

## Verslag Praat Mee Tafel 2 – Zorg in de Mijnstreek 16 januari 2024 – De Oase, Sittard

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

In september 2023 hebben Zuyderland en zorgverzekeraar CZ beloofd met verschillende mensen te praten over de toekomst van 'de Zorg in de Mijnstreek'. Er is ook een zogenaamde 'Regietafel' opgericht met bestuurders vanuit verschillende organisaties, zoals Zuyderland, CZ, Burgerkracht Limburg, huisartsen en Ambulancezorg Limburg. Zij willen graag van jou weten wat belangrijk is voor burgers van de Mijnstreek als het gaat om zorg en gezondheid.

**Doel van de dialoog bijeenkomsten** is om stap voor stap op te halen wat burgers willen, waar ze zich zorgen over maken, welke ideeën ze hebben en wat mogelijkheden zijn. Zodat we samen tot slimmere antwoorden komen. En deze vanuit het perspectief van burgers onderdeel is van het toekomstplan (scenario) dat wordt gemaakt.

Hoe dit toekomstplan (scenario) wordt gemaakt is toegelicht tijdens de bijeenkomst. Een vervolg toelichting hierop en wat de rol van de regietafel hierin is, zal tijdens de volgende dialoog op 27 februari worden toegelicht door hen. U heeft hier ook terecht naar gevraagd.

### MET IEDEREEN BESPROKEN

|  | pagina |
|--|--------|
| Welkom en inleiding door Lea Bouwmeester ..... | 1      |
| Burgerkracht Limburg – Han von den Hoff .....  | 1      |
| Ronde 1 en 2 - In gesprek aan tafels .....     | 2      |
| Ronde 3 – In gesprek aan tafels .....          | 2      |
| Ideeën delen .....                             | 2      |
| Vervolgproces .....                            | 3      |

### IN GROEPEN PER TAFEL BESPROKEN

|   |    |
|---|----|
| Uitwerking per tafel – ronde 1 en 2 ..... | 5  |
| Uitwerking per tafel – ronde 3 .....      | 15 |

## Welkom en inleiding – Lea Bouwmeester

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

### Vorige bijeenkomst

Op 12 december 2023 vond in Heerlen de eerste Praat Mee Tafel plaats. Een groot deel van u was daarbij. U heeft daar bepaald wat de belangrijkste vragen zijn als het gaat over de toekomst van gezondheid en zorg in Zuid-Limburg:

1. Hoe zorgen we ervoor dat iedereen tijdige toegang heeft tot acute zorg?

2. Hoe zorgen we ervoor dat niet-acute (=planbare) zorg goed bereikbaar is voor iedereen?
3. Hoe zorgen we ervoor dat de organisatie van zorg (over de gehele keten) goed samenwerkt met jou, andere professionals en je omgeving?
4. Hoe verminderen we zorgbehoefte en bevorderen we gezondheid en geluk?
5. Hoe zorgen we dat er genoeg mensen in de zorg werken, zelfs als er in heel Nederland niet genoeg personeel is? Welke andere ideeën kunnen we bekijken?

**Vandaag** bouwen we voort op alle wensen, behoeften, zorgen en ideeën die toen zijn opgehaald. We bouwen allemaal aan een gezamenlijke uitkomst. We brengen kennis van mensen bij elkaar om tot slimmere antwoorden. Dat doen we in drie rondes:

1. Van algemeen vraagstuk naar specifieke probleemstellingen.
2. Van concrete vraag naar eerste ideeën voor een antwoord.
3. Wie of wat kan het idee verrijken?

## **Burgerkracht Limburg – Han von den Hoff**

Han von den Hoff, directeur Burgerkracht Limburg, dankt iedereen voor de aanwezigheid. Burgerkracht Limburg zorgt ervoor dat Limburgers een stem krijgen over onderwerpen die hen aangaan. Zij zorgen ervoor dat alles wat besproken wordt tijdens de Praat Mee Tafels serieus wordt meegenomen naar de Regietafel.

Deel vanavond je eigen verhaal, je angst, je plan, je ervaring, je mening, je idee om daarmee richting en kleur te geven aan de toekomst voor gezondheid en zorg in de Mijnstreek. Voel je veilig om je stem te laten horen én draag bij aan die veiligheid door ook naar het geluid van een ander te luisteren. Help elkaar, stel je kwetsbaar op en geef ruimte aan anderen.

## **Uitwerkingen per tafel – Ronde 1 en 2**

Alle conclusies van de tafelgesprekken voor ronde 1 en 2 zijn te vinden op pagina's 5 t/m 14.

## **Uitwerkingen per tafel – Ronde 3 Wie of wat kan het idee verrijken?**

Alle suggesties in ronde 3 per tafel zijn te vinden op pagina's 15 t/m 20.

Lea vraagt als voorbeeld een expert die aanwezig is of een van zijn collega's bij de volgende bijeenkomst aanwezig kan zijn. Jeroen van Tilburg, bestuurder AmbulanceZorg Limburg bevestigt dat zij erbij zijn. "Ik hoor dat er veel vragen over spoedzorg zijn: triage, meldkamer, huisarts en nog veel meer. Als je hier van de deur wordt aangereden, brengt de ambulance je vaak al naar Maastricht. Er zijn al veel overwegingen die helpen bij adequate en slimme oplossingen."

## **Ideeën delen**

Lea vraagt welke tafel één van hun ideeën wil delen.

In een ziekenhuis in Japan krijgen bodybuilders gratis eiwitpoeder en mogen ze 's avonds gratis trainen. In ruil daarvoor helpen ze patiënten uit bed tillen. Laten we Arnold Vanderlyde uitnodigen!

Wij willen met een ambulanceverpleegkundige spreken. Wat kunnen zij nu allemaal in de ambulance? En wat denkt hij/zij dat zij eventueel nog meer kunnen doen in de toekomst? Hoe ver gaat bijvoorbeeld hun specialisatie in acute hartzorg? Kunnen ze langere aanrijdtijd overbruggen? Hoe goed kunnen ze ter plekke stabiliseren?

Ons idee is om het UWV uit te nodigen. Hoe kunnen zij helpen in de bemiddeling bij mensen die arbeidsongeschikt zijn maar wel vrijwilligers werk willen en kunnen doen, zonder gekort te worden op hun uitkering.

Daarnaast zouden we gepensioneerden terug op de werkvloer willen vragen om hun kennis en ervaring in te zetten, bijvoorbeeld in het begeleiden van stagiaires en mensen in opleiding. De kracht van levenswijsheid benutten. Het Oudzandbureau uit Brabant werd genoemd als expert hierin.

Er is een systematisch wantrouwen tussen de overheid en burgers. Wij hebben de indruk dat Kim Putters ons kan helpen met het analyseren van dat vraagstuk.

De ANWB alarmcentrale wereldwijd heeft een scala aan samenhangende problemen die ze binnen no time opgelost krijgen. Zij kunnen ons ook inspireren.

Marcel Levi heeft ideeën over het bevorderen van gezondheid en geluk. Scandinavië loopt daarin ook voor. Mensen die boeken hebben geschreven: over ouderengeneeskunde (hoe neem je regie op je leven?) en over je levensgeluk terugnemen.

Met beslissers van Wlz, Wmo en Zvw willen wij filosoferen over meer lumpsum financiering, meer verantwoording op de werkvloer en minder productie x kwaliteit. Het Zorginstituut Nederland is het overkoepelend orgaan maar het zorgkantoor geeft regionaal een eigen invulling. Kan het Zorginstituut out-of-the box denken over een regionale proeftuin in de Mijnstreek over hoe je zorg en financiering anders zou kunnen inrichten?

Wij willen juist voorbeelden uit de regio aandragen. Huisarts Hans Peter Jung die door een andere manier van zorg aanbieden aan zijn patiënten zorgt voor minder ziekenhuisverwijzingen en betere zorg.

Sociale cohesie missen we tegenwoordig. Welke organisatie doet daar iets mee en zorgt voor meer respect en begrip voor elkaar. Nederland zorgt voor elkaar is te landelijk. We willen meer plaatselijk zoals Noaberzorg Nederland.

