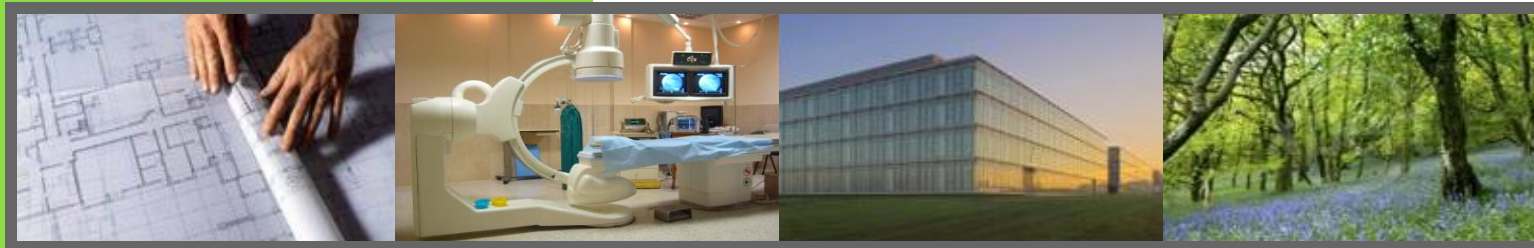


# Arbeidsbesparende innovaties in de zorg

Arbeidsbesparende  
procesverbeteringen motiveren  
personeel en leiden tot betere zorg



Guru Manja, Colette Niemeijer,  
Joris de Leeuw, Floor Oudshoorn

*1 juli 2010*

CEANconsulting is door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd om samen met 'het veld' te identificeren waarom bewezen succesvolle arbeidsbesparende innovaties uit andere sectoren nog niet doordringen in de zorg

---

## Aanleiding en achtergrond

- De RVZ werkt, conform het Werkprogramma 2009, aan een advies gericht aan het ministerie van VWS en marktpartijen in de zorg, dat ingaat op de barrières voor het toepassen van deze arbeidsbesparende innovaties in de zorg
- CEANconsulting is door de RVZ gevraagd een bijdrage te leveren aan dit advies vanwege haar jarenlange ervaring met grote strategische (technologie en infrastructuurgedreven) verandertrajecten in de zorgsector en andere industrieën
- CEANconsulting is een strategisch adviesbureau dat brede technische en operationele kennis uit verschillende bedrijfssectoren bij elkaar brengt en compacte en haalbare plannen maakt om complexe bedrijfsvraagstukken op een duurzame wijze aan te pakken

## Vraagstelling RVZ

### Hoofdvraag

- Hoe kan de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties worden gestimuleerd opdat deze innovaties optimaal worden benut voor het dreigend arbeidstekort in de zorg?

### Deelvragen

- Door welke factoren wordt de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties beïnvloed?
- In hoeverre zijn specifieke maatregelen nodig om de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties te stimuleren?
- Op welke wijze moeten daarbij verantwoordelijkheden worden verdeeld tussen markt en overheid en tussen marktpartijen onderling?



# Het onderzoek van CEANconsulting is in twee fases uitgevoerd

---

## **Eerste fase (december 2009 tot en met februari 2010)**

1. De bureaustudie naar internationale 'best practices' in de zorg en succesvolle arbeidsbesparende innovaties uit andere sectoren
2. Hypothese hoofdoorzaak belemmeringen van arbeidsbesparende innovaties in de zorg
3. Toets hypothese met het veld: een reeks interviews met medewerkers uit care en cure: verpleegkundigen, specialisten, managers, bestuurders (zie 'informatieverantwoording' voor nadere toelichting)
4. Ontwikkelen aanpak voor procesinnovatie

## **Tweede fase (maart 2010 tot en met mei 2010)**

5. Workshop(s) bij het Medisch Centrum Alkmaar en Alysis Zorggroep in huis en met de RVZ-klankbordgroep (deelnemers uit de hele keten: care, cure, thuiszorg, huisartsen):
  - Toetsen aanpak voor procesinnovatie
  - Verzamelen barrières en aanbevelingen/oplossingen
6. Aanvullende interviews



**Eindrapport: conclusies en aanbevelingen**

Waarom lukt het in andere industrieën wel om succesvol arbeidsbesparende innovaties door te voeren, maar in de gezondheidszorg niet?

### Retail versus gezondheidszorg

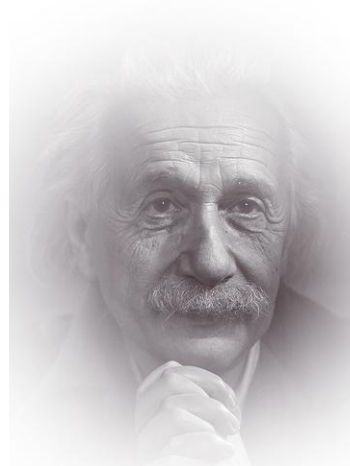
Waarom verdwaalt een patiënt in het ziekenhuis, terwijl routing in retail een wetenschap is?

### Banking versus gezondheidszorg

Waarom verloopt zorgdigitalisering moeizaam, maar kan wel iedereen veilig online bankieren?

***'Insanity: doing the same thing over and over and expecting different results'***

*Einstein*



***'We can't solve problems by using the same kind of thinking we used when we created them'***

*Einstein*

### Luchtvaart versus gezondheidszorg

Waarom moet u wachten tot u wordt ingepland voor een operatie, maar kunt u zelf regelen dat u morgen in New York staat?

### Luchthavens versus gezondheidszorg

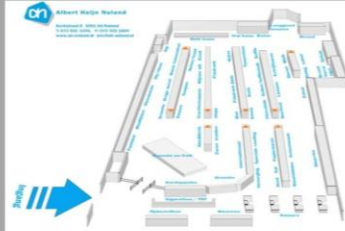
Waarom is wachten op luchthavens een business model, en in het ziekenhuis vaak zo onaangenaam?

# Succesvolle arbeidsbesparende innovaties in andere industrieën zijn geen doel op zich, maar een spin-off van initiatieven met een focus op betere producten en meer klantgerichte diensten

## Retail



**Van:**  
 'We hebben alles in huis wat u eventueel nodig zou kunnen hebben (en meer), maar u moet zelf even uitvinden waar het staat.'

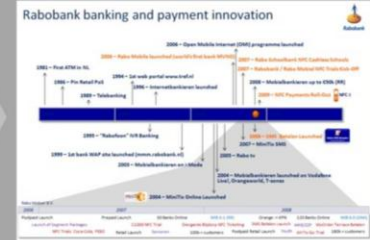


**Naar:**  
 'Wij weten precies wat u wilt en richten onze winkels zo in dat u zo snel mogelijk met de juiste producten weer buiten staat (en zelfs nog met meer dan u aanvankelijk had gedacht).'

## Banking



**Van:**  
 'Wij regelen al uw bankzaken voor u en houden uw administratie nauwkeurig bij in ons archief, zolang u naar ons filiaal toe komt.'



**Naar:**  
 'Wereldwijd kunt u zelf veilig uw bankzaken regelen omdat wij goede onderlinge afspraken hebben gemaakt en onze organisaties, processen en systemen hierop hebben ingericht.'

## Luchtvaart



**Van:**  
 'U heeft weinig keus, kom eerst maar langs dan kijken we wel wat we voor u kunnen doen. Het kost in ieder geval veel geld en moeite, we schrijven u elke stap voor en misschien lukt het dan om ergens te arriveren.'



**Naar:**  
 'Iedereen kan zelf een reis organiseren conform zijn/haar behoeftes en financiële mogelijkheden.'

## Luchthavens



**Van:**  
 'De luchtvaartmaatschappij is de klant. Wij hebben het alleenrecht om tolgelden te innen. De reiziger is niet relevant.'



**Naar:**  
 'De reiziger is onze klant! We maken uw reis aangenaam, terwijl we de noodzakelijke dingen op een verantwoorde manier afhandelen.'

