kosten.

AFSLUITING EN VERVOLG

Lea vraagt Jan den Boon naar zijn reflectie op de avond. “Wat viel je op? Wat heb je geleerd?”

Jan: We moeten aan de bak om de sector op arbeidsmarkt te vernieuwen: er samen een swingende sector van maken. Een andere expertsessie die ik heb bijgewoond, ging over demografie en de ontwikkeling van ziektes. Dat was zwaar kauwen maar het zijn inzichten die laten zien hoe we verder komen. Daar ligt niet alleen een opdracht bij het ziekenhuis maar ook in thuissituatie en in de eerstelijnszorg. Het is een gezamenlijke uitdaging waar we ook samen de oplossing in moeten vormen. De laatste ging over de Ambulancezorg. Wat een mooie tak van de gezondheidszorg is dat. Zij hebben vergelijkbare problemen en werken hard, ook met innovatie, om die aan te pakken.

Jan: Dank weer voor jullie inbreng en enthousiasme. Het was een hele inspirerende avond. Hilde en ik gaan het missen als deze dialoogbijeenkomstenserie stopt. De sfeer is zo goed. Ik vermoed dat er reünies gaan komen ;-).

De volgende bijeenkomst is op **donderdag 15 mei van 17:00 – 21:00 uur.**

Vragen of opmerkingen? Laat het ons weten via irene@burdebouwmeester.nl.

Tot 15 mei!