



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Ruimte voor arbeids- besparende innovaties in de zorg

Door slimmer werken meer kwaliteit
met minder mensen



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Ruimte voor arbeids- besparende innovaties in de zorg

**Door slimmer werken meer kwaliteit
met minder mensen**

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, december 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Fotografie: Eveline Renaud, Zorginbeeld/Frank Muller
en Sabine Joosten
Druk: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Uitgave: 2010
ISBN: 978-90-5732-227-3

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatienummer 10/13.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Kern van het advies

Meer kwaliteit met minder mensen is mogelijk door in de zorg slimmer te werken. Om de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties te versnellen en verbreden, zijn betere financiële prikkels noodzakelijk en is meer leiderschap in de zorg nodig. Een zo groot mogelijke mate van zelfredzaamheid van patiënten en cliënten moet het leidend principe worden in de zorg.

Welk probleem lost dit advies op?

Er komen grote arbeidsmarktproblemen aan voor de zorg. Vergrijzing en ontgroening noodzaken tot een andere, minder arbeidsintensieve, wijze van zorgverlenen bij een minimaal gelijkblijvende kwaliteit. Bovendien verandert de vraag en dreigen de kosten onbeheersbaar te worden.

Wat zijn de gevolgen voor de patiënt?

De cliënt kan kiezen op welke wijze hij wordt geholpen en, kan zo eigen regie houden en langer thuis blijven. Ook intramuraal wordt de cliënt zo veel als mogelijk ondersteund door slimme technologieën. Deskundig personeel levert passende zorg op maat. Mantelzorg zal in omvang en intensiteit moeten toenemen.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

De relatie tussen zorgverlener en patiënt verandert. De zorgverlener komt vaker in de rol van coach en begeleider. Zelfsturing en een grotere autonomie maakt de zorg aantrekkelijker voor toekomstig personeel. De zorg wordt daar geleverd, waar deze het meest doelmatig is en het beste voldoet aan de vraag. De zorgverlener moet mee in de nieuwe ontwikkelingen, slimme technologieën zijn onlosmakelijk verbonden aan het vak.

Wat kost het?

Arbeidsbesparende innovaties leiden vaak tot kostenbesparing, maar dat is niet het primaire doel. Het leveren van doelmatige, vraaggerichte zorg met minder mensen is dat wel. Innovatie (ontwikkeling en implementatie) kost initieel geld en tijd, maar levert uiteindelijk veel meer op.

Wat is nieuw?

Meer structurele financiële mogelijkheden voor de toepassing van arbeidsbesparende innovaties gekoppeld aan meetbare doelstellingen. Meer leiderschap en innovatieve cultuur in de zorg door continue bijscholing en herijking van het onderwijs.

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Adviesopdracht	13
1.1 Aanleiding voor het advies	13
1.2 Beleidsvragen	13
1.3 Functie van het advies	14
1.4 Definities en domein	14
1.5 Werkwijze en leeswijzer	15
2 Probleemanalyse	17
2.1 Ontwikkeling van vraag en arbeid in de zorg	17
2.2 Effecten van arbeidsbesparende innovaties op de vraag naar arbeid	21
2.3 Conclusie	22
3. Arbeidsbesparende innovaties in de zorg	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Veelbelovende innovaties	25
3.3 Conclusie	36
4. Kansen en belemmeringen	39
4.1 Factoren die de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties in de zorg bepalen	39
4.2 Wie is aan zet?	43
4.3 Conclusie	44
5 Oplossingsrichtingen en aanbevelingen	47
5.1 Inleiding	47
5.2 Oplossingsrichtingen en aanbevelingen	47
Bijlagen	51
1 Adviesaanvraag	53
2 Adviesvoorbereiding	55
3 Afkortingen	63
4 Literatuurlijst	67
5 Relevante websites	
Overzicht publicaties RVZ	69

Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg

Samenvatting

Vraagstelling

De centrale vraag voor dit advies luidt:

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

De RVZ leidt hieruit de volgende deelvragen af:

- 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?