Bedrijven in andere industrieën zoeken continu naar mogelijkheden om door procesinnovatie en -optimalisatie hun producten en diensten te verbeteren

---

## Bedrijven beginnen met het **doorlichten** van hun **hele werkwijze**

- Eerst worden *alle* bedrijfsprocessen geanalyseerd, zowel primair (productie, productmanagement, algemene bedrijfsvoering, et cetera) als ondersteunend (financiën, logistiek, marketing en branding, administratief, et cetera)
- Vervolgens wordt de samenhang daarvan in beeld gebracht: tussen afdelingen en ketenbreed
- Waardoor het volledige end-to-end proces beheersbaar wordt (*mastering processes to first get to know what is 'in the box' ...*)
- En kansen voor procesinnovatie op een structurele wijze worden geïdentificeerd (*... before starting to innovate 'out of the box'*)

## En vervolgens streven ze naar **betere kwaliteit** door **procesoptimalisatie** (vaak door middel van methoden als Lean Six Sigma, Theory of constraints, et cetera)

- Weghalen van 'waste' (verspilling/onnodige handelingen)
- Handelingen beter/sneller/eenvoudiger verrichten (processtappen elimineren, veel delegeren, versnellen)
- Continue iteratieve verbetering in kleine stappen (niet eenmalig en ook niet grootschalig)

**Procesinnovatie en -optimalisatie leidt tot betere producten en meer klantgerichte diensten (= meer kwaliteit), en als een spin-off ook tot arbeidsbesparing**

# Arbeidsbesparende procesinnovatie en -optimalisatie in de zorg is voor de hand liggend, maar dringt (nog) niet door

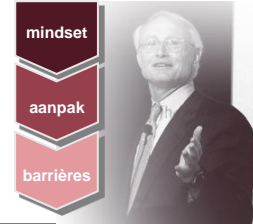
## Voldoende noodzaak en mogelijkheden...

- Door 'het veld' wordt bevestigd dat procesinnovatie en -optimalisatie noodzakelijk is en er voldoende kansen liggen: oplossingen worden (op kleine schaal) al toegepast
- Dit betreft veelal niet complexe, maar juist voor de hand liggende verbeteringen
- Zie voorbeelden op volgende bladzijde

**...en toch dringt het in de zorg nog niet op grote schaal door**

## Dit komt onder meer door:

- 1** **mindset** Innovatie wordt in de zorg niet, zoals wel in andere industrieën, vanuit een procesmatig perspectief benaderd
- 2** **aanpak** Er wordt geen '*end-to-end aanpak*' gehanteerd bij het doorvoeren van innovaties, maar '*point-solutions*' (specifieke deeloplossingen die veelal niet in samenhang worden ontwikkeld)
- 3** **barrières** Ook bij het hanteren van de juiste aanpak, zijn er diverse externe en interne barrières die het doorvoeren van innovatie belemmeren



# Michael Porter: 'The way to transform health care is to realign competition with value for patients'<sup>1</sup>

Voorbeeld procesverbetering	Kwaliteit (waarde voor klant en personeel)	Arbeidsbesparing
<b>Logistiek, layout en infrastructuur ondergeschikt maken aan proces- en patiëntstromen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënt sneller door proces</li> <li>• Niet meer verdwalen (minder stress)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder loop- en zoektijd (tijdsbesparing verpleegkundigen tot 20%)<sup>9,10,13</sup></li> <li>• Minder verstoringen in proces en van mensen (&gt; 5% besparing)<sup>o.a.9,10,13</sup></li> </ul>
<b>Patiëntgerichte centrale planning en forecasting</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënt sneller en logischer door proces (patiënt weet waar hij aan toe is)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimale inzet mensen en middelen (bijvoorbeeld tijdsbesparing van circa 40% voor OK-personeel door bijvoorbeeld optimalisatie opsteltijden, carrousel-/sluizensystemen, voorbereidingsruimtes, et cetera)<sup>6,7,8</sup></li> </ul>
<b>Taakdifferentiatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Snellere, betere dienstverlening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen tijdverlies door uitvoeren oneigenlijke taken (tijd besteed door verplegend personeel aan documentatie ligt tussen 13% en 28%)<sup>10</sup></li> </ul>
<b>Uniformiteit en standaardisatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Snellere en meer betrouwbare dienstverlening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder zoektijd, meer efficiëntie in werkzaamheden</li> </ul>
<b>Realtime informatievoorziening</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie persoonsonafhankelijk waardoor betrouwbaarder, overal beschikbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen onnodige overdracht</li> <li>• Niet onnodig zoeken en lopen</li> </ul>
<b>Ontslag begint bij opname</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënt sneller door proces met betere dienstverlening = beter herstel</li> <li>• Patiënt weet waar hij aan toe is</li> <li>• Zorgprofessional weet waar hij aan toe is</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen 'verkeerde bed' arbeid (<i>waste</i> in ziekenhuizen)</li> <li>• Sneller herstel/transfer waardoor ook minder arbeid in vervolgfases (bijvoorbeeld tijdig - en daardoor sneller - revalidatie in intramurale of thuiszorgsetting)</li> <li>• Bewuster en doelmatiger werken</li> </ul>
<b>Acuut is planbaar (op basis van trends) (specifiek voor cure)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënt sneller door proces met betere en snellere dienstverlening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogere productiviteit door planbare inzet in plaats van maximale capaciteit voor 'onverwachte' pieken<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Routeoptimalisatie en dynamische planning (specifiek voor thuiszorg)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers sneller en op tijd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder reistijd</li> <li>• Voorkomen voor dichte deur staan</li> <li>• Efficiëntere dagindeling en hogere productiviteit</li> </ul>

**NB: als patiënten sneller genezen kunnen ze bovendien eerder terugkeren op de arbeidsmarkt (ook een oplossing voor arbeidstekort!)**

Bronnen alleen voor becijferde besparingen aangegeven. Zie 'informatieverantwoording' voor de geraadpleegde informatiebronnen.

<sup>1</sup> Michael Porter in *Redefining Health Care*: wanneer zorginstellingen gaan streven naar beter medisch resultaat en keuzevrijheid voor de klant d.m.v. een betere bedrijfsvoering zal dit tegelijkertijd ook arbeid besparen. *Value in health care is determined in addressing the patient's particular medical condition over the full cycle of care, from monitoring and prevention to treatment to ongoing disease management.*



Het ligt niet aan de toepasbaarheid of realiseerbaarheid van arbeidsbesparende en kwaliteitverhogende procesinnovaties en -optimalisaties dat deze niet op grote schaal doordringen in de zorg, maar aan het verschil in 'mindset'

**Randvoorwaarde voor innovatie in andere industrieën is de juiste 'mindset'. Innoverende bedrijven hebben de overtuiging dat:**

Succesvolle innovaties gestroomlijnde processen zijn in netwerken en ketens gericht op continue betere samenwerking

**1**

Een succesvolle innovatie geen 'antwoord' op zich is. Het is een verzameling kleine, op korte termijn bereikbare, stappen die als geheel leiden tot een beter product en meer klantgerichte dienstverlening

**2**

Innovatie enerverend lijkt, maar saai is en continu aandacht vergt

**3**

**4**

Succesvolle innovaties - waarbij arbeid wordt bespaard - niet het resultaat zijn van het streven naar arbeidsbesparing maar een spin-off van het onuitputtelijke najagen van een klantgericht doel (betere kwaliteit en meer waarde voor de klant)

*De juiste  
'mindset'*



# De 'mindset' in de zorg ten aanzien van innovatie en verbetering, verschilt op vier punten van andere industrieën

Geen integrale aanpak en niet end-to-end patiëntgericht, maar *focus op één aandachtsgebied, expertise, domein of afdeling*, wat tot suboptimale deeloplossingen leidt ('penny wise, pound foolish')

**1** Domein-denken in plaats van samenwerking

- Grootschalig systeemdenken (*'obsessieve megalomanie'*) leidt tot geen of onoverzienbare, niet te behappen veranderingen (bijv. overnames of fusies in plaats van regionale samenwerking, instellingbrede EPD's, grootschalige nieuwbouw)
- En te veel zelf doen met een te beperkt scope en kennisniveau

**2** 'Obsessieve megalomanie' in plaats van top-down kaders en bottom-up kleine stappen

**3** 'Silver bullet' syndroom en 'het roer omgooien' in plaats van continue focus op verbetering

Opstarten van 'innovatie-initiatieven' als 'het antwoord op alle problemen' (de *'silver bullet'*) in plaats van een innovatiecultuur verankeren in de dagelijkse bedrijfsvoering en onderwijs

**4** Denken in problemen in plaats van denken in kansen

- Kaasschaaf voor bezuinigingen (*denken in problemen*) in plaats van kosten- en arbeidbesparing als spin-off van verbeteringen (denken in kansen)
- Weinig samenwerking tussen zorgprofessionals onderling



# De huidige aanpak van procesoptimalisatie in de zorg is veelal een eendimensionale en versnipperde benadering van de assen: zorgpaden, zorglogistiek en informatiebehoefte

## Zorgactiviteiten

Zorgvraag  
- Acuut  
- Planbaar

Intake/opname

Diagnostiek/  
Voorbereiding

Behandeling

Verblijf en  
herstel

Ontslag/  
Transfer

1

### As Zorgpaden



Het optimaliseren van één zorgpad kan leiden tot belemmeringen in andere zorgverlening in een instelling. Er is weinig samenwerking tussen afdelingen en instellingen in het breder overnemen en implementeren van best-practices.