Er wordt veel verwacht van preventie, maar we moeten oppassen dat niet iedereen die wat dikker is meteen een stempel krijgt dat hij of zij verkeerde voeding gebruikt of heel veel eet. Dat kan ook medische redenen hebben. Preventie en gezondheidscentra zijn erg belangrijk. We moeten mensen voorlichten en informeren zodat daar veel meer gebruik van wordt gemaakt.

Eén deelnemer merkt op: "Het lijkt erop dat veel mensen die hier aanwezig zijn, gedreven worden door een angst dat er misschien iets gaat gebeuren met de spoedzorg in Heerlen. Kunnen we hier dan wel de juiste discussie voeren of is er een selectiebias?" Lea geeft aan dat breed is uitgenodigd en juist gekeken is dat iedereen uit de hele Mijnstreek komt. Daarnaast vinden er in februari en maart ook vele kleinere gesprekken en dialogen plaats in de wijken juist met mensen die niet naar deze bijeenkomsten komen.

Bij verschillende tafels komt steeds de vraag terug wat de mening van ziekenhuis Zuyderland is. Kan iemand motiveren waarom ze toen voor dat scenario hebben gekozen? Lea geeft aan dat het gaat om de toekomst van gezondheid en zorg in de Mijnstreek en wat daarin de rol van het ziekenhuis is. We kunnen zeker het Zuyderland uitnodigen om te vertellen wat de huidige stand van zaken is.

## Vervolgproces

We hebben veel kennis gedeeld en een volgende stap met elkaar gezet. Iedereen krijgt een verslag en uitwerking van alle tafels van deze bijeenkomst.

Wij gaan aan de slag om te kijken wie van jullie suggesties aanwezig kunnen zijn op de volgende bijeenkomst. Deze is op **dinsdag 27 februari 2024, 17:00 – 21:00 uur in Heerlen**. Denk en doe dan weer mee en reserveer die datum en tijd alvast in uw agenda!

Wat hebben we gedaan en wat gaan we nog doen?

De komende maanden organiseert Burgerkracht Limburg nog drie grote Praat Mee Tafels plaats in Sittard en Heerlen. Ook worden er kleine gesprekken in gemeenten en wijken georganiseerd. De Praat Mee Tafels en gesprekken zijn onderdeel van het proces van Zuyderland en zorgverzekeraar CZ om gezamenlijk een toekomstscenario te ontwikkelen voor de 'Zorg in de Mijnstreek'. Burgerkracht Limburg zit namens de burgers aan tafel en toetst deze toekomstscenario's op basis van de uitkomsten van de Praat Mee tafels en gesprekken.

1. Praat Mee Tafel 1 – 12 december 2023: Thema's ophalen
2. Praat Mee Tafel 2 – 16 januari 2024: Thema's verder verdiepen
3. Praat Mee Tafel 3 – 27 februari 2024: Experts erbij halen: welke kennis willen jullie aan tafel laten aansluiten?
4. Praat Mee Tafel 4 – 18 maart 2024: Welke kant gaat het op? Welke scenario's zijn er?
5. Finale Praat Mee Tafel 5 – 9 april 2024: Overzicht van wensen, behoefte en ideeën in relatie tot het scenario. Totaaloverzicht wat waar samenkomt.

Daarnaast vinden ook gesprekken in de wijken plaats en hopen we dat zoveel mogelijk mensen mee praten via de digitale praat mee tool.

Als u vragen, ideeën of suggesties heeft: laat het ons weten! Dan kunnen we er iets mee. [praatmee@burgerkrachtlimburg.nl](mailto:praatmee@burgerkrachtlimburg.nl)

## BIJLAGEN

### Uitwerkingen per tafel – Ronde 1 en 2

#### 1. Hoe zorgen we ervoor dat iedereen tijdige toegang heeft tot acute zorg?

Tafels: 1, 6 en 11

| Over welke mensen gaat het specifiek? In welke situatie?   | Hoe zouden zij geholpen zijn? Welke concrete ideeën zijn er?   |
|--|--|
| Mensen die (complexe) acute zorg nodig hebben in levensbedreigende situaties (hartinfarct, hersenbloeding etc).  | Deze acute zorg is tijd kritische zorg (elke seconde telt). Er is een risico dat mensen zelf (of met naasten) gaan reizen omdat ze niet willen wachten op een ambulance met risico's voor veiligheid van patiënt en weggebruikers.<br><br>Zij zijn geholpen met een ambulance die zo snel mogelijk op locatie is (binnen de landelijke normen die daarvoor staan) en daarna zo snel mogelijk in een ziekenhuis is dat toegerust is om de zorg te leveren die nodig is in deze levensbedreigende situaties. Bij voorkeur voor alles op beide locaties. Indien dit niet haalbaar is moet de locatiekeuze gebaseerd worden op omvang zorgvraag (#inwoners x gezondheidsstatus) en gemiddelde reistijd voor alle inwoners. |
| Mensen die urgent zorg nodig hebben. Urgente zorg is zorg die niet kan wachten tot de volgende (werk)dag (veel pijn, niet pluis), maar niet levensbedreigend is. | Zij zijn het meest geholpen met een goede en snelle triage op afstand. Vervolgens is nabijheid minder belangrijk dat beschikbaarheid van de zorg die op basis van triage geadviseerd wordt. Mensen die eigen vervoer hebben kunnen zelf (met naasten) reizen. Voor mensen die geen vervoer hebben zal taxivervoer direct geregeld moeten worden. Deze kosten kunnen in principe zelf gedragen worden. Wel is een vangnet nodig voor mensen die dit niet kunnen dragen.   |
| Mensen die <u>onterecht op de HAP/SEH</u> komen  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Goede triage vooraf voor iedereen die belt</li> <li>- Duidelijk krijgen dat bij niet-spoed vragen de huisarts overdag moet worden benaderd --&gt; bewustwording/voorlichting</li> <li>- Zorgen dat ze bij avond bellen afspraak voor dagpraktijk kunnen maken</li> <li>- Een centraal telefoonnummer voor alle zorgvragen, dit zou eventueel ook in de wijk kunnen</li> </ul>   |
| Mensen <u>met een niet-levensbedreigende zorgvraag</u>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelijk zorg op de juiste plek (dus niet heen en weer wisselen tussen Heerlen en Sittard)</li> <li>- Als ze geen eigen vervoer hebben: ligtaxi</li> <li>- Huisartsen die hun visites gespreid over de dag rijden. Daardoor spreiden we de instroom</li> <li>- De zekerheid dat er specialistische achterwacht is</li> <li>- Oplossing voor vervoer of overnachten partner</li> </ul>   |
| Mensen <u>met niet-levensbedreigende zorgvraag</u>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulance op tijd</li> <li>- Op tijd bij SEH/IC</li> <li>- Eigen vervoer vermijden (zo voorkom je dat ze te lang rijden en naar verkeerde plek rijden)</li> <li>- Vergroten reanimatienetwerk</li> </ul>  |
| Mensen die levensbedreigend acute zorg nodig hebben (elke minuut telt)   | zij worden geholpen met acute zorg op de BESTE plek. Dit moet op een goede centrale plek zijn. Die keuze moet niet gemaakt worden op basis van wat er al is. "Daar waar de meeste brand is moet de brandweer staan". Men vindt   |