De definitie die de RVZ hierbij hanteert is de volgende:

Een arbeidsbesparende innovatie is een vernieuwing of verbetering van een product (techniek, medicijn) of werkwijze, die bewerkstelligt dat met de inzet van minder uren professionele zorgmedewerkers, evenveel patiëntenzorg van minstens even goede kwaliteit kan worden geboden.

Dit advies kijkt naar alle branches van de zorg, met de focus op het werk van verpleegkundigen en verzorgenden.

Noodzaak

De RVZ heeft onderzocht of zorgbestuurders vanuit de ervaren arbeidstekorten voldoende reden en noodzaak voelen voor snelle en brede invoering van arbeidsbesparende innovaties. Voor de korte termijn is er slechts een beperkte, met name regionale spanning aanwezig tussen vraag en aanbod van arbeidskrachten in de zorg. Ook zijn er tekorten aan specifiek gekwalificeerd personeel als OK- en IC-verpleegkundigen en specialisten ouderenzorg. De zorgvraag blijft echter stijgen en zal ook complexer worden. Puur door demografische factoren zal het aantal dementerende ouderen sterk stijgen in de komende periode, en daarmee ook de omvang van de zorgvraag. Het beschikbare arbeidspotentieel daalt door dezelfde demografische ontwikkeling. Op de middellang termijn (vijf jaar) krijgt de zorg grote problemen met de personeelsvoorziening, zeker als de arbeidsmarkt aantrekt.

Er is dus alle reden om nu al in actie te komen. Dit blijkt echter door zorgbestuurders nog niet in voldoende mate beseft te worden.

De noodzaak om arbeidsbesparende innovaties breder in te voeren en sneller te verspreiden, komt echter ook voort uit de veranderende vraag van patiënten. Patiënten willen in toenemende mate zo lang mogelijk thuis blijven en zelf de regie houden. Dit vraagt om een ander, kwalitatief hoogstaand aanbod, dat arbeidsextensiever kan worden verstrekt.

De toenemende zorgkosten geven een extra reden om naar arbeidsbesparingen te zoeken. Om kosten te kunnen besparen maar gelijktijdig de kwaliteit van zorg te willen behouden of vergroten, is het noodzakelijk slimmer te werken en zo de doelmatigheid en productiviteit te vergroten. En dat kan door arbeidsbesparende innovaties in te voeren.

Stand van zaken

De RVZ heeft onderzocht wat de huidige stand is in de ontwikkeling en verspreiding van arbeidsbesparende innovaties. Hierbij is gekeken naar innovaties die het mogelijk maken dat cliënten meer zelf doen en/of langer thuis kunnen blijven, en naar het slimmer organiseren van de werkprocessen, zowel intramuraal als extramuraal. Hierbij ligt de focus op effecten op de werkprocessen van verpleegkundigen en verzorgenden.

Zelfmanagement en zorg op afstand maken het mogelijk dat cliënten langer thuis kunnen blijven en zelf de regie kunnen houden. Deze andere wijzen van zorgverleners voldoen daarmee aan een toenemende behoefte van chronisch zieken en ouderen. Zij blijken echter nog niet breed geïmplementeerd. Daar waar zorg op afstand als geïntegreerd onderdeel van thuiszorg is geïmplementeerd, levert het een hogere cliënttevredenheid en arbeidsbesparing op. Goede scholing van de zorgverleners, veilige ICT-verbindingen en goede, vrijwillige afspraken tussen zorgverleners en cliënten zijn een vereiste voor een goede werking. In de thuiszorg kost het zorgondernemers momenteel omzet als zij efficiënter werken, de financiële prikkels staan verkeerd doordat alleen gewerkte uren kunnen worden gedeclareerd. Bovendien is telezorg nog niet goed geregeld in de basisverzekering.