2

### As Zorglogistiek



De huidige aanpak is gericht op optimalisatie van middelen/capaciteit binnen één activiteit zonder rekening te houden met effecten op de overige zorgverlening (bijvoorbeeld gericht op optimaliseren productiviteit behandelaars/ benutting behandelcapaciteit, maar met negatieve effecten op tijdsbesteding verpleging en verzorging). Vaak worden logistieke infrastructuur en fysieke opzet van gebouwen niet in samenhang met de zorglogistiek benaderd.

3

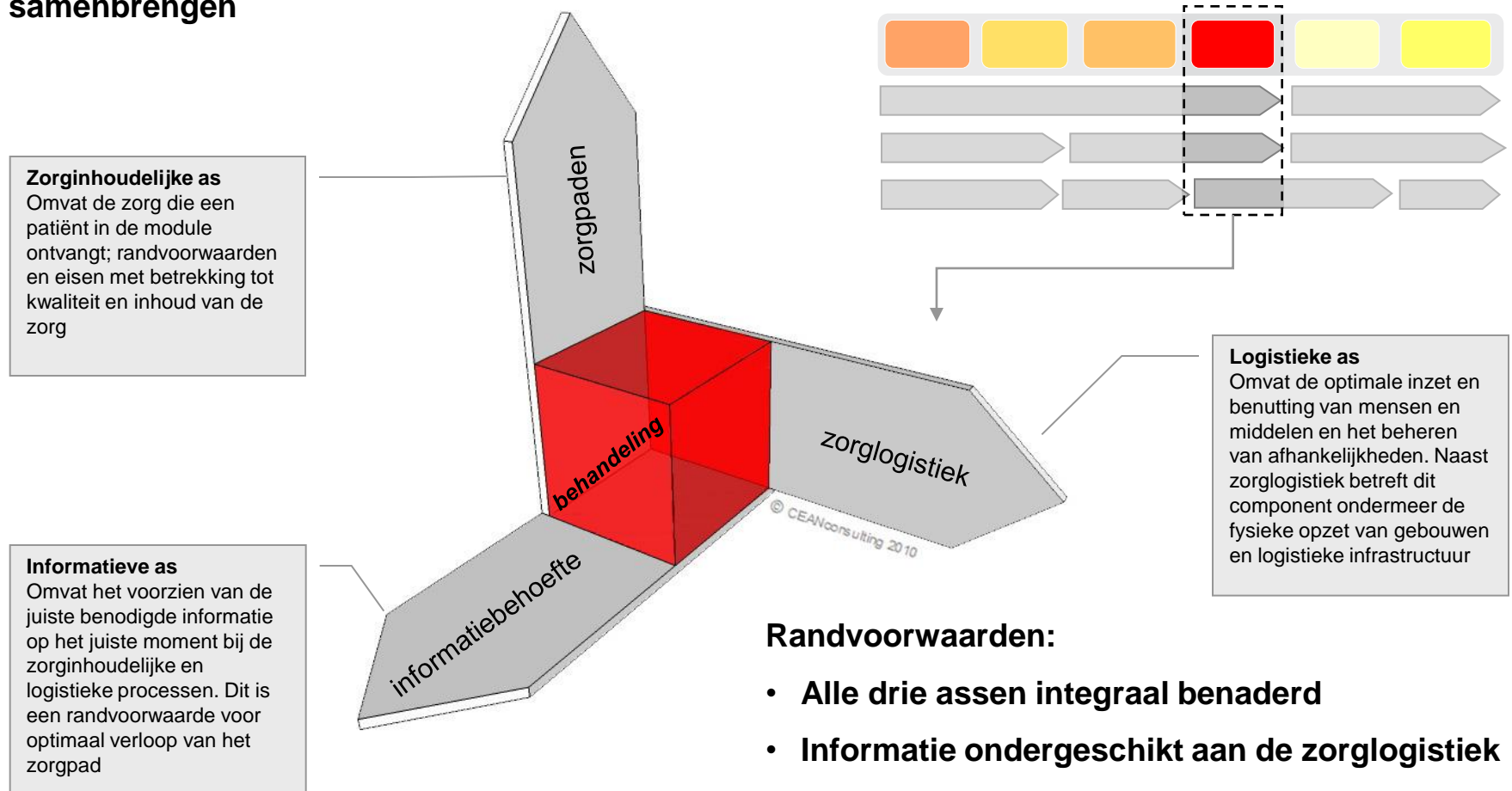
### As Informatiebehoefte



De huidige aanpak is gericht op implementatie van grootschalige ICT-voorzieningen (EPD/EVD/EMD/...) uitgaande van het vastleggen van informatie en niet van de rol van de informatie in de ondersteuning van het proces, met als resultaat omslachtige digitale ondersteuning die ten opzichte van papieren dossiers niet tijdswinst maar juist meer problemen oplevert.

# Op basis van onze ervaring hebben we de volgende aanpak ontwikkeld voor succesvolle optimalisatie van zorgprocessen (1/3)

## Per module (bottom-up) de drie assen (zorgpaden, zorglogistiek en informatiebehoefte) samenbrengen



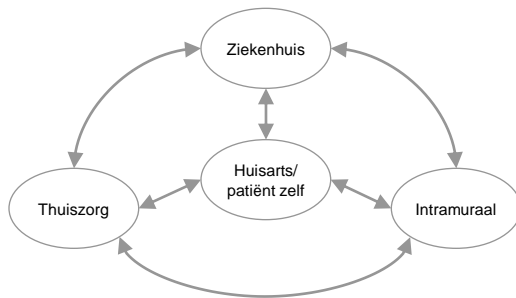
### Randvoorwaarden:

- Alle drie assen integraal benaderd
- Informatie ondergeschikt aan de zorglogistiek
- Zorglogistiek ondergeschikt aan zorgpaden

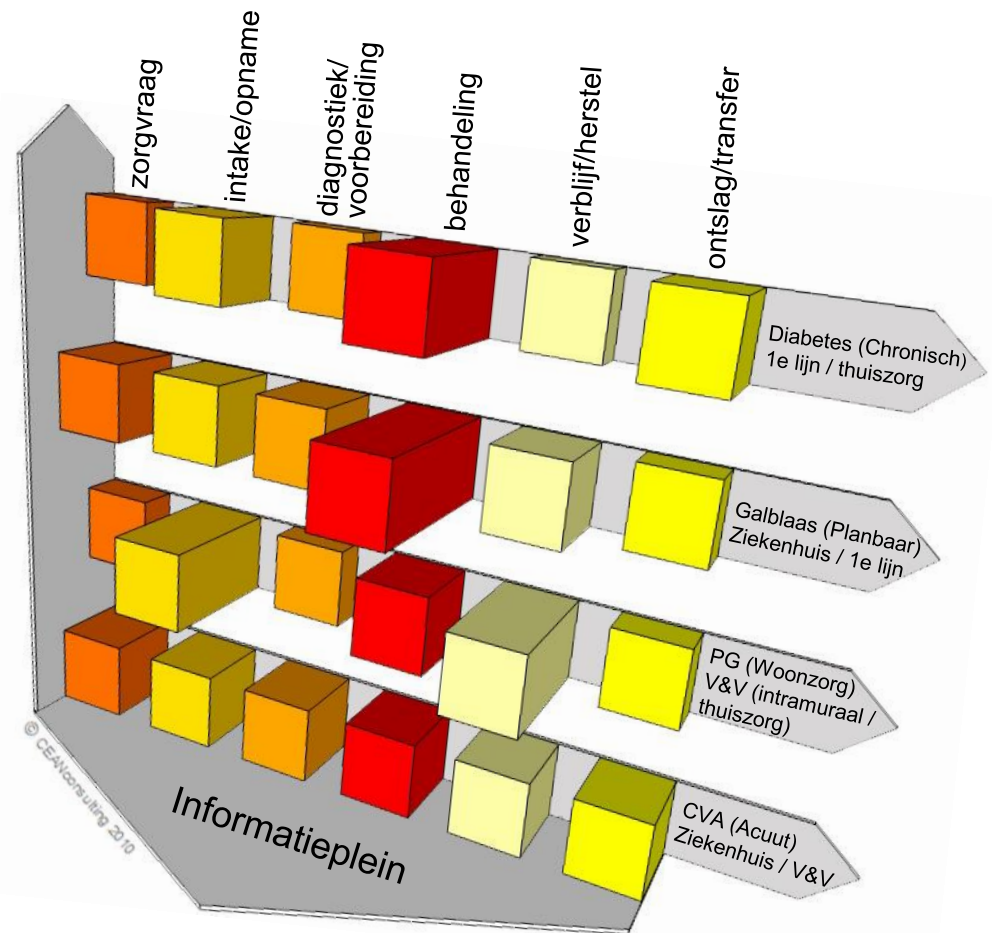
Op basis van onze ervaring hebben we de volgende aanpak ontwikkeld voor succesvolle optimalisatie van zorgprocessen (2/3)