|  |   |
|--|---|
|  | het niet eerlijk dat, bij deze fusie, dan minder ziekenhuizen zijn in Limburg dan in Nederland en er is daarom onbegrip waarom dit dan verminderd moet worden.  |
| Mensen die levensbedreigend acute zorg nodig hebben en verder weg van de IC wonen                      | zijn geholpen met ambulances die 'halve IC's zijn'. Tijd is dan minder belangrijk, als de kwaliteit maar goed is. Mensen zijn geholpen als er dan ook een arts mee is in de ambulance.  |
| Mensen die alleen wonen en zich zorgen maken EN mensen die niet weten welke zorg ze nodig hebben       | zijn geholpen met een noodnummer voor de zorg. Een geïntegreerde meldkamer  |
| Mensen die zelf veel ervaring hebben met hun ziekte of een ziekte van de naasten                       | zijn geholpen met zelfverwijzing.   |
| Mensen die acute zorg nodig hebben die niet levensbedreigend is  | zijn geholpen als ze beter geïnformeerd worden waar ze aan toe zijn: hoe lang wachten?  |
| Mensen die in een ambulance zitten en niet weten naar welk ziekenhuis ze gebracht worden + hun naasten | zijn geholpen met informatie over waar ze naartoe gebracht worden.  |
| Mensen die niet gereanimeerd willen worden   | zijn geholpen als mensen hen dan ook niet reanimeren. Dit schijnt toch voor te komen, bijvoorbeeld vanuit geloofsovertuiging.   |
| Mensen met mentale problemen   | zijn geholpen als ze niet met een ambulance hoeven worden opgehaald maar met ander vervoer naar de juiste zorgplek gebracht worden.   |
| Mensen die naar de huisartsenpost/IC moeten en geen vervoer hebben                                     | zijn geholpen met vervoer heen, en vooral TERUG. Ideeën:<br>- Automaatje ANWB voor acute zorg vervoer naar huis<br>- Spoedvervoer met omnibus onderbrengen. Laagdrempelig houden = geen pasje.<br>- Vlinder vervoer ook voor ziekenhuis inzetten<br>- Is blijven in het ziekenhuis (hotelvoorziening) een optie? Burgers denken dat het mogelijk te duur is<br>- Vrijwilligers die 's nachts kunnen rijden.<br>- Huis van de wijk in Geleen<br>- Sociale kaart in Almere is een goed voorbeeld.<br>- Helpboekje van Kerkrade werd genoemd dat dit voor dit vraagstuk onvoldoende werkt. Er staat bijvoorbeeld niet in: wat moet je 's nachts doen als je je niet goed voelt?<br>Aandachtspunten:<br>1. Het moet praktisch zijn: het kan niet zo zijn dat je van dorp naar dorp moet om uiteindelijk een keer in het ziekenhuis aan te komen. Ook wordt aangegeven dat de bereikbaarheid op sommige plekken slechter is dan wordt gedacht, bijv. i.v.m. file.<br>2. Betaalbaar: er is verdeeldheid over wie dit vervoer moet betalen |
| Mensen die dementerend zijn en op de IC liggen   | moeten kunnen doorstromen vanuit acute zorg.  |

Overige punten/meningen:

- Men wil niet dat de acute zorg in Heerlen sluit. Als dat besluit (of een dergelijk besluit) toch genomen moet worden, dan zijn bovenstaande oplossingsrichtingen.
- Welke zorg is waar ingekocht?
- Visie moet openbaar/transparant zijn
- Als je HAP en SEH uit elkaar haalt, is het een serieus risico dat huisartsen het zekere voor het onzekere nemen en sneller doorverwijzen naar de SEH (die dus elders is). Dat zorgt dus voor een toename van SEH-bezoeken.

- Wanneer je SEH/IC/Kliniek sluit, is dat het begin van het einde voor het Zuyderland (ervaring in de regio en rest van Nederland). Zorgcoördinatie: als er wel een vorm van kliniek is zal dat risico minder groot zijn.

## 2. Hoe zorgen we ervoor dat niet-acute (=planbare) zorg goed bereikbaar is voor iedereen?

Tafels: 2, 7

Overkoepelende / algemene reacties rondom dit vraagstuk

- Verwachten verschuiving: Zelf naar zorg toe (vroeger) versus zorg komt naar jou toe (toekomst?)
- Belangrijk is 'ons kent ons': vroegsignalering, coördinatie van en zichtbare schakel tussen zorgvraag en oplossing

Planbare zorg:

- Zien verschil tussen:
  - o Eenmalige behandelingen / interventies waarvoor het geen probleem is om verder te reizen voor juiste specialist
  - o Regelmatige controles voor bv chronische aandoening. Dan is dit vraagstuk meer een probleem, dus daar op focussen.

| Over welke mensen gaat het specifiek? In welke situatie?   | Hoe zouden zij geholpen zijn? Welke concrete ideeën zijn er?  |
|--|---|
| <p><u>Probleem: Beperkte toegang tot vervoer</u><br/>Mensen die ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie: Ouderen die minder mobiel zijn, met beperkt sociaal netwerk, geen eigen vervoer hebben of iemand die voor hun kan rijden. Niet mobiel genoeg zijn om van huidige OV diensten gebruik te maken.</li> <li>- Situatie: die naar een ziekenhuisafpraak (controle / onderzoek / consult) toe moeten of bij familie op bezoek willen gaan</li> </ul> | <p>Zijn geholpen met ....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buurtbus / ziekenvervoer</li> <li>- Mogelijkheid tot aanvragen van ritjes tegen <u>acceptabele</u> prijs</li> <li>- <u>Thuis</u> opgehaald en gebracht worden (over de drempel)</li> <li>- Bij inplannen afspraak / verwijzer (bv. HA praktijk) zou men al moeten signaleren of dit een probleem is. Vragen: krijgt u dit geregeld / lukt dit voor u? En zo niet, dan naar juiste hulpvoorziening verwijzen (geldt voor vervoer maar ook voor digitaal stuk)</li> <li>- Waar nodig maatwerk / alternatieven</li> <li>- Ander uiterste: Mensen het zelf laten oplossen (zijn heel creatief, want het lukt vaak toch ook wel).</li> <li>- Goede OV infrastructuur aanleggen</li> </ul> |
| <p><u>Probleem: Afhankelijkheid van digitale vaardigheden</u><br/>Mensen die ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie: Ouderen, laaggeletterden, allochtonen</li> <li>- Situatie: Digitale afspraken maken, consult op afstand, online patiëntendossier, thuismonitoring</li> </ul>  | <p>Zijn geholpen met ....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensen meenemen in digitale ontwikkelingen</li> <li>- Onderwijs vanuit het professionele domein</li> <li>- Steunpunten inrichten</li> <li>- Telefonische helpdesk, waar een persoon je stap voor stap meehelpt (menselijke maat is belangrijk)</li> <li>- Bij verwijzer (bv. HA praktijk) zou men al moeten signaleren of dit een probleem is. Vragen: krijgt u dit geregeld / lukt dit voor u? En zo niet, dan naar juiste hulp verwijzen (geldt voor vervoer maar ook voor digitaal stuk)</li> </ul>   |
| <p><u>Probleem: Moeten wachten op hulp / geplande afspraak (wat is de echte hulpvraag en een passend antwoord?)</u><br/>Mensen die ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie: Chronisch zieken, ouderen, laaggeletterden</li> </ul>   | <p>Zijn geholpen met ....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergens met vraag terecht kunnen (mogelijk ook digitaal?)</li> <li>- Persoonlijke aandacht en geruststelling!</li> <li>- Toegang tot deskundigheid</li> <li>- Méér gemeenschapszin</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situatie: Zijn onder behandeling maar hebben een aanvullende zorgvraag / situatie veranderd / er gebeurt iets waarvoor ze hulp vragen. Mensen kunnen ongerust en onzeker worden als ze lang moeten wachten op een afspraak. Daarnaast kunnen klachten verergeren (waardoor planbare zorg acute zorg wordt) of kan het zijn dat zorg daardoor gemeden wordt.</li> </ul>  |  |
| <p><u>Probleem: Onbekendheid met de mogelijkheden die er al zijn</u><br/>Mensen die ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie: ouderen, laaggeletterden, allochtonen</li> </ul>   | <p>Zijn geholpen met ....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zie antwoorden op de andere problemen, zoals signaleren bij verwijzing/afpraak plannen</li> <li>- Steunpunt of aanspreekpunt organiseren in de wijk / buurthuizen, om mensen op weg te helpen</li> <li>- Duidelijke communicatie en informatievoorziening, die actueel is, makkelijk bereikbaar en op A niveau (Jip en Janneke taal)</li> <li>- Meer gemeenschapszin, aanspreekpunt in de wijk</li> </ul>   |
| <p><u>Probleem: Beperkingen in zorgaanbod vanwege financiële afspraken/drijfveren</u><br/>(zoals max productie van dat jaar is behaald, krijgt verder niet vergoed. Reden voor oplopen wachttijden?)<br/>Mensen die ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie: Voor iedere patiënt. Dit is een probleem op systeemniveau</li> </ul>   | <p>Zijn geholpen met ....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertrouwen! Menselijke maat</li> <li>- Maximaal percentage van zorgkosten mag besteed worden aan controle / organisatie</li> <li>- X percentage vrij besteden door zorgverlener</li> </ul>  |
| <p>Mensen die onnodig in het ziekenhuis zijn</p>   | <p>Zijn geholpen met:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Digitalisering</li> <li>Meer productie zelfstandige behandelcentra</li> <li>Substitutie naar 1<sup>e</sup> lijn</li> <li>Preventie</li> <li>Patiënten eerder naar huis vanuit kliniek</li> </ol>  |
| <p>Mensen waarvoor de zorg niet goed bereikbaar is of waarvoor niet duidelijk is hoe zij de zorg moeten bereiken, zoals bijvoorbeeld:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zorg in Sittard is voor mensen die met ov reizen niet goed bereikbaar</li> <li>2. Vanaf randgemeentes (bv. Vaals) is situatie extreem slecht, zowel met OV als auto.</li> <li>3. Mensen die met regiotaxi gaan kunnen niet altijd op tijd komen, en dit is niet voor iedereen beschikbaar</li> </ol> | <p>zijn geholpen met:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Uitbreiding OV-netwerk <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Met meer regie vanuit provincie, alles moet bereikbaar zijn</li> </ul> </li> <li>Uitbreiding snelwegen</li> <li>Aanpassen roosters: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zodat mensen uit verre gemeentes later op de ochtend of in de middag afspraken hebben.</li> <li>▪ Zodat afspraken worden geclusterd</li> </ul> </li> <li>Meer locaties in randgemeentes, waar specialisten (waar dit haalbaar voor is polibezoeken doen, en poliassistenten helpen met digitale afspraken</li> <li>Zorgpendelbussen die rijden tussen stadhuizen en ziekenhuizen zonder tussenstops.</li> <li>Patiënten aan de grens aan te bieden om over de grens zorg te krijgen</li> <li>Betere communicatie over vervoersmogelijkheden</li> </ol> |
| <p>Mensen waarvoor de logistiek rondom zorg niet optimaal loopt (door veel contactmomenten, onnodige verwijzingen en wachttijden)</p>  | <p>zijn geholpen met:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Afspraken op 1 dag clusteren</li> <li>Hulp aan digitaalvaardigen</li> </ol>   |