De toepassing van domotica blijkt met name in de gehandicaptensector in de nacht breed verspreid. Succesfactor bleek hier het duidelijke belang bij zowel organisatie (kostenreductie) als medewerkers (medewerkertevredenheid). Ook hier is scholing en integratie in het zorgproces vereist voor een goede werking. De mogelijkheden in de thuiszorg en intramuraal kunnen nog veel beter worden benut. Bestaande weerstand bij zorgverleners, benodigde investeringen, verkeerde financiële prikkels en zorgen over privacy en veiligheid belemmeren een brede verspreiding. Standaardisatie en grotere gebruikersvriendelijkheid van de apparatuur is een vereiste.

De toepassing van e-mental health in de GGZ blijkt snel toe te nemen. Ook de financiering lijkt hier op orde. Wel is er onder de behandelaars nog een discussie gaande of e-mental health wel toe te passen is voor alle doelgroepen, en over de vraag of deze behandelwijze niet juist de vraag vergroot.

Achtergrond van deze ingezette verbeteringen is veelal het zoeken naar mogelijkheden om de kwaliteit te verbeteren, de belasting van medewerkers en de kosten te verlagen. Arbeidsbesparing is zelden een doel op zich. Zeker in de care is het nastreven van bezuinigingen een negatieve prikkel voor zorgverleners. Opvallend is de trage verspreiding van bewezen innovaties in de VVT-sector. Hierbij gaat het dan bijvoorbeeld om bewezen innovaties als verzorgend wassen, toepassing van het UAS-systeem (domotica), zorgroutes en opstatoiletten. Problemen met de investeringskosten, weerstand bij zorgverleners, gebrekkig leiderschap bij bestuurders en een gebrek aan uitwisseling van kennis en ervaringen spelen hierbij een belangrijke rol.

Procesverbetering in ziekenhuizen heeft al veel opgeleverd, meestal in combinatie met product vernieuwing en farmaceutische vernieuwing. Het streven naar kostenreductie en verbetering van de kwaliteit staat hierbij meestal voorop. Een verkorting van de ligduur, andere inzet van verplegend personeel, minder overhead en minder administratieve lasten zijn aansprekende successen. Toch bleek in 2009 nog maar zo'n 10% van de ziekenhuizen structureel bezig te zijn met procesverbetering volgens methoden als LEAN en TOC. Van structurele procesverbetering in verzorgings- en verpleeghuizen zijn slechts weinig voorbeelden bekend. Daar waar het wordt toegepast, zijn de resultaten goed. In de thuiszorg blijkt het concept Buurtzorg tot zowel kwaliteitsverbetering als arbeidsbesparing te leiden. Buurtzorg gaat echter uit van een andere filosofie: niet taakgerichte zorg maar oplossingsgerichte zorg is nodig.

Factoren die de verspreiding beïnvloeden

Er is een veelheid aan factoren die bepaalt of een (potentieel) arbeidsbesparende innovatie breed wordt geadopteerd of ingevoerd. In dit advies heeft de RVZ de twaalf factoren die hij in 2005 (Van weten naar doen) heeft genoemd, toegespitst op de ervaringen met arbeidsbesparende innovaties.

Drijfveren die de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties bevorderen, zijn financiële noodzaak en de gedrevenheid van zorgbestuurders en zorgverleners voor kwaliteitsverbetering. De behoefte om de werkprocessen meer te richten op de wensen en vragen van cliënten en patiënten blijkt ook te leiden tot slimmere werkprocessen en nieuwe producten.

Een negatieve factor bij de invoering van met name technologische vernieuwingen is de onbekendheid bij zorgverleners met ICT en technologie. In de care hinderen 'oude' beelden over wat goede kwaliteit is om te experimenteren.

ren met andere vormen van zorgverleners. Ook blijkt dat de opleidingen voor bijvoorbeeld verzorgenden nog te veel gebaseerd zijn op verouderde beelden van de praktijk. Een gebrek aan leiderschap in de zorg hindert de verspreiding van andere wijzen van organiseren en zorgverleners.