## Koppelen modules in zorgpaden over de as van zorglogistiek

- Koppelen modules tot zelfstandig functionerende zorgpaden
- Optimalisatie van onderlinge samenhang tussen zorglogistiek en informatiebehoefte binnen een zorgpad
- Toepasbaar op alle typen zorgpaden (1e lijn, acuut, planbaar, chronisch, woonzorg: intramuraal en thuiszorg, GGZ, et cetera)



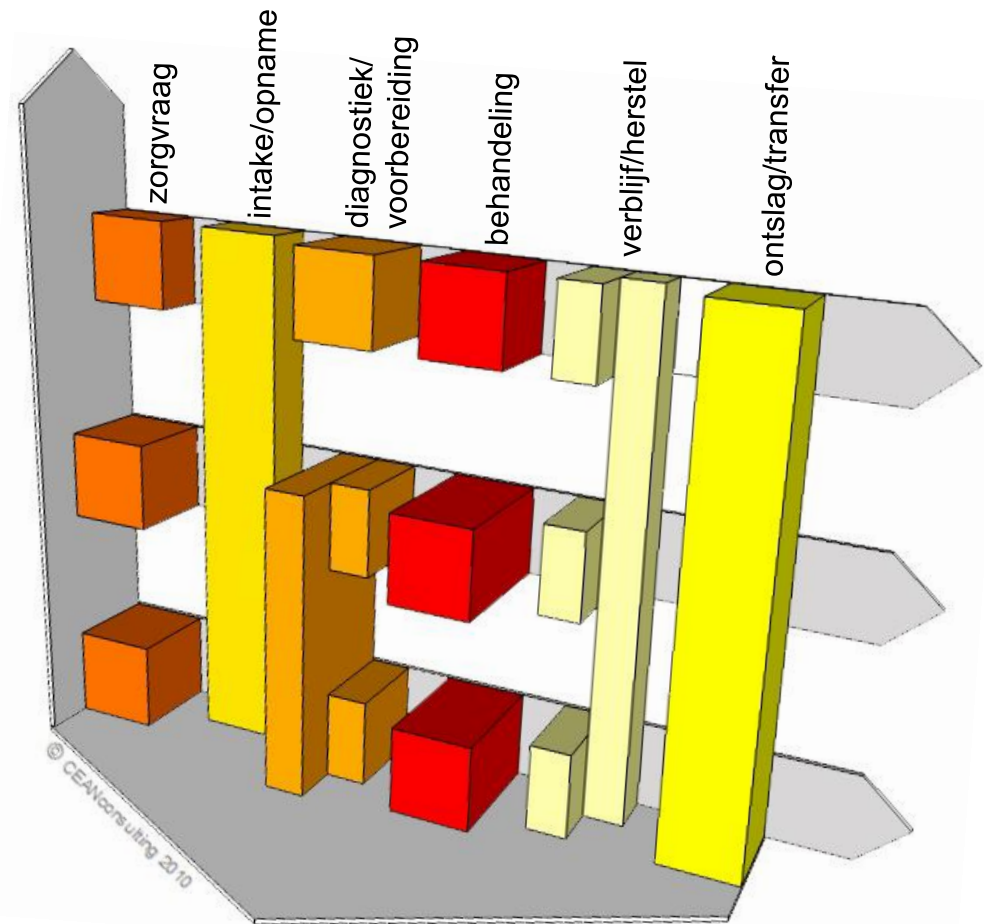
- Ketenfocus is key: zowel binnen instellingen (tussen afdelingen) als ketenbreed tussen instellingen, met een gelijkwaardige (en proportioneel) verdeling van inspraak, inkomen, kosten en verantwoordelijkheden



Op basis van onze ervaring hebben we de volgende aanpak ontwikkeld voor succesvolle optimalisatie van zorgprocessen (3/3)

## Optimaliseren capaciteit over de drie dimensies

- Door de benadering van het zorgpad in samenhang met zorglogistiek en informatiebehoefte ontstaat de mogelijkheid om (ketenbreed) capaciteit optimaal in te zetten
- Onderscheid wordt gemaakt in specifieke en generieke activiteiten per zorgpad
- Harmonicamodel: er is niet meer capaciteit nodig, maar er moet flexibel en generiek omgegaan worden met huidige capaciteit



## Een case uitwerking voor CVA zoals een bedrijf dit zou aanpakken: realisatie van een regionaal 'stroke centre' waarin de gehele keten is betrokken

### Keuze voor CVA case (acuut) omdat:

- Het vaak oudere patiënten zijn (groot verbeterpotentieel in verband met vergrijzing van Nederland)
- Verschillende typen zorg: acuut in eerste fase waarna lange revalidatieperiode in volgende fases
- De gehele keten is betrokken (wanneer behandeling in eerste fase in het ziekenhuis te traag verloopt heeft dit gevolgen voor de revalidatieduur in de volgende fases in zorginstelling/thuis)
- Het een goed voorbeeld is waarbij verbeteringen in preventie en behandeling uiteindelijk arbeidsbesparend werken in rest van de keten
- ***Het een voorbeeld is waarbij het inzetten van meer arbeid in bepaalde processtappen (lijkt in eerste instantie onlogisch) uiteindelijk leidt tot aanzienlijk minder arbeid in de CVA-keten***

Een aantal cases voor andere typen zorg zijn ook onderzocht (woonzorg; intramuraal en thuiszorg; chronische zorg; planbare zorg), maar zijn niet verder toegelicht in dit rapport omdat de denkrichting en aanpak geïllustreerd met de CVA-case één op één toepasbaar zijn voor deze typen zorg (en daarnaast ook voor eerstelijns zorg, GGZ, et cetera).

# Een case uitwerking voor CVA zoals een bedrijf dit zou aanpakken: realisatie van een regionaal 'stroke centre' waarin de gehele keten is betrokken

## 1 Optimaliseren capaciteit op basis van omvang/'kritische massa': circa 40.000 incidenten per jaar in NL (populatie 16,5M)

- Eén stroke centre per regio (bevolkingsgrootte verzorgingsgebied > 1M)
- 2.500-3.000 incidenten per jaar in regio, afhankelijk van bevolkingsgrootte en risicoprofielen verzorgingsgebied
  - Capaciteit regionale stroke centre op basis van gemiddeld 7-10 incidenten per dag
  - CVA omvat 2,2% van totale zorgkosten in NL; het stroke centre is eigenlijk een middelgrote onderneming op zich (circa €75M ketenomzet op basis van 3.000 incidenten per jaar voor de stroke centre)
- Betrokken instellingen aandeelhouders van stroke centre (huisartsen, V&V/intramuraal en thuiszorg, ambulancedienst, ziekenhuis, et cetera)

## 2 Ketenbrede business case uitwerken, met...

- Voldoende capaciteit stroke centre ('fully equipped' 24x7 centre)
- Garanties voor capaciteit (en inkomsten) in V&V, thuiszorg, ambulancediensten (60% van patiënten gaat naar huis bij ontslag, waarvan 1/4 poliklinisch revalideert; 15% gaat naar V&V; 8% gaat naar revalidatiecentrum en 15% overlijdt in ziekenhuis)
- Ketenbrede kosten- en macro-economische afwegingen op basis van alle behandelde patiënten, niet per patiënt in een deel van de keten:
  - Vaste vergoedingen voor 'outcome per incident', niet voor aantal ligdagen
  - Toekomstige zorgbehoefte, zelfstandigheid en arbeidsparticipatie van patiënt telt mee in vormgeving beleid