|  |  |
|--|--|
|  | c. Voor complexe patiënten en patiënten met een beperking één ventraal aanspreekpunt die de zorg voor hun coördineert via: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Een community nurse naar Nieuw Zeelands model, of</li> <li>▪ Een (gepensioneerde) zorgprofessional of deskundige vrijwilliger</li> </ul> |
|--|--|

### 3. Hoe zorgen we ervoor dat de organisatie van zorg (over de gehele keten) goed samenwerkt met jou, andere professionals en je omgeving?

Tafels: 3, 8

| Over welke mensen gaat het specifiek? In welke situatie?  | Hoe zouden zij geholpen zijn? Welke concrete ideeën zijn er?  |
|---|---|
| <p>Er wordt niet goed gecommuniceerd tussen zorgprofessionals, andere stakeholders in de zorgketen en patiënten/cliënten/naasten</p> <p>Het gaat over mensen met hulpvragen bij complexere problematiek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multi-problematiek: GGZ, fysiek, sociaal, financieel. Ieder probleem wordt te veel afzonderlijk aangevlogen</li> <li>- Comorbide problematiek: als er meerdere specialismen moeten samenwerken (en dan vooral als het meerdere ziektebeelden betreft)</li> <li>- Uitdagende of uitzonderlijk problematiek: zoektocht naar diagnose of behandeling/zorg/ondersteuning bij minder bekende en voorkomende diagnoses</li> <li>- Bij sociale of financiële problematiek en patiënten zelf weinig vermogen hebben zelf dingen te regelen (analfabeet, geldproblemen enz.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorbeelden in het buitenland: patiënt-advocates (UK, VS, AUS)</li> <li>- Casemanager/cliëntbegeleider die zorgpad/organisatie overstijgend is. Een huisarts kan/moet deze rol tot op zeker hoogte vervullen maar kan dit qua tijd en druk niet aan (en weet ook niet altijd alle paden, met name overheid)</li> <li>- Een duidelijk, niet versnipperd overzicht van zorg- en hulpvragen en waar en hoe je dit kunt aanvragen</li> <li>- De AVG (privacywetgeving) lijkt vaak een beperking te zijn (klopt dit wel?) en zou wellicht meer vrijheid moeten bieden aan zorginstanties (en overheidsinstanties) om informatie te delen (bijvoorbeeld GGZ weet nu vaak niets over mogelijk delicten van patiënten)</li> <li>- Gehinderd door marktwerking en daarbij opgeworpen loketjes in de zorg. Zorgverleners worden op de vingers getikt als ze te veel andere type zorgverleners gaan betrekken.</li> </ul> |
| Mensen die een complexe zorgvraag hebben  | zijn geholpen met betere communicatie en afstemming tussen zorgverleners of een casemanager die als overkoepelende regisseur kan dienen   |
| <p>Zorg voelt te vaak onpersoonlijk, alsof niemand behalve patiënt/cliënt/naasten zich verantwoordelijk voelt. Er wordt gepraat over maar niet mét de patiënt, er wordt niet geluisterd.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensen die herhaaldelijk bij dezelfde zorg/dienstverlener moeten zijn maar te vaak een nieuw gezicht te zien krijgen.</li> <li>- Mensen die onbekend of zoekende zijn naar precieze zorgvraag</li> <li>- Alle patiënten, wordt te weinig gezien als expert over eigen zorgvraag</li> <li>- Patiënten die niet zelfredzaam zijn</li> <li>- Multizorgvraag: thuishulp tot specialisten</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgverleners die zich bewust zijn van de noodzaak om vaste contactpersonen per patiënt te hebben en hier dus ook rekening mee houden in roosters enz.</li> <li>- Veel meer multidisciplinair naar patiënten kijken: de thuiszorgmedewerker weet vaak meer over een patiënt (sociaal vangnet, beperkingen, hobby's) en kan dus met een specialist meedenken over wat een patiënt allemaal kan tijdens herstel.</li> <li>- Professionals leren om altijd aan de patiënt te vragen wat hij/zij wil/kan i.p.v. dit invullen. Jongere mensen lijken hier wel al beter in getraind.</li> </ul>  |
| Mensen die een zorgvraag hebben   | zijn geholpen als er meer geluisterd wordt naar hun behoeften en wensen en onderdeel zijn van het multidisciplinaire team van vaste gezichten.  |
| Wensen en verwachtingen van patiënten/cliënten/naasten zijn niet altijd realistisch en gedrag laat te wensen over. Zorgverleners worden hierdoor overvraagd of raken gedemotiveerd.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opvoeding, awareness, sociale stages, opleiding</li> <li>- Meer bekendheid over vrijwilligers stichtingen zowel bij vragers als burgers om zich aan te melden.</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Over welke mensen gaat het specifiek? In welke situatie?</li> <li>- 24/7 mentaliteit</li> <li>- Eisende patiënt: "ik heb recht op" en daar door zorg/ondersteuning gebruiken die ze eigenlijk niet nodig hebben</li> <li>- Overvragen: patiënten (het systeem) die niet accepteren dat dit het maximale is dat er gedaan kan worden (als je ouder wordt komen er gebreken)</li> <li>- Patiënten die geholpen willen worden (pillen, operatie, hulpmiddelen) maar zelf niets willen doen (oefeningen, dieet, zelf iets aanschaffen)</li> <li>- Eenzame mensen, gebruiken vaak (dure) zorg om contact te hebben terwijl dit ook door vrijwilligers enz. opgelost kan worden</li> <li>- Agressie richting zorgverleners</li> </ul>  |  |
| <p>Mensen die zorg verlenen zijn</p>  | <p>geholpen met patiënten die een realistischer zorgvraag/consumptie hebben en zich netter gedragen.</p>   |
| <p>Probleem/kans 1: afstemming en waardering van hulpgevers als gelijkwaardige partners binnen de keten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mensen die als vrijwilliger werken en zich niet gehoord voelen in de keten</li> <li>➤ Mensen die mantelzorger zijn</li> <li>➤ Mensen die als oudere minder weerbaar zijn en zich niet serieus genomen voelen</li> <li>➤ Mensen waarbij geen geheel beeld gevormd is van hun totale problematiek doordat het versnipperd bekeken wordt (door de huisarts, de verschillende specialisten, de thuiszorg etc)</li> <li>➤ Mensen die het gevoel hebben niet mee te doen (in de maatschappij)</li> </ul>   | <p>Oplossingsrichtingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ zijn geholpen met waardering (in alle vormen)</li> <li>➤ zijn geholpen door hen een uitdaging te bieden waarbij ze onderdeel zijn van de oplossing voor de hulpvrager (bijvoorbeeld in geval vrijwilligers en mantelzorgers)</li> <li>➤ geef hulpverleners in de keten de ruimte een vertrouwensrelatie op te bouwen, dit kan bij formele of informele zorgverleners (minder weerbare ouderen die behoefte voelen om serieus genomen te worden)</li> <li>➤ met het bereikbaar maken van kennis, ervaringen (zie voorbeelden Heerlen Noord) waardoor men het gevoel krijgt mee te doen (in de maatschappij)</li> <li>➤ met huiskamers</li> <li>➤ het bevorderen van gemeenschapszin</li> </ul>  |
| <p>Probleem/kans 2: beter ontsluiten van de sociale kaart zodat de burger die het nodig heeft gevonden wordt</p> <p>Vraagstelling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mensen die te kampen hebben met een diversiteit of combinatie van problematieken ((digitaal) analfabeet, vaardigheden die ontbreken, mensen met een beperking)</li> <li>➤ Mensen voor wie de keten ondoordringbaar is vanwege bijvoorbeeld ontbreken kennis/ vaardigheden en geen hulpverleners om zich heen hebben om hierbij te helpen of zich niet laten helpen (zorgweigeraars)</li> <li>➤ Mensen die de loketten (WMO) niet kunnen vinden</li> <li>➤ Mensen die lang thuis wonen</li> <li>➤ Groep komt tot conclusie dat iedereen uit de keten kan vallen wanneer er een schakel uit de keten wegvalt en een ander deel van de keten het niet opvult/ opmerkt</li> </ul> | <p>Oplossingsrichtingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ zijn geholpen met initiatieven die komen vanuit de keten i.p.v. verwachten dat de burger zich zelf meldt</li> <li>➤ zijn geholpen door de informatievoorziening aan te passen op de problematiek die speelt (door bijv een folder aan te bieden aan een analfabeet raak je van je doel af), dit vereist kennis van de persoon</li> <li>➤ met een huisarts die uitvraagt of burger behoefte heeft aan ondersteuning en dat hierover contact met hem/ haar opgenomen wordt</li> <li>➤ met initiatieven van onderop, voorbeelden die genoemd worden zijn bijv de inzet van seniorenconsulent en het positieve voorbeeld van de <a href="#">meedenkers in Beekdaelen</a>. Zij kunnen burger verbinden met de juiste persoon en werken samen middels intervisie</li> <li>➤ naar de burger toe te gaan, aan te bellen en te kijken waar hulp nodig is</li> <li>➤ iemand die een regisseursrol op zich neemt en overzicht heeft op totale hulpvraag; deze persoon kan uit verschillende hoeken komen: huisarts, zichtbare schakel maar</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>ook bijvoorbeeld een mantelzorger of vrijwilliger die bekwaam is deze rol op te pakken en samenwerking in de keten kan opzoeken.</p> <p>➤ verdere uitrol van een en zorgzame samenleving / community care. Voorbeeld: <a href="https://strategie.sevagram.nl/community-care">https://strategie.sevagram.nl/community-care</a></p> |
|--|--|