Om te komen tot een snellere en bredere verspreiding van arbeidsbesparende innovaties in de zorg, zijn ondersteunende financiële regelingen nodig, een verandering van cultuur door meer leiderschap, sociale innovatie en passende opleidingen, en is met name het continue nastreven van kwaliteitsverbetering gewenst.

Wie is aan zet?

Om een bredere en snellere verspreiding van arbeidsbesparende innovaties te bereiken, ziet de RVZ een rol voor verschillende partijen.

Zorgaanbieders, instellingen en organisaties, kunnen hun financiële ruimte meer gebruiken voor de implementatie van innovaties. Bij zorginnovatie hoort echter ook financiële innovatie. De minister van VWS moet samen met zorgverzekeraars, NZa, CVZ en ZonMw voor de randvoorwaarden zorgen: minder regels en verantwoording en meer mogelijkheden voor de financiering van implementatie. Zorgverzekeraars moeten hun zorginkoop onderscheidend gaan gebruiken, nieuwe initiatieven belonen en coördinerend optreden voor sectoroverstijgende patiëntenzorg. Bij dit alles moet de kwaliteit van de geleverde zorg gegarandeerd zijn en blijven. Gemeenten zullen in toenemende mate de WMO-middelen ook in moeten zetten ter ondersteuning van mantelzorgers. Brancheorganisaties kunnen stimuleren, kennis overbrengen en in CAO-onderhandelingen meetbare afspraken maken.

Aanbevelingen

De RVZ meent dat maatregelen noodzakelijk zijn om een bredere en snellere verspreiding van arbeidsbesparende innovaties te bereiken. Maatregelen, gericht op een meer structurele en beter passende financiering, op een meer innovatieve cultuur en op meer samenwerking en ondernemerschap in de zorg. De RVZ wil daarbij af van de vele projectsubsidies die leiden tot point solutions, maar niet tot implementatie van inmiddels bewezen innovaties.

De RVZ doet de volgende aanbevelingen:

1. a. Voor de minister van VWS samen met zorgverzekeraar: Zet de bestaande algemene subsidiegelden van bijvoorbeeld ZonMw en ZIP, de budgettaire vrije ruimte van ziekenhuizen en de lokale productiegebonden toeslag in de care, om in geormerkt geld voor arbeidsbesparende innovaties. Creëer hiermee een **opt-in-regeling met een koppeling aan meetbare doelstellingen en verantwoording in jaardocumenten**. Het betreft hier structureel geld waarvan gebruik gemaakt kan worden voor dit specifieke doel.

b. Voor de minister van VWS, NZa, ZonMw, zorgverzekeraars en zorgkantoren:

De RVZ stelt voor om een gezamenlijke **geconcentreerde inspanning** te verrichten voor de brede verspreiding van **zorg op afstand** in de thuiszorg, geïntegreerd in het zorgproces en als aanvulling op de face-to-face zorg. Daarvoor moet structurele bekostiging geregeld zijn voor enerzijds noodzakelijke investeringen en anderzijds bekostiging van telezorg.

2. a. Aan brancheorganisatie, raden van toezicht, managers in de zorg:

Stimuleer leiderschap, sociale innovatie en een open wijze van innoveren. Maak gebruik van de positieve drijfveren van het personeel in de zorg.

*b. Aan brancheorganisatie, beroepsverenigingen en zorgbestuurders. **Zorg voor continu bijscholing** van managers in de zorg en adequate vernieuwende scholing van personeel.*

*c. Aan brancheorganisaties: Gebruik de **CAO-onderhandelingen** om **meetbare afspraken** te maken over de toepassing van strategische personeelsplanning, aanpassing van takenpakketten en roosters aan leeftijd, en meerjarenplannen voor de ontwikkeling van de organisatie.*

*d. Aan ROC's, HBO-V opleidingen, HBO-raad en MBO-raad: zorg voor **flexibele, vernieuwende lesprogramma's**. Stimuleer de verandering!*