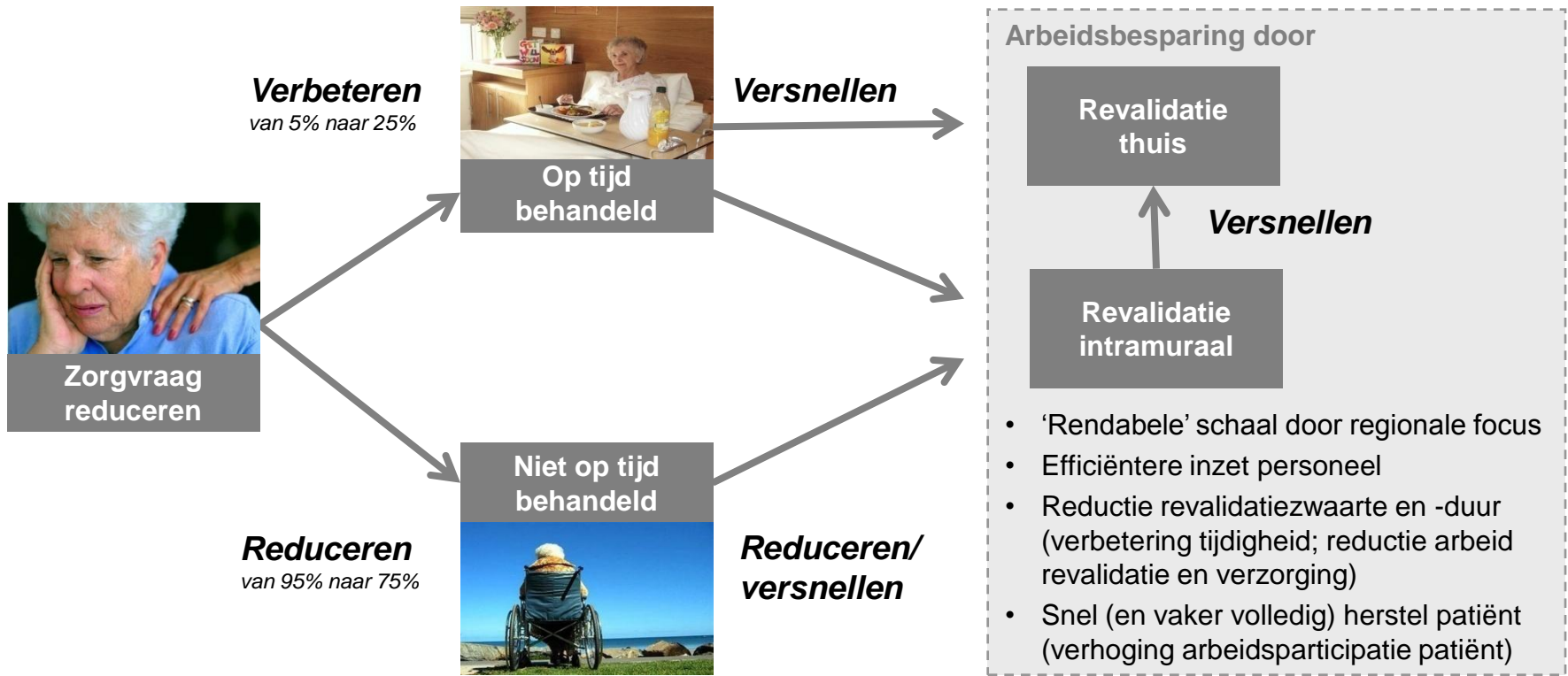
## 3 Ketenbreed de processen uitwerken, implementeren en iteratief verbeteren

- Lean Six Sigma/theory of constraints/...: 'choose the model you love, but apply it consistently and persistently'
- Primaire proces over gehele keten in kaart brengen. In beeld brengen hoeveel CVA-patiënten binnen welke periode worden behandeld (indicatiestelling, trombolysie, behandeling, revalidatie) en waar de bottlenecks in de keten liggen
- Rollen & verantwoordelijkheden toekennen binnen proces - iedereen binnen keten is verantwoordelijk voor deelstap, maar ook voor gedeeld eindresultaat (met 'eerlijke' financiële prikkels voor alle partijen)
- Alles gericht op 'early warning & resolution' (verhoging % behandelingen met trombolysie, verlaging zwaarte en duur revalidatietraject):
  - Regionale afspraken met huisartsen, ambulance diensten, trauma teams, V&V, thuiszorg, ziekenhuizen
  - Middelen (ICT, apparatuur, et cetera) ondergeschikt aan het proces, en ingezet alleen nadat processen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn
  - Capaciteit en processen continue monitoren en aanpassen op basis van uitkomsten



Deze aanpak zou leiden tot een significante arbeidsbesparing: verbetering van het proces zorgt voor reductie van zorgvraag en beter herstel, en zorgt daarmee ook voor arbeidsbesparing

### De paradox in werking: arbeidsbesparing en hogere patiënttevredenheid



**End-to-end focus patiëntenproces**  
CVA-patiënt is zo snel mogelijk (volledig) hersteld en weer op eigen benen thuis

Er kan veel arbeid worden bespaard wanneer door de regionale aanpak de ligduur van CVA-patiënten in de V&V en revalidatie-instellingen wordt teruggebracht van zes naar drie maanden

### De case

## Ligduurreductie van drie maanden bij 70% van de intramuraal revaliderende patiënten

- Het totaal aantal patiënten CVA per jaar landelijk is 40.000
- 23% van de patiënten revalideert in V&V of revalidatiecentrum (verblijf circa zes maanden) = 9.200
- Bij 70% van de patiënten die worden opgenomen in een V&V of revalidatie-instelling is het mogelijk om de ligduur van zes naar drie maanden terug te brengen = 6.440 cliënten
- Per week krijgt elke patiënt CVA (ZZP9) 4 uur behandeling en 15,5 uur verpleging en verzorging
- Voor alle cliënten landelijk die drie maanden minder ligduur hebben komt het totaal aantal uur behandeling op 347.760 uur (240 fte) en totaal aantal uur verpleging&verzorging hiermee op 1.347.570 uur (929 fte)

### Wat levert dit op voor arbeidsbesparing?

- Landelijk: 1.169 fte: besparing aantal fte behandeling = 240, besparing aantal fte verpleging en verzorging = 929 (op basis van 36-urige werkweek en 40 effectieve werkweken per jaar)
- Per regio: 88 fte (bij een doelgroep van circa 3.000 cliënten/jaar)

### Deze arbeidsbesparing zorgt ook voor kostenbesparing

- € 65.654.690 besparing op totale jaarlijkse loonkosten CVA (besparing loonkosten behandeling = €19.186.759, besparing loonkosten verzorging en verpleging = €46.467.931 )
- Dit betekent een jaarlijkse besparing van circa 6% op de huidige kosten (zowel arbeid als kosten) voor CVA



# Naast arbeidsbesparing in V&V en revalidatie-instellingen kan door de regionale aanpak ook nog op andere onderdelen van de CVA-keten arbeid worden bespaard<sup>1</sup>

- ▶ Snelle behandeling en medicatie voorkomt recidive klachten
  - De kans op overlijden dan wel de kans op blijvende ADL-afhankelijkheid was bij patiënten die op een stroke unit waren opgenomen, 64% kleiner dan bij patiënten die niet op een gespecialiseerde stroke unit afdeling waren opgenomen
  - Het starten van de medicamenteuze behandeling na een TIA of lichte beroerte na 1 dag in plaats van na 20 dagen leidt tot een absolute **risicoreductie van 8,2% op een beroerte in de eerste drie maanden**
  - Behandeling van patiënten met TIA of herseninfarct met hoge dosis atorvastatine gedurende vijf jaar leidt tot een risicoreductie op recidief infarct van 16% (**absolute risicoreductie 2,2% in vijf jaar**) en gaat gepaard met een risicoreductie op overige vasculaire ziekte van 26%
- ▶ Snelle behandeling, starten therapie en doorverwijzing zorgt voor sneller herstel cliënt --> eerder terug op de arbeidsmarkt
  - Intensieve oefentherapie bij opname in een stroke unit, revalidatiecentrum of verpleeghuis (van gemiddeld 48 minuten fysio en 23 minuten ergotherapie per werkdag) leidt tot betere uitkomsten in termen van loopvaardigheid, ADL-zelfstandigheid (zoals lopen, aankleden en wassen) en instrumentele ADL-vaardigheden (zoals buitenshuis lopen, koken en doen van huishoudelijke activiteiten)
  - Het is aangetoond dat de intensiteit waarmee afasietherapie gegeven wordt evenredig is met het succes. Bij een frequentie van minimaal 2 uur per week wordt een groter effect gezien dan bij een frequentie van 1 uur per week of minder
  - Coördinatie van het ontslag onder verantwoordelijkheid van een early stroke discharge (ESD) team leidt bij de patiënten tot
    - een significante reductie van het aantal ligdagen, in het ziekenhuis, met name voor patiënten met ernstige beperkingen
    - een significante reductie in de kans op overlijden en afhankelijkheid, met name voor patiënten met matige beperkingen
    - significant meer tevreden zijn over de nazorg of de ondersteuning in zijn algemeenheid
- ▶ Actieve preventie van het krijgen van een CVA door middel van lifestylecoaching, bemoedigen sporten, actieve signalering en doorverwijzing risicogroep door huisartsen

<sup>1</sup> Voorbeelden zijn overgenomen uit 'Richtlijn: diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte', *Nederlandse vereniging voor neurologie*, 2008

# Echter, ook bij de juiste mindset en aanpak zijn er nog barrières in het doorvoeren van innovaties (1/4)

## Vanuit het perspectief van alle zorginstellingen (care en cure) liggen de grootste barrières in aansturing, management en bedrijfscultuur (1).



## Aanbeveling/oplossing

Gebrek aan kwaliteit en continuïteit management	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Innovatie leeft niet bij degenen die het uitvoeren</b> omdat verandering van bovenaf wordt opgelegd in plaats van onderaf opgebouwd, en omdat er weinig 'eigen successen' herkenbaar zijn voor het personeel</li> <li>• <b>Cultuur van ingesleten patronen</b> (ingesleten zowel in opleiding als op de werkvloer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet blindstaren op de 'Balkenende-norm': <b>resultatafhankelijke beloning</b> management mogelijk maken</li> <li>• <b>Meer zeggenschap en daadkracht</b> voor <i>goede</i> bestuurders</li> <li>• <b>Consistent lange termijn beleid</b> en heldere 'top-down' kaders</li> <li>• <b>Kleine, op korte termijn bereikbare, initiatieven</b> (voorzien van een sluitende business case, getoetst aan het lange termijn beleid en de kaders)</li> <li>• <b>Eerst een paar successen etaleren</b> met 'a few good (wo)men'; dan pas beginnen met bredere opzet van procesinnovaties</li> <li>• <b>Verantwoord delegeren</b> van 'the power to do without having to ask for permission first' en 'the power to say yes to the customer'</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>De juiste mensen op de werkvloer worden niet structureel vrijgemaakt</b> voor het (mee)denken over en deelname aan procesinnovatie: 'Wij zijn te druk met ons werk om over betere werkwijze na te denken'</li> <li>• <b>'Afromcultuur'</b> ten aanzien van gerealiseerde besparingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Innovatie als een normaal onderdeel van de bedrijfsvoering</b> door middel van bijvoorbeeld een structureel 'innovatiebudget' binnen instellingen (voor mensen en middelen)</li> <li>• <b>Verantwoordelijkheden en beloningen toekennen</b> (en structureel tijd vrijmaken voor personeel) voor aandragen en implementeren procesinnovatie</li> </ul>
<p><b>Succesvolle innovatie</b> is persoonsafhankelijk en <b>wordt niet verankerd</b>, waardoor weinig continuïteit en verspreiding</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Succesvolle procesinnovaties worden <b>formeel overgenomen</b> als onderdeel van reguliere bedrijfsvoering</li> <li>• Investerings in <b>continue opleiding</b> in procesinnovatie en -verankering voor bestaand en nieuw personeel</li> </ul>

# Echter, ook bij de juiste mindset en aanpak zijn er nog barrières in het doorvoeren van innovaties (2/4)

## Vanuit het perspectief van alle zorginstellingen (care en cure) liggen de grootste barrières in aansturing, management en bedrijfscultuur (2).

### Barrière



- **Processen, afspraken en verantwoordelijkheden zijn onduidelijk, niet goed doordacht** (beschreven en gealloceerd) en niet goed op elkaar afgestemd (zorgpaden, zorglogistiek, en informatie)
- **Beperkingen in de bestaande fysieke opzet van gebouwen, logistieke infrastructuur en informatievoorzieningen** belemmeren procesoptimalisatie

Focus op **'lazy cost-cutting'**: er ontstaan bottlenecks doordat er wordt gekort op capaciteit 'kostbare' infrastructuur (bijvoorbeeld OK's in cure, bedden in care)

Instellingen geven aan dat ze **zelf ook een barrière** zijn:

- **Niet gewend aan inhoudelijke constructieve samenwerking** intern in de organisatie, laat staan in de keten
- **Onduidelijkheid** hoe verschuiving van huidige werkwijze **impact** zal hebben **op omzet**, daarom gedreven op handhaven status quo
- **Onduidelijkheid** hoe innovaties en vooral de transitieperiode **impact** hebben op de **veiligheid van de patiënt**, geen vertrouwen in de techniek (bijvoorbeeld uitvallende ICT, geen toegang tot informatie op kritieke momenten)

### Aanbeveling/oplossing

- **Proceseigenaren toewijzen** (personeel binnen afdelingen en case managers over de hele keten heen)
- **Goede afspraken** waarop gestuurd kan worden (bijvoorbeeld meetbare SLA's op alle niveaus - intern en extern)
- **Continue monitoring en bijsturing** zorgprocessen door middel van KPI's
- **Plannen en investeringen** voor een component (bijvoorbeeld een nieuw gebouw) **alleen in samenhang** met de andere assen (zorg)logistiek, informatie, et cetera)

- **Regionale buffercapaciteit/overcapaciteit** realiseren en delen tussen instellingen ('**harmonicamodel**' voor mensen en middelen, idealiter ketenbreed)
- **Intensievere regionale samenwerking** 'zelfde-lijns'-instellingen voor betere inzet van schaarse en kostbare mensen en middelen (samenwerking in plaats van concurrentie)

- **Financiële prikkels** voor gehele keten **in dezelfde lijn zetten**
- **Verbeteringen** doordenken **vanuit alle aspecten**, inclusief financiële aspecten zoals beloning, omzet instelling en compensatiemogelijkheden
- Zorgen voor continue **kleine verbeteringen** met een behapbare en voorspelbare uitkomst
- **Voldoende pilots en schaduwdraaien** bij doorvoeren innovatie
- **Vrijheden** geven om **verdienpotentieel** binnen het end-to-end patiëntenproces te **hergebruiken** voor geven van juiste prikkels aan de organisatie en kwaliteitsverbetering

# Echter, ook bij de juiste mindset en aanpak zijn er nog barrières in het doorvoeren van innovaties (3/4)

## Vanuit het perspectief van de overheid liggen de grootste barrières in snel veranderende wet- en regelgeving (1).

### Barrière



- Er zijn **geen financiële prikkels om sneller en beter zorg te verlenen** dan voorgeschreven (bijvoorbeeld onnodige herhaalbezoeken). Uitvoering van prescriptieve taken wordt beloond, in plaats van outcomes en indirecte resultaten (zoals preventie). Nog steeds 'arbeidsloon per verrichting', leidt tot hoge (over)productie. Afwijkingen van de voorschriften ten behoeve van betere en snellere zorg kunnen juist leiden tot minder opbrengsten voor zorginstellingen
- **Kostenstructuur niet in overeenstemming met de werkelijkheid** (bijvoorbeeld klinische opname geeft hogere inkomsten dan dagopname). Prijzen staan los van de werkelijke kosten (bijvoorbeeld vergoeding voor kleinschalige PG-verzorging niet kostendekkend) en in onderhandelingen wordt **kruissubsidiëring en nacalculatie** toegepast. Inkomsten en **kostenstructuur** op onderdelen van (keten)zorg **tegenstrijdig** (één zorgverlener maakt verlies, en de andere winst). Bij veranderingen zijn de (financiële) gevolgen niet te overzien
- **Kortcyclische financiële zekerheid**. Elk jaar moet opnieuw worden onderhandeld met verzekeraars en overheid over budgetten en productieplafonds, waardoor een lange termijn beleid moeilijk is te formuleren en handhaven
- Dit wordt versterkt door **onduidelijkheden over de lange termijn richting van de wet- en regelgeving**

### Aanbeveling/oplossing

- **(Keten)vergoeding voor resultaat per aandoening** (meting op basis van klanttevredenheid en outcomes - morbidity/mortality rates, heropnamen, complicaties, herhaalconsulten - ook ergens anders in de keten, et cetera)
- Mogelijkheid voor klanten om **laagdrempelig (en echt) te kiezen** tussen zorgverleners en 'to vote with their feet' (ook tussen eerstelijns 'poortwachters')
- **Aanpassen kostenstructuur op basis van werkelijke kosten** bevorderen een verandering in mindset van bedrijfsvoering op basis van het toebedelen van budgetten naar bedrijfsvoering op basis van een verdienmodel
- **Meerjaren contracten** (afspraken en SLA's over outcomes en preventie) tussen zorgverleners en verzekeraars gebaseerd op instellings specifieke of ketenbrede businessplannen
- **Doordachte en stabiele meerjaren visie**, beleid en wetgeving (met alleen onvermijdbare tussentijdse aanpassingen)

# Echter, ook bij de juiste mindset en aanpak zijn er nog barrières in het doorvoeren van innovaties (4/4)

## Vanuit het perspectief van de overheid liggen de grootste barrières in snel veranderende wet- en regelgeving (2).

### Barrière



### Aanbeveling/oplossing

#### Schaalvoordelen moeilijk te realiseren door versnippering van de zorg over meerdere aanbieders in een regio:

- Door verzekeraars wordt elk jaar een productieplafond per instelling vastgesteld
- Onduidelijkheid over toepasbaarheid van mededingingswetgeving belemmert samenwerking tussen instellingen ('Nederland is klein' - hoe groot moet een verzorgingsgebied zijn voordat er sprake is van een kartel of een monopolist?)
- Optimalisatie alleen mogelijk binnen een 'taartpunt' in plaats van over de hele taart

Ketensamenwerking wordt actief belemmerd door **verschotting of 'oneerlijke' verdeling van vergoedingen** tussen samenwerkende disciplines/ketens, terwijl zorgverlening multidisciplinair is; er is geen gezamenlijk belang (bijvoorbeeld gescheiden financieringsstromen WMO, AWBZ en ZVW; DBC's per discipline)

- De overheid **reguleert op microniveau** en bepaalt daarmee de bedrijfsvoering van zorginstellingen (NZA, IGZ, NMA, TNO, CS, CIZ, CVZ, verzekeraars, zorgkantoor)
- **Voortdurende aanpassingen in regelgeving** kosten alle beschikbare energie en gelden (en meer), waardoor geen tijd of geld beschikbaar is om procesinnovaties te bewerkstelligen

Focus op '**samenwerking** in de zorg, keuzevrijheid en transparantie voor de klant' in plaats van '**marktwerking** en concurrentie')

- Schaal zorginstellingen te beperkt voor gezonde concurrentie
- In andere complexe industrieën zijn er geen voorbeelden van bedrijven die een provinciale of streekmarkt bedienen en tegelijkertijd succesvol en innovatief zijn (Airfrance-KLM, Shell, DSM, Rabobank, Ahold, Philips, ASML, Paccar-DAF, ...)
- Ook de verzekeringsmaatschappijen zijn niet beperkt tot een regio of provincie (en ook niet tot Nederland)
- (Regionale) samenwerking biedt kansen

**Vrij (ketenbreed) handelen naar eigen inzicht** binnen duidelijke macrokaders

- **Twee toezichthouders per sector** zijn meer dan genoeg ('Twee Nederlanders een kerk. Drie Nederlanders een kerkscheuring')
- **Doordachte en stabiele meerjaren visie**, beleid en wetgeving (met alleen onvermijdbare tussentijdse aanpassingen) wetgeving (met alleen onvermijdbare tussentijdse aanpassingen)

# Conclusies en samenvatting aanbevelingen

---

## Conclusies

- Arbeidsbesparende innovaties in andere industrieën zijn voornamelijk het gevolg van het streven naar verbetering van producten en diensten door middel van procesoptimalisatie, en niet een doel op zich
- Arbeidsbesparende procesoptimalisaties in de zorg zijn voor de hand liggend, maar dringen niet door
- Zorginstellingen zijn wel bereid te innoveren maar hebben niet de juiste 'mindset', aanpak en worden gehinderd door diverse externe en interne barrières

## Samenvatting aanbevelingen

### Voor zorginstellingen

- Gebruik procesoptimalisatie als middel om betere producten en services te krijgen (kwaliteit en waarde voor de klant) en daarmee uiteindelijk ook besparing van arbeid
- Zorg voor inbedding van procesoptimalisatie in dagelijkse bedrijfsvoering en maak hiervoor structureel mensen en middelen vrij (verbeteringen bottom-up en kaders top-down)
- Maak heldere afspraken over taken en verantwoordelijkheden van medewerkers en beloon/stuur op deze afspraken

### Voor de overheid

- Schep macrokaders waarbinnen samenwerking in ketens key is (in plaats van microkaders en marktwerking als uitgangspunt)
- Stabiele meerjaren visie en beleid (in plaats van voortdurende beleidsaanpassingen en daarmee continue onduidelijkheid en onzekerheid in de sector)
- Bevorderen van verandering in mindset: van budgetverdeling naar verdienmodel



## Over CEANconsulting

---



### Over CEANconsulting

[www.ceanconsulting.com](http://www.ceanconsulting.com)

- **CEANconsulting** is een strategisch adviesbureau dat brede technische en operationele kennis uit verschillende bedrijfssectoren bij elkaar brengt en compacte en haalbare plannen maakt om complexe bedrijfsvraagstukken op een duurzame wijze aan te pakken
- Wij adviseren verschillende opdrachtgevers - zowel in de gezondheidszorg als in andere sectoren - bij complexe strategische verandertrajecten. Deze opdrachtgevers lijken uiteenlopend maar zijn vergelijkbaar: zij opereren in diverse proces- en techniekgedreven industrieën met snel wijzigende marktomstandigheden en regelgeving
- Onze sterkte ligt in een multidisciplinaire en integrale aanpak: onze ervaring leert dat innovatie alleen duurzaam en succesvol is bij een integrale benadering van processen, organisatie, techniek en infrastructuur
- Ons team van professionals heeft een brede technische basis en is in staat innovatieve oplossingen te bedenken en de implementaties daarvan te begeleiden

# Voorbeelden van opdrachten

## Voorbeelden van opdrachten in de gezondheidszorg

### Care en GGZ

**CEANconsulting begeleidt care- en GGZ instellingen bij de transitie van traditionele verpleeg- en verzorgingshuizen, en van verouderde GGZ concepten en -centra naar moderne en duurzame/betaalbare zorg- en vastgoedconcepten.**

Dit omvat onder meer het samen met de opdrachtgever opstellen van de strategische visie en transitieplannen, het bepalen van de financiële en bedrijfsmatige haalbaarheid (business cases), conceptontwikkeling (zorg- en woonconcepten), contract onderhandelingen, stakeholdermanagement, en het begeleiden van de transitie op strategisch en operationeel niveau.

### Cure

**CEANconsulting begeleidt ziekenhuizen bij complexe vraagstukken, zoals de transitie van een groot ziekenhuis op één locatie naar een nieuw organisatiemodel met onderdelen op verschillende locaties.**

Hierbij ondersteunt CEANconsulting de opdrachtgever met het opstellen van de strategische visie en de transitieplannen, het bepalen van de financiële en bedrijfsmatige haalbaarheid (business cases), conceptontwikkeling (concepten en de architectuur voor vernieuwing van zorgprocessen, ICT en gebouwen), contract onderhandelingen, stakeholdermanagement, en het begeleiden van de transitie op strategisch en operationeel niveau.

## Voorbeelden van opdrachten in andere industrieën

### Retail

- Europa-brede vernieuwing van klant-, leverancier- en productmanagementprocessen

### Banking en Insurance

- Vernieuwing (wereldwijde/Europese) bedrijfsprocessen en ICT-architectuur
- Introductie oplossingen internetbankieren

### Telecommunicatie en High-Tech

- Opzetten en ondersteunen van grootschalige verbeterprogramma's
- Vernieuwing (wereldwijde/Europese) bedrijfsprocessen en ICT-architectuur

### Energie

- Deregulering en splitsing
- Opzetten en ondersteunen van grootschalige veranderprogramma's
- Begeleiden EU-aanbestedingen
- Assessment, herstructurering en vernieuwing van bedrijfsprocessen en ICT-architectuur

# Informatieverantwoording (1/3)

## Gebruikte literatuur (lijst niet limitatief)

1. **Redefining healthcare**, *M. Porter*, 2006
2. **Consumer-driven health care**, *R. Herzlinger*, 2004
3. **The innovator's prescription – a disruptive solution for health care**, *C.M. Christensen*, 2009
4. **The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes**, National Academy of Sciences, 2010
5. **Crossing the quality chasm**, Institute of Medicine, 2000
6. **Leadership for smooth patient flow**, Institute for healthcare improvement, 2007
7. **Managing patient flow**, Eugene Litvak/ Joint commission resources, 2010
8. **Optimizing patient flow: moving patients smoothly through acute care settings**, Institute for healthcare improvement: 2003
9. **Operational failures and interruptions in hospital nursing**, *Health Services Research*, 2006
10. **Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses**, National Academy of Sciences, 2004
11. **Innovations in planned care**, *Institute for healthcare improvement*, 2006
12. **Increasing efficiency and enhancing value in healthcare**, *Institute for healthcare improvement*, 2009
13. **Reducing delays and waiting times: throughout the healthcare system**, *Institute for healthcare improvement* 1996
14. **Variability in Surgical Caseload and Access to Intensive Care Services**, American Society of Anesthesiologists, 2003
15. **Going lean in healthcare**, *Institute for healthcare improvement*, 2005
16. **Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership**, *National academy of engineering and Institute of medicine*, 2005
17. **Improving transitions to reduce readmissions**, *M. Biognano, A. Boutwell*, 2009
18. **A systems approach to patient centered care**, *Steven C. Bergeson; John D. Dean*, 2006
19. **Economic barriers to implementation of innovations in health care: Is the long run–short run efficiency discrepancy a paradox?**, *Adang, et al*, 2008
20. **Cost-effectiveness analysis in relation to budgetary constraints and reallocative restrictions**, *Adang et al*, 2005
21. **Using industrial processes to improve patient care**, *British Medical Journal*, 2004
22. **Key capabilities in electronic health record systems**, *National academy of sciences*, 2003
23. **Analysis of healthcare interventions that change patient trajectories**, *Rand Corporation*, 2005
24. **Doctor innovation; Shaking up the health system**, *Economist intelligence unit*, 2009
25. **Zorg op afstand; Een innovatie in de langdurige zorg**, *Algemene rekenkamer*, 2009
26. **Stop de dicatuur van het aanbod**, *W. Huppel*, *Financieel Dagblad*, 16-11-2009
27. **Richtlijn: diagnostiek , behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte**, *Nederlandse vereniging voor neurologie*, 2008
28. **Helsingborg declaration on stroke: europees beleid voor beroerte**, *Helsingborg declaration* 2006



## Informatieverantwoording (2/3)

### Genodigden voor Workshop 1

georganiseerd door



**medisch centrum alkmaar**

#### **Medisch Centrum Alkmaar**

- Frits van den Broek - Voorzitter Raad van Bestuur
- Lex Houdijk - Chirurg
- Jolanda Smulders-Bosch - Afdelingsmanager hart-longcentrum
- Marijke Schröder - Stafmedewerker projecten hart-longcentrum
- Huub Stroeks - Relatiemanager (t.b.v. samenwerking tussen het MCA en de 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn)
- Simone Nauta - Anesthesioloog
- Piet Moerbeek - Manager dagbehandeling
- Judith Reerds-Rijn - Verpleegkundige/ VAR
- Henk van Alphen - Zorggroepmanager
- Nico Appel - Project -interimmanager
- Raymond Vogels - Neuroloog
- Lucien Keijzer - Orthopeed

#### **Evean**

- Sandra Timmermans - Regiodirecteur thuiszorg

#### **HONK (Huisartsen Organisatie Noord-Kennemerland)**

- H. Sterke - Directeur HONK

#### **De Bergense Huisartsen/HONK**

- Kees van Straaten - Huisarts/ voorzitter HONK

#### **Gezondheidscentrum De Mare**

- J.J. van Wijland - Huisarts

### Genodigden voor Workshop 2

georganiseerd door



- Jankees Cappon - Raad van Bestuur, Alysis ZG

#### **Ziekenhuis Rijnstate**

- Lisette van den Berg – Capaciteitsmanager
- Desiree Creemers - Medisch manager
- Jeroen Veldboer - Centrummanager P&O
- Esthers Agterdenbos - Manager bedrijfsvoering
- Dolf Boerman - Neuroloog
- Paul Valkenburg - Zorgmanager neurologie
- Ernst Jan Spillenaar Bilgen - Chirurg
- Marina van Gelder - Zorgmanager
- Ton Eikmans - Zorgmanager OKC
- Frans Smolders - Centrummanager I&A
- Jan Boot - Hoofd facilitair serviceteam / klinische fysica
- Mariëtte van Dijk - Programmamanager Alysis Oncologisch
- Carl Wijburg - Uroloog
- Dirk Jan van Berckel - Capaciteitsmanager
- Karin Kaasjager - Internist
- Mieke Zemmeling - Hoofd bureau zorginnovatie
- John Hardeman - Klinisch fysicus

#### **Verpleeghuis Zevenaar**

- Paola Peters – Directeur
- Frank Schaapsmeerder - Verpleeghuisarts

#### **Stichting Pleyade**

- Piet Hein Jonkergouw – Raad van Bestuur

### Gevoerde interviews met 'het veld'

#### CARE

##### **Stichting Sint Jacob (ouderenzorg)**

- Anitra Louwers – Voorzitter Raad van Bestuur
- Rob van der Hulst - Programmamanager organisatieontwikkelingen

##### **Zorgpalet Baarn/Soest (ouderenzorg)**

- Ad Witlox - Directeur

##### **Amerpoort & Sherpa (geestelijke gehandicaptenzorg)**

- Jacqueline Poelgeest - Verpleegkundige

##### **Alysis Zorggroep (ziekenhuis en ouderenzorg)**

- Paola Peters - Directeur verpleeghuis Zevenaar
- Frank Schaapsmeeders - Verpleeghuisarts

#### CURE

##### **Medisch Centrum Alkmaar (ziekenhuis)**

- Frits van den Broek – Voorzitter Raad van Bestuur
- Lex Houdijk - Chirurg
- Rob Meijer - Chirurg
- Piet Moerbeek - Manager dagbehandeling
- Judith Reerds-Rijn - Verpleegkundige/ VAR
- Jolanda Smulders-Bosch - Afdelingsmanager hart-longcentrum

##### **Alysis Zorggroep (ziekenhuis en ouderenzorg)**

- Jankees Cappon - Raad van Bestuur
- Desiree Creemers - Zorgmanager /Kindernefrololoog

### Presentatie en discussie klankbordgroep RVZ

- ing. R.A. Adolfsen MBA - Agis Zorgverzekeringen
- R. van Aperen - Pfizer
- dr. P.J.A. Bertens - Nefarma
- J.L.T. Blank - TU-Delft
- dr. A. Boer - College voor Zorgverzekeringen
- M. Bontje - UVIT
- Mevrouw E. van Hummel - Parnassia
- P. Korte - Janssen-Gilag b.v.
- Mevrouw K. Lindenhovius - Pontes Medical
- Mevrouw E. Merlijn - Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen

- prof. dr. F.D. Pot - Universiteit Nijmegen
- M. Rook MBA - St. Antonius Ziekenhuis
- drs. R.F.M. Ruijters - MeanderGroep Zuid-Limburg
- prof. dr. R. van Schilfgaarde - Nederlandse Diabetes Federatie
- dr. P.H. Smit - Philips Healthcare
- H. Sureveen - Reumapatiëntenbond
- G.H.M. Verkerk - A+O VVT
- Ing. C.P.J. Verouden - Zuidzorg
- dr. L.P. de Witte - Hogeschool Zuyd
- Mevrouw H. Wüst - Vilans