#### 4. Hoe verminderen we zorgbehoefte en bevorderen we gezondheid en geluk?

Tafels: 4, 12

| Over welke mensen gaat het specifiek? In welke situatie?  | Hoe zouden zij geholpen zijn? Welke concrete ideeën zijn er?   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensen die meer zelfbewust moeten worden</li> <li>• Mensen die eenzaam zijn</li> <li>• Mensen die nadenken over wat ze willen als ze ouder worden en de laatste fase van hun leven ingaan</li> <li>• Mensen die niet meer kunnen genieten van de oude dag en onzeker zijn over hun toekomst</li> <li>• Mensen die wel vrijwilliger willen zijn maar niks horen of ergens terecht kunnen met hun aanbod</li> <li>• Mensen die het 'maximale' uit hun zorgverzekering willen halen</li> <li>• Mensen die minder financiële middelen hebben</li> <li>• Mensen die op elk moment van de dag zorg beschikbaar willen hebben</li> <li>• Mensen die bij de huisarts de vraag krijgen wat ze zelf kunnen doen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Home teams in de wijk, waarbij geregeld patiënten- overleg tussen huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen plaatsvindt</li> <li>• Een wijkregisseur die per wijk kan bepalen waar de (zorg)vraag ligt en ook langs de deur gaat om eenzaamheid tegen te gaan</li> <li>• Het opzetten van een 'proeftuin' waarbij de Mijnstreek als pilot dient om te kijken hoe de zorg fundamenteel anders ingericht kan worden</li> <li>• Verbinding- en ontmoetingsplekken waar mensen contact met elkaar kunnen leggen en vooral ook weten waar ze heen moeten met hun vraag</li> <li>• Richten op het veranderen van advertenties waar zorgverzekeraars adverteren met "je hebt nog recht op (bril, hoortoestel etc)" Dit geeft mensen het idee dat ze per se ergens recht op hebben zonder dat ze het ook daadwerkelijk nodig hebben</li> <li>• Bereikbare sociale voorzieningen zoals een wijkcentrum waar verschillende mensen terecht kunnen met hun vraag</li> <li>• Initiatieven zoals sport en beweging waarbij mensen worden aangemoedigd om en bij te dragen aan gezondheid en elkaar daarin ook stimuleren. Elkaar een luisterend oor bieden, bijdragen aan sociale cohesie</li> <li>• Een kritische blik van betrokken partijen om te bepalen waar de zorgbehoefte ligt</li> <li>• Initiatieven waarbij verschillende leeftijdsgroepen met elkaar in contact worden gebracht en elkaar helpen. Dit kan bij jongeren bijvoorbeeld in de vorm van een stage om bewustwording te creëren</li> <li>• Helder informatiepunt waar men informatie, telefoonnummer etc kan vinden voor een hulpvraag, hetzij via een website voor mensen die digitaalvaardig zijn of via een telefoonnummer voor mensen die dat niet zijn</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iedereen. Niet te specificeren en niet afhankelijk van woongebied (landelijk versus stedelijk) leeftijd, ziektebeeld of i.d. Iedereen moet regie kunnen nemen in en indien nodig aanspraak kunnen maken op benodigde zorg (en niet alle zorg waar men recht op heeft).</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tip: persona's maken van mogelijke zorggebruikers om het persoonlijker te benaderen. Dan krijg mogelijke route patiënt per scenario een persoonlijk gezicht/karakter/beeld. Dit maakt uitkomst 'zachter'.</li> <li>○ Gezonde levensstijl is een cultuuromslag / mentaliteitsverandering. Dit moet in alle fasen van het menselijk leven worden gestandaardiseerd in Jip &amp; Janneke taal/illustratie: Start al bij voorlichting stichten van een gezin &gt; opvoeding kind &gt; leeromgeving (kinderopvang en school voorbeeldgedrag) &gt; verenigingsleven (voorbeeldgedrag) etc. Moet de standaard worden. Hoeft niet medisch mag ook holistisch. Concrete opmerking: dus ook voorbeeldgedrag bij zorgaanbieders m.b.t roken/alcohol/beweging/voeding/holistische benadering.</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgverleners: zorgverleners zijn ook mensen met emoties/zorgen. Zorgvrager dient hier ook begrip voor te hebben.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Case managers introduceren (terug de wijk in ook achter de voordeur, dan is het persoonlijk en op maat). Adverteren in wijkbladen.</li> <li>Lokale gemeenschapshuizen (dichtbij, herkenbaar, laagdrempelig) fysiek maar zeker ook digitaal voor mensen die reizen lastig vinden of minder graag in grotere groepen aanwezig zijn. Gaat om aandacht! <ul style="list-style-type: none"> <li>Fysiek en psychische actief blijven</li> <li>Sociale contacten/ ontmoeten/ sociale controle</li> <li>Hulpvragen (laagdrempelig) rondom zorgvragen (van vervoer naar tot hulp in regelen zorghotels of lenen medische hulpmiddelen).</li> <li>Verbinden + netwerken: ook toegankelijk voor mantelzorgers/vrijwilligers die deze neventaak verrichten naast eigen baan en druk sociaal leven. Ontmoeten hoeft geen gemeente deler te hebben in ziektebeeld.</li> <li>Kwaliteiten van elkaar benutten (netwerken).</li> <li>Successen vieren (wandclub, kaartclub, koffie momenten, etc.)</li> <li>Lotgenoten avonden niet op thema/ziektebeeld, maar juist overkoepelend voor laagdrempelig en luchtigheid.</li> </ul> </li> <li>Andere insteek zorgverzekeraars: vrije keuze beperkt vanwege regio/hoeveelheid behandelingen etc. Juist is beperking van keuzevrijheid in sommige gevallen een afname van geluk in nog resterende leven.</li> <li>Rol overheid/werkgevers: preventie standaard in programma's opnemen. Vergroot de sociale cohesie.</li> <li>Spaarprogramma's (LET OP: werd enorm wisselend op gereageerd aan tafel t.b.v. discriminatie voor mensen die wel gegrond ziek zijn). <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe zorgt de zorgprofessional ervoor om altijd (in relatie tot eigen emoties/zorgen) wel de professional te blijven?</li> <li>Zorgprofessional als eerste vraag laten stellen "wat wilt u in het leven of wat vindt u belangrijk in het leven". Afhankelijk hiervan keuze in wel/niet behandelen met routepad in consequenties uitstippelen.</li> </ul> </li> </ul> |
| <p>Alle mensen (niet te specificeren doelgroep) + zorgaanbieders</p>  | <p>zijn geholpen met een lokale basisstructuur t.b.v. zorg en welzijn (ontmoetingsplek en basiszorg).</p>  |
| <p>Mensen (hulpbehoevend of niet)</p>   | <p>helpen om het te zoeken in de kleine dingen die je gelukkig maken. Dit hoeft geen medische insteek te hebben. Hoe voeg je geluk toe aan je nog te spenderen jaren/leven i.p.v. hoe voeg je jaren toe aan je leven. Gezonde leefstijl aanpassen aan doelgroep, is maatwerk. Dit kan zitten in beschikbaarheid dure rolstoel (leensysteem) voor boswandeling.</p>   |