*3. Aan VWS, zorgverzekeraars, NZa en CVZ: Stimuleer en faciliteer de (private) uitwerking van **de filosofie van Buurtzorg** voor de intramurale zorg in verzorgings- en verpleeghuizen.*



1 Adviesopdracht

1.1 Aanleiding voor het advies

Een dreigend arbeidstekort	Een dreigend arbeidstekort in de Nederlandse gezondheidszorg is één van de grote uitdagingen voor de komende jaren. Allereerst is er sprake van een sterk groeiende, vooral chronische, zorgvraag. Daarnaast blijft de toename van de beroepsbevolking achter. Arbeidsbesparende innovaties zijn één van de oplossingen voor dit probleem.
Innovaties als oplossing	In 2005 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in ‘Van weten naar doen’ geadviseerd over de ontwikkeling, implementatie en verspreiding van innovaties in de zorg. Daarbij is gekeken naar de oorzaken van de trage verspreiding en naar de mogelijkheden om deze oorzaken weg te nemen. In 2006 besteedde de RVZ in het advies ‘Arbeidsmarkt en zorgvraag’ uitgebreid aandacht aan het dreigend arbeidstekort in de zorg. Innovaties in de zorg werden in dit advies aangedragen als één van de mogelijke oplossingen voor het arbeidstekort in de toekomst.
Informatievoorziening	Sinds het verschijnen van deze adviezen hebben de ontwikkelingen niet stil gestaan. Zo is er nog steeds sprake van een verwacht arbeidstekort in de zorg, zeker voor de middellange termijn, maar is dat tekort niet al op korte termijn overal merkbaar of zichtbaar. De mogelijkheden om subsidie te krijgen voor de ontwikkeling van een innovatief product, geneesmiddel of werkwijze zijn aanzienlijk verruimd door diverse subsidieregelingen. En door activiteiten als het Zorginnovatieplatform, Zorg voor beter en In voor zorg te stimuleren, heeft VWS ertoe bijgedragen dat de informatievoorziening over innovaties in de zorg sterk is verbeterd.
Belemmerende factoren en oplossingen	Toch blijkt de verspreiding en brede implementatie van arbeidsbesparende innovaties in de zorg maar beperkt en traag tot stand te komen. Dit advies analyseert de factoren die van invloed zijn op die verspreiding en geeft oplossingsrichtingen voor een bredere implementatie en snellere verspreiding van arbeidsbesparende innovaties in de zorg.

1.2 Beleidsvragen

De centrale vraag voor dit advies luidt:

Vraagstelling	<i>Hoe kan de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties in de zorg worden gestimuleerd, opdat deze innovaties optimaal kunnen worden benut voor het dreigend arbeidstekort in de zorg?</i>
---------------	--

De RVZ leidt hieruit de volgende deelvragen af:

- 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?

1.3 Functie van het advies

Doel advies

Dit advies heeft tot doel om meer duidelijkheid te scheppen over de factoren die van invloed zijn op de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties. Dit inzicht zal vervolgens worden benut om een uitspraak te doen over de noodzakelijke maatregelen om arbeidsbesparende innovaties meer in te kunnen zetten voor het dreigende arbeidstekort in de zorg. Daarbij wordt ook gekeken wie (cliënt/patiënt, zorgverlener, zorgaanbieder, zorgverzekeraar, of overheid) welke verantwoordelijkheden moet oppakken. Met dit advies wil de RVZ een bijdrage leveren aan een beter gebruik en verspreiding van arbeidsbesparende innovaties in de zorg.

1.4 Definities en domein

Definitie

Dit advies onderzoekt vooral die innovaties die een duidelijk arbeidsbesparend effect hebben. De definitie die we hierbij hanteren is de volgende:

Een arbeidsbesparende innovatie is een vernieuwing of verbetering van een product (techniek, medicijn) of werkwijze, die bewerkstelligt dat met de inzet van minder uren professionele zorgmedewerkers, evenveel patiënten zorg van minstens even goede kwaliteit kan worden geboden.

Brede definitie

Bovenstaande definitie houdt in dat onder arbeidsbesparende innovaties zowel vernieuwingen in de preventieve sfeer kunnen vallen (minder zorg of minder intensieve zorg nodig), substitutie van zorgverleners (zelfmanagement, zorg op afstand, verschuiving naar mantelzorgers of welzijnsmedewerkers) als technologische vernieuwingen, nieuwe producten, nieuwe of verbeterde medicijnen en verbetering van werkprocessen (procesinnovatie). Het accent ligt op het arbeidsbesparende effect van de desbetreffende vernieuwing of verbetering, niet op de bereikte kostenbesparing.

Meer focus op verplegenden en verzorgenden

Een arbeidstekort op de middellange termijn wordt vooral verwacht voor verpleegkundigen en verzorgenden. Dit advies richt zich daarom vooral op innovaties die tot arbeidsbesparing kunnen leiden voor deze beroepen. Het is echter belangrijk de zorg voor patiënten als geheel, als een keten te beschouwen, en niet te focussen op de huidige organisatorische vormgeving van de behandeling. Dit advies kijkt daarom naar alle branches van de zorg, met de focus op het werk van verpleegkundigen en verzorgenden.

1.5 Werkwijze en leeswijzer

Werkwijze	Om dit advies tot stand te brengen is allereerst een literatuurstudie gedaan, zijn vele gesprekken gevoerd en zijn bijeenkomsten georganiseerd rondom specifieke arbeidsbesparende innovaties.
Klankbordgroep	Daarnaast is er een klankbordgroep samengesteld met experts vanuit de praktijk en de wetenschap. Deze klankbordgroep is in totaal drie keer bijeengekomen om over deelonderwerpen te spreken. Met een aantal patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars is het conceptadvies besproken.
Studies	Tot slot is een aantal achtergrondstudies uitgevoerd. Het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit heeft een verkennende literatuurstudie uitgevoerd om het concept 'arbeidsbesparende innovaties' te verduidelijken. TNO Kwaliteit van leven heeft het arbeidsbesparende effect van zelfmanagement onderzocht en CEANconsulting heeft verkend in hoeverre ervaringen uit andere sectoren, met name op het gebied van procesinnovatie, toegepast kunnen worden in de zorg en wat daarbij kansen en belemmeringen zijn.



2 Probleemanalyse

2.1 Ontwikkeling van vraag en arbeid in de zorg

Ontwikkelingen Op dit moment zijn vraag en aanbod van arbeidskrachten in de zorg redelijk met elkaar in evenwicht. Zowel de ontwikkeling van de vraag naar zorg als de ontwikkeling van het arbeidsaanbod geven voor de middellange en lange termijn echter reden tot zorg. De RVZ uitte in 2006 bezorgdheid over de vooruitzichten. Sinds die tijd zijn de financiële parameters in de zorg verregaand veranderd (DBC-financiering, gereguleerde marktwerking, Zorgzwaarte pakketten, aanbesteding thuiszorg, WMO) en is een wereldwijde recessie opgetreden. Wat betekent dit voor de vooruitzichten voor de korte (5 jaar), middellange (10 jaar) en langere termijn (2025)? Eerst een terugblik.

Terugblik

Grote groei arbeid in de zorg Over de periode 2003-2008 bedroeg de groei in arbeidskrachten in de sector zorg en welzijn gemiddeld 2% per jaar. In dezelfde periode groeide het aantal arbeidskrachten op de totale arbeidsmarkt met 1,1%. In 2008 werkten er in totaal circa 1,2 miljoen mensen in de sector zorg en welzijn. De gemiddelde groei van het aantal werknemers in de zorg was het grootst in de GGZ met 5,4% en de gehandicaptensector (4%), tegen slechts 1,1% in de VVT. In arbeidsjaren gerekend daalde het aantal werknemers in de VVT in deze jaren zelfs licht.