Probleem: Hoe kunnen we onszelf de spiegel voorhouden t.b.v. reflectie & bewustwording en zo weer de regie in gezondheid terug willen en kunnen nemen?

Kans: Inregelen van juiste informatievoorziening en hulp bij vindbaarheid die zorgverleners ontlast en regie teruglegt bij de mensen.

Kans: Geluk is vaak niet tastbaar als gezondheid, maar zit in kleine dingen, zoals aandacht en tijd.

## 5. Hoe zorgen we dat er genoeg mensen in de zorg werken, zelfs als er in heel Nederland niet genoeg personeel is? Welke andere ideeën kunnen we bekijken?

Tafels: 5, 10

| Over welke mensen gaat het specifiek? In welke situatie?                           | Hoe zouden zij geholpen zijn? Welke concrete ideeën zijn er?   |
|--|--|
| Mensen die willen herintreden in de zorg   | zijn geholpen met soepelere regels m.b.t. herregistratie BIG en voorwaarden van de werkgever.  |
| Zorgmedewerkers die uit de zorg vertrekken door de hoge administratielast          | zijn geholpen door ondersteuning door administratieve krachten die de registraties doen van de werkzaamheden.  |
| Mensen die overwegen in de zorg te gaan werken                                     | kunnen gemotiveerd worden door attractieve secundaire arbeidsomstandigheden: gratis fitnessabonnement, kinderopvang, voorrang behuizing/woning/ gratis parkeren/ gratis eten onder werktijd e.d.   |
| Arbeidsmigranten met verblijf- en vluchtelingenstatus die in de zorg willen werken | zijn geholpen wanneer dit wettelijk mogelijk is en zij hier financieel voor vergoed worden.  |
| Arbeidsongeschikten die in de zorg willen gaan werken                              | zijn geholpen wanneer zij naar hun mogelijkheden werkzaamheden kunnen verrichten en wanneer dit financieel beloond wordt.  |
| Mensen die langer willen doorwerken na hun pensioenleeftijd                        | zijn geholpen wanneer zij naar vermogen werkzaamheden kunnen blijven verrichten in de zorg. Zij zouden bijvoorbeeld helpenden in de zorg kunnen coachen en ondersteunen.   |
| Een maatschappelijke dienstplicht/zorgplicht                                       | kan jongeren in contact brengen met de zorg en mogelijk stimuleren om in de zorg te gaan werken.   |
| Mensen die in de zorg willen werken  | zijn geholpen wanneer de opleidingseisen niet zo hoog zijn voor verpleegkundige/verzorgende beroepen. Niet alle zorg heeft niveau 4 of 5.  |
| Mensen met een uitkering   | moeten er financieel op vooruit gaan als zij in de zorg willen werken.   |
| Mensen die in de zorg werken   | zijn geholpen wanneer zij meer technologisch ondersteund worden door robots en AI, bijvoorbeeld in de communicatie met patiënten en familie.   |
| Mensen die in de zorg werken   | mogen dit niet als ZZP-er doen, alleen in dienstverband, zodat de zorglast evenredig is verdeeld over alle zorgmedewerkers.  |
| Jongeren die in de zorg willen werken  | kunnen gemotiveerd worden om op kosten van de werkgever het rijbewijs te halen. Hiermee spreek je een jongere/kansarmere doelgroep aan.  |
| Alle professionals werkzaam in de care en cure                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maak parkeren bij het ziekenhuis gratis voor medewerker (en patiënt)</li> <li>- Geld beschikbaar stellen door overheid <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarieven blijven achter bij CAO</li> <li>• Goede CAO afdwingen</li> <li>• Overuren onbelast uitbetalen (voor werkgever en werknemer)</li> </ul> </li> <li>- Meer met vaste contracten werken (minder werken met zzp)</li> <li>- Salaris conform lichamelijke belasting (kantoor medewerker verdient vaak meer dan iemand die 'met zijn/haar handen werkt' -&gt; niet eerlijk)</li> <li>- Actief luisteren naar je medewerker waardoor je deze kunt behouden voor de zorg</li> <li>- Media moet zorg positiever in het daglicht zetten, nu vaak negatieve publiciteit over werken in de zorg</li> <li>- Niet centraliseren van zorg naar Sittard-Geleen en/of Heerlen -&gt; medewerker wil niet naar Heerlen als deze altijd al in Sittard-Geleen heeft gewerkt (en vice versa) -&gt; medewerker verlaat hierdoor Zuyderland</li> <li>- Meer inzetten op vrijwilligers en deze (financieel) waarderen</li> </ul> <p>Werkdruk verlichten (aan minder eisen moeten voldoen, minder administratieve lasten) -&gt; daardoor meer waardering voor het echte vakmanschap</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>Maatschappij is gebaseerd op wantrouwen</p>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het begint met vertrouwen hebben in de medewerkers</li> <li>- Verminderen administratieve lasten (alleen behouden wat patiënt direct ten goede komt) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combineren van rapportages/verantwoording</li> <li>• Zorgverzekeraar en overheid moet minder eisen stellen</li> </ul> </li> <li>- Maak van de Zuyderland regio een proeftuinregio incl. lumpsum financiering (experimenteren met zeggenschap/ruimte bij personeel, minder management, zelf processen opstellen, geld zelf te besteden)</li> <li>- Zet in op een zorgzame samenleving die mantelzorgers en naasten stimuleert en niet tegenwerkt met verplichte rapportage/regels/eisen</li> <li>- Delen van gegevens waardoor patiënt/medewerker niet 10 x hetzelfde moet vragen, invullen, vertellen</li> <li>- Actief luisteren en communiceren met je medewerkers wekt vertrouwen</li> <li>- Verantwoordelijkheid zo laag mogelijk in de organisatie leggen: minder management, minder bureaucratie</li> <li>- Verschillende financieringsstromen combineren tot 1 stroom</li> <li>- Minder protocollen voor medewerkers, stimuleer zelf nadenken i.p.v. lijstje volgen (vakblindheid)</li> </ul>   |
| <p>Alle professionals werkzaam in de care en cure</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oudere medewerkers van ander/lichter werk voorzien zodat ze langer behouden blijven voor de zorg (voor/na pensioen) bijv. coaching jonge medewerkers, begeleiden stagiaires</li> </ul>   |
| <p>Alle professionals werkzaam in de care en cure</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investeren in het verbeteren van het imago van het werken in de zorg en de inhoud van het vak <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastlessen op scholen over het werken in de zorg (in basis onderwijs en voortgezet middelbaar onderwijs)</li> <li>• Biedt scholieren (in basis onderwijs en voortgezet middelbaar onderwijs) stages aan zodat ze kunnen kennismaken met werken in de zorg (eventueel tegen vergoeding)</li> <li>• Betere/meer begeleiding op de werkvloer (goede capaciteiten van begeleider; uren en budget vrijmaken)</li> </ul> </li> <li>- Opleiden op maat -&gt; geen vakken aanbieden die niet direct gerelateerd zijn aan het beoogde beroep; goede balans praktijk-theorie</li> <li>- Maak fulltime werken aantrekkelijker dan parttime</li> <li>- Meer mogelijkheden bieden bij arbeidsongeschikt na ziekte</li> <li>- Kijk ook naar kansen voor werk voor mensen die niet opgeleid zijn in de zorg</li> <li>- Een leven lang leren op competenties (opleiden is meer dan opleiden sec voor de zorg)</li> <li>- Inzetten op jonge medewerkers en biedt hen opleiding (betaald), huisvesting, doorgroeikansen</li> <li>- Yogales, empathie les en Arbo geven in het onderwijs -&gt; zodat ze het werken in de zorg aankunnen</li> </ul> |
| <p>Alle professionals werkzaam in de care en cure, jong en oud</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Woonvoorzieningen waar jong en oud samenwonen; leren van elkaar</li> <li>- Leegstaande (bedrijfs)panden opvullen met studenten of ouderen uit eigen regio; betaalbaar wonen</li> <li>- Betere doorstroom creëren voor ouderen; blijven nu (te) lang in eigen huis wonen waardoor te weinig woningen beschikbaar komen; is inzetten op zo lang mogelijk thuis wonen wel zo verstandig?</li> <li>- Bestemmingsplan aanpassen mogelijk maken (bijvoorbeeld bij het ombouwen van panden naar woningen; vergunningen niet tegen laten werken)</li> </ul>  |

- Wanneer de jongeren minder betuttelend worden opgevoed, is de jeugd mogelijk ook meer bereid om aan te pakken in het beroepsleven en te kiezen voor de zorg.
- Door de vergrijzing van de bevolking ontstaat er een andere zorgbehoefte: meer verzorging, minder complexe zorg. Hier kunnen mogelijk ook lager opgeleide of ongeschoolde arbeidskrachten- zorgtaken verrichten.
- Familie/naasten betrekken in de ADL-zorg, op vrijwillige basis.
- In Japan worden bodybuilders geworven om in het ziekenhuis te komen werken. Naast hun loon krijgen zij de mogelijkheid om gratis te sporten in het ziekenhuis en krijgen zij gratis proteïne poeder. De sterke zorgverleners zijn nodig om patiënten te tillen en te verzorgen.
- Zorginstellingen kunnen samen met de lokale middelbare scholen kennismakingsexcursies organiseren om jongeren kennis te laten maken met de zorg.

## Uitwerkingen per tafel – Ronde 3

- Wie of wat hebben we nodig om dit idee te verrijken?

| Tafel | Persoon   | Functie / organisatie    | Toelichting  |
|-------|---|--------------------------|--|
| 1     | Ambulancevoorziening  |                          | Inzicht in ambulancevoorziening, normen voor bereikbaarheid spoedzorg, triageproces en werkwijze. Inclusief technologisch ontwikkelingen naar de toekomst  |
|       | HAP zonder SEH  |                          | Inzicht in werkwijze en impact van HAP zonder SEH (in de nacht), bijvoorbeeld Lelystad, Zeist, Hoogeveen   |
|       | Iemand van project Ijssellande  |                          | Integrale zorg coördinatie   |
|       | David Baden   |                          | Ervaren tekorten op SEH landelijk: welke problemen zijn er en hoe op te lossen door bijv. opleiding, verminderen bureaucratie etc.   |
|       | Standpunt van de huisartsen Westelijke en Oostelijke Mijnstreek   |                          |  |
| 2     | Deskundige I&W die kan vertellen over mogelijkheden voor OV-uitbreiding in Nederland                        |                          | a. Deskundige uit het buitenland waar OV als excellent wordt gezien (bv. Noorwegen of Zwitserland), b. Deskundige op het gebied van logistiek die met andere bril naar transport vraagstuk kijkt (bv. Haven van Rotterdam) |
|       | IT expert die kijkt hoe het beter kan (niet vanuit zorglens)  |                          | Roosterplanners van het ziekenhuis (m.n. poli) om te kijken wat er mogelijk is voor flexibeler roosteren   |
|       | Inkijk vanuit het buitenland, bv. Scandinavië, hoe ziekenhuizen met grotere reistijden omgaan met roosteren |                          |  |
|       | Expert substitutie en digitalisering van ziekenhuiszorg naar 1 <sup>e</sup> lijn                            |                          |  |
| 3     | Hans Peter Jung   | Huisarts                 | Pilot waarbij hij meer tijd kreeg per patiënt, dit resulteerde in meer samenwerken, minder verwijzingen (misschien ook wel die casemanagersrol waar in sommige gevallen behoefte aan is)                                   |
|       | Wiro Gruisen  | CZ                       | Niet bezuinigen maar investeren en minder kaders resulteert in overall minder zorgvraag  |
|       | Judith Bühler   | Wethouder sociaal domein | Patiënten/cliënten met sociale problematiek beter helpen   |
|       | Iemand van MEE Zuid-Limburg   |                          | Hoe regel je alle zorg rondom mensen met een beperking en hoe betrek je die er zelf actief bij. Kunnen we hiervan leren voor andere kwetsbare mensen.  |
|       | Organisatie die zich toespitst op hulp bij eenzaamheid, sociale cohesie enz.                                |                          |  |

|   |  |                                   |  |
|---|--|-----------------------------------|--|
| 4 | lemand met kennis van het financiële systeem en die alternatieven heeft over een mogelijke andere inrichting hiervan.                  |                                   | Hij/zij moet onafhankelijk én boven belanghebbende partijen staan  |
|   | Een bedrijf waar de patiënt bovenaan staat   |                                   |  |
|   | lemand van Zorginstituut Nederland   |                                   |  |
|   | Marcel Levi  |                                   |  |
|   | lemand met zowel bestuurs- als praktijkervaring  |                                   |  |
|   | lemand met uitleg over een sociale kaart die ervoor kan zorgen dat actuele informatie over zorg bij de mensen makkelijk beschikbaar is |                                   |  |
|   | Jolanda Mikic  | Beweegmakelaar in gemeente Vaals  |  |
|   | Hans Peter Jung  | Huisarts Positieve Gezondheid     |  |
|   | lemand met kennis over verschillende Samenwoonvormen die hier in de Mijnstreek mogelijk zouden zijn                                    |                                   |  |
|   | Interventiebank; waar ze weten welke initiatieven wel/niet werken  |                                   |  |
| 5 | Barry Braken   | Voorzitter van Weller             | lemand van een grote woningcorporatie om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om zorgprofessionals tegemoet te komen in behuizing.   |
|   | Tom van Vliet  | Directeur Sociaal Domein Zo Wonen |  |
|   | CZ   |                                   | Gesprek met zorgverzekeraar CZ over de mogelijkheid van een Zuyderland proeftuin waarbij met eigen budget lumpsum, zorg geleverd kan worden zonder de vele DBC registraties.                 |
|   | lemand die kan informeren over BIG registraties en de scholingseisen van zorgprofessionals   |                                   |  |
|   | Jochen Mierau  | Hoogleraar gezondheidseconomie    | lemand die kan informeren over arbeidsmigranten en de mogelijkheden om in de zorg te werken  |
| 6 | Zuyderland   |                                   | Om meer inzicht te geven over: a. Kosten 1 SEH vs 2 SEH's vs 3 traumahelikopters, b. Cijfers SEH (aantal patiënten Heerlen vs Sittard, zorgzwaarte Heerlen vs Sittard), c. Adherentieverlies |
|   | Ambulancezorg  |                                   | Om meer inzicht te geven over normtijden en wat er in de ambulance kan worden gedaan om te stabiliseren, zodat reistijd minder bepalend is   |
|   | Huisartsen Mijnstreek vs huisarts die nu al werkt op HAP zonder SEH (bijv. Zeist/Drenthe)  |                                   | Leren of SEH achterwacht noodzakelijk is   |



|                            |   |  |  |
|----------------------------|---|--|--|
|                            | Huisartsencommunicatiespecialist  |  | Hoe kunnen inwoners meer leren over wanneer ze waar moeten zijn, zijn er succesvolle voorbeelden uit het land?   |
|                            | Directeur vervoersbedrijf   |  | Hoe worden routes bepaald? Hoe zorgen we ervoor dat er een bus gaat rijden van Heerlen station naar locatie Geleen en van Sittard station naar locatie Heerlen   |
|                            | Zuyderland  |  | Is het mogelijk voor partner om te blijven slapen op AOA?  |
|                            | Christian Houben  | ggd Limburg  | Wat was het effect op bevolking bij eerdere sluitingen SEH in Limburg ( Kerkrade, Venray, ...)   |
|                            | CZ  |  | Inzicht geven op zorgkosten/gebruik in de regio  |
| 7                          | Iemand die de technische / digitale mogelijkheden toelicht in de zorg.  |  | Wij zijn benieuwd wat er in de toekomst mogelijk is in de digitale wereld. (Wel realistisch – niet fantasie toekomstbeelden) Lucien Engelen?   |
|                            | Kim Putters   |  | Iemand die meer kan vertellen over hoe we het vertrouwen terugkrijgen met burgers / sociale systeem.   |
|                            | bol.com   |  | Inspirende logistieke voorbeelden als input voor alle vormen van vervoer om bereikbaarheid te verbeteren.  |
|                            | Een onafhankelijke gezondheidseconoom                                   |  | Hoe ziet het verdienmodel in de zorg er uit? Zoiets als follow-the-money. Een zorgverzekeraar zou kunnen maar die is zelf belanghebbende dus niet onafhankelijk.   |
|                            | Over de schotten heen kijken/handelen – hoe vind je de mazen in de wet? |  |  |
|                            | ANWB hulpcentrale   |  | Iemand die meer weet over inrichten verwijs/hulpverlening in de wijk of als inspiratie kan dienen. Bijvoorbeeld ANWB hulpcentrale zou kunnen vertellen hoe je efficiënt en doelmatig op dit gebied, rondom logistiek inzetten van hun diensten. En Automaatje is een project vanuit de ANWB. |
|                            | Overkoepelende HA organisatie (oost/west mijnstreek)                    |  | Spil in de zorg, wat zijn de mogelijkheden? Of aan deze HA vragen – wie zouden jullie voordragen als expert op dit gebied?   |
| Ex minister Ernst Kuijpers |   | hoe heeft hij het ervaren? Waar ligt de oplossing? |  |
| 8                          | Ankie Pihler  | bestuurder welzijnsgroep Parkstad                  | Een PowerVrouw met hart op de juiste plek. Ankie is enorm maatschappelijk betrokken en bouwt aan inspirerende, krachtige samenwerkingsverbanden  |
|                            | Iemand van bestuur MSB Zuyderland                                       |  | groep burgers is benieuwd hoe hij/ zij tegen impact voor medici aankijkt, kunnen ze zorg nog aan?  |
|                            | Conny Helder  |  |  |
|                            | Multidisciplinaire groep  | lieft zoveel mogelijk nuldelijns                   | Stel groepen samen waarin verschillende betrokkenen (lieft zoveel mogelijk nuldelijns) met elkaar en burgers in gesprek gaan. Samenstelling: huishoudelijke hulp, huisarts, zichtbare schakel in de wijk, buurtschakels. En deel best practices uit de hele regio                            |
|                            | Iemand uit van Meedenkers Beekdaalen                                    |  |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   | Léon Lemmers   | Voorzitter KBO Geleen-Zuid en de Kluis Intermediair Roma, Sinti's en Reizigers in de Westelijke-Mijnstreek | Léon was een van de participanten en heft mooi voorbeeld beschikbaar van toepassing sociale kaart  |
|   | Iemand die veel weet over de ziekenhuiszorg als onderdeel van de keten in België                         | Bijvoorbeeld ziekenhuis Hasselt  |  |
|   | Ron Meyer  | Directeur nationaal programma Heerlen-Noord  | Iemand die succesvolle initiatieven genomen heeft om mensen mee te laten doen d.m.v. samenwerking in de keten  |
| 9   | Deze tafel was niet in gebruik tijdens de avond vanwege de verhindering van één van de tafelbegeleiders. |  |  |
| 10  | Leren van mensen die de zorg verlaten hebben of gaan verlaten  |  |  |
|   | Belastingdienst  |  | -> meer gewerkte uren niet belasten  |
|   | Iemand van (Ont)Regel de Zorg  | VWS  |  |
|   | Lumpsum financiering   |  | Deskundige die kennis heeft over opzetten proeftuin met lumpsum financiering   |
|   | Andere Wonen Klimmen   |  | Leren van het succes van particuliere zorginstellingen (bijv. Het Andere Wonen in Klimmen)   |
|   | Slimme ICT-oplossingen irt verminderen administratieve lasten  |  |  |
|   | Leren van best practices in het buitenland: België, Duitsland, Scandinavië                               |  |  |
|   | Samenwerken met België en Duitsland  |  |  |
|   | Beleidsmakers mee laten lopen op werkvloer   |  |  |
|   | UWV  |  | -> iemand die arbeidsongeschikt is inzetten als ervaringsdeskundige of vrijwilligerswerk (zonder gekort te worden op uitkering)                      |
|   | Teun Toebes  |  | -> samenwonen jong en oud in verpleeghuis  |
|   | Lilian Marijnissen   |  | -> over Het Zorgbuurthuis en over de aangenomen motie in de Tweede Kamer voor het behoud van volwaardige ziekenhuiszorg in het Zuyderland in Heerlen |
| Uitzendbureau voor ouderen (Oudstanding?)                       |  |  |  |
| Stan Hanneman: werkt op SEH en/of ambulance (of heeft gewerkt?) |  |  |  |

|    |                                    |  |   |
|----|------------------------------------|--|---|
| 11 |                                    |  | Burgers willen weten wat een ambulance allemaal kan. Om inzicht te krijgen tussen tijd versus kwaliteit. Vragen die leven:<br>a. Komt er hogere druk op de ambulancezorg als er nog maar 1 plek is voor acute zorg<br>b. Zou een gespecialiseerde opleiding voor ambulance verpleegkundigen ervoor kunnen zorgen dat de ambulance langere tijden kan hanteren |
|    | Kritische ambulanceverpleegkundige |  |   |
|    | Wie? Zie toelichting               |  | Wat lost centralisering op? Is het centrale ziekenhuis wel groot genoeg voor het aantal inwoners/zorgvragen   |
|    | Wie? Zie toelichting               |  | Hoe kunnen we er achter komen wat de beste plek is voor het ziekenhuis? Wie kan ons hier meer over vertellen?   |
|    | Wie? Zie toelichting               |  | Wat houdt het Zweedse zorgmodel in? Kunnen we daarvan leren?  |
|    | Wie? Zie toelichting               |  | Wat zijn de richtlijnen voor acute zorg?  |
|    | Wie? Zie toelichting               |  | Hoeveel vervoersbewegingen zijn er nodig?   |
| 12 | Marcel Levi                        |  |   |
|    | Ehsan Natour                       | Hartchirurg MUMC+ en Auteur boek 'Als het leven stilstaat'   |   |
|    | Dirk de Wachter                    | Psychiater en auteur boek 'De Kunst van het ongelukkig zijn' |   |
|    | Roda JC                            | Project Gezond in de Mijnstreek                              | Bijzonder Meer Zorggroepen maatschappelijke partner van Roda JC   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Specialist ouderen geneeskunde met ervaring in regie eigen leven te omarmen             |  |  |
| Inkijk in zorg opleider hoe geluk/regie in gezondheid kan worden benadrukt in opleiding |  |  |
| Casemanager met holistische/orthomoleculaire benadering                                 |  |  |
| Iemand met kennis over zorgsysteem Scandinavië.   |  | Grote landelijke gebieden met grotere afstand tot zorg maar hoge patiënttevredenheid over systeem. |

CONCEPT