Arbeidsproductiviteit stijgt? Verschillende methoden voor het meten van de arbeidsproductiviteit in de zorg (in vergelijking met andere sectoren) leiden tot verschillende inzichten, van een beetje daling tot een beetje stijging. Zo constateert bijvoorbeeld het Sociaal Cultureel Planbureau in zijn raming Zorgen voor zorg dat er een productiviteitsdaling heeft plaatsgevonden in de periode 1985-2005 in de verzorgings- en verpleeghuizen. Het CBS komt voor de periode 2004-2008 tot de conclusie dat in de ouderenzorg (thuiszorg en V&V) de hoeveelheid geleverde zorg, gerelateerd aan de toegenomen zorgzwaarte, groeide met gemiddeld 3,7%, terwijl het arbeidsvolume maar met 1% groeide. Ook in de gehandicaptensector steeg het aantal cliënten harder dan het aantal werknemers, mede door meer extramurale opvang. In ieder geval is het ziekteverzuim in de zorg stevig gedaald.

Intensievere zorg, maar wel korter In de VVT-sector steeg het zorgvolume. Dit steeg in deze periode vooral door een toename van het gemiddelde aantal uren geleverde zorg per cliënt en een toename van de gemiddelde zorgzwaarte. Omdat het absolute aantal bewoners in verzorgingstehuizen terugloopt, zien we daar maar een beperkte groei van verzorgend personeel. De ouderenzorg is dus intensievere zorg per patiënt gaan leveren en doelmatiger gaan werken. Het aantal intramurale patiënten daalde, maar het aantal uren intramurale zorgverlening steeg door een stijgende zorgzwaarte. De gemiddelde verblijfsduur neemt ook nog

steeds af. Deze is inmiddels in verpleeghuizen minder dan een jaar, bij verzorgingshuizen zo'n twee jaar. Het verzorgingshuis is volgens Actiz voor een belangrijk deel verpleegsetting geworden.

Aantal bewoners verzorgingshuizen en verpleeghuizen

jaar	verzorgingshuis	verpleeghuis	totaal	Inwoners Nederland 80+
1985	149.000	49.000	198.000	371.000
1995	128.000	55.000	183.000	476.000
2005	105.000	65.000	170.000	548.000

Bron: Actiz.

Productiviteit ziekenhuizen stijgt

In ziekenhuizen blijkt de intensiteit van de verpleging ook toe te nemen, maar het aantal verpleegdagen niet, door de daling van de gemiddelde verpleegduur. De arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen steeg in de periode 1998-2006 (afhankelijk van de gehanteerde methode) met gemiddeld 1,6-3,4% jaarlijks.

Vergrijzende werknemers

Qua samenstelling van de werknemers in de zorg valt de snel vergrijzende populatie op en het grote aandeel vrouwen dat in kleine deeltijdbanen werkt. Het aandeel 50+ werknemers in de GGZ steeg van 2003-2008 van 25% naar 32%, en is daarmee het hoogst van alle branches in de zorg. In de gehandicaptensector is dat aandeel het laagst met 24%, maar is het ook met 7% gestegen. Het aandeel vrouwen is in de VVT extreem hoog met 92%.

Werving is probleem?

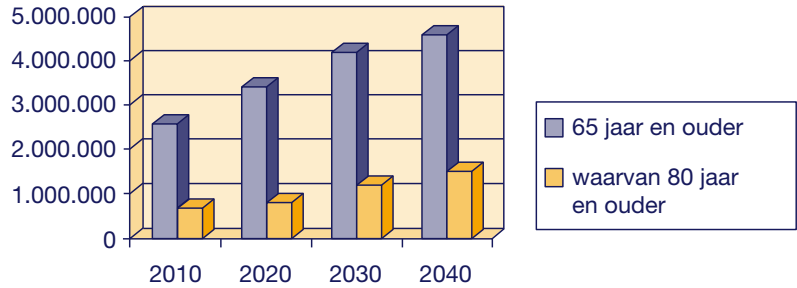
Uit de Werkgeversenquête 2009 (Prismant) blijkt dat bestuurders in de zorg het aantrekken van personeel en de werkdruk onder hun personeel als het grootste probleem ervaren. Vacatures staan echter in de praktijk niet langer open dan in andere sectoren en de vacaturegraad (vacatures per 1000 werknemers) is ook vergelijkbaar. De ervaren problemen op de arbeidsmarkt worden wel gevoeld, maar leiden niet tot het ontwikkelen van strategische personeelsplanning of meer strategisch inzetten van het gehele instrumentarium van moderne HRM.

Vooruitblik

De behoefte aan personeel in de zorg is afhankelijk van een groot aantal factoren. Wat kunnen we verwachten, de komende jaren?

Sterke stijging aantal ouderen

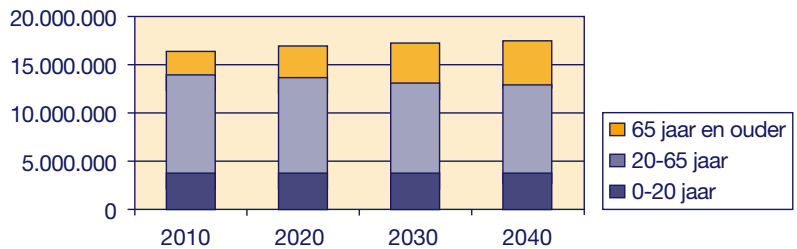
In Nederland zal het aantal 65-plussers stijgen van 2,4 miljoen in 2008 via 3,7 miljoen in 2025 naar maximaal 4,5 miljoen in 2040. Het aantal 80+ zal in dezelfde periode meer dan verdubbelen.



Bron: bevolkingsprognose CBS.

Daling beroepsbevolking

De potentiële beroepsbevolking krimpt vanaf 2019 als gevolg van dezelfde demografische factoren: vergrijzing en ontgroening. In 2040 zal circa 26% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder zijn, tegen nu ongeveer 14%. Alleen al door deze puur demografische factor zal het aantal mensen met dementie of Alzheimer in 2025 aanzienlijk veel groter zijn dan nu, met de bijpassende zorgbehoefte.



Bron: bevolkingsprognose CBS.

Waar gaat deze groeiende discrepantie tussen vraag en aanbod van personeel het sterkst gevoeld worden?

Wervingsprobleem voor verzorgings- en verpleeghuizen

In de VVT is momenteel circa 12% van het cliëntgebonden personeel verpleegkundige niveau 4 (MBO) of 5 (HBO, wijkverpleegkundige). De grote groep betreft verzorgenden op niveau 3 (MBO), namelijk 47% (ACTIZ). Als we kijken naar de verschillende branches wordt met name voor de verpleeg- en verzorgingshuizen een tekort verwacht. Deze branche heeft een relatief hoog percentage 50-plussers in dienst (30% in 2008) met een hoge vervangingsgraad. Omdat het werken in de ouderenzorg geen positief imago heeft voor verpleegkundigen en verzorgenden, ligt hier een specifiek wervingsprobleem voor de toekomst.

Beperkte problemen in ziekenhuizen en GGZ

In de ziekenhuiszorg is er momenteel slechts voor een klein gedeelte gespecialiseerde vacatures een wervingsprobleem. Dat speelt bijvoorbeeld voor OK en IC -verpleegkundigen, en verpleegkundigen voor dialyse en kinderafdelingen. In sommige regio's worden door ziekenhuizen regiospecifieke wervingsproblemen gemeld. De verwachting is niet dat dit op korte termijn verandert. De gehandicaptenzorg verwacht tot 2013 alleen een kwalitatief tekort, de thuiszorg verwacht op korte termijn een overschot. De GGZ tenslotte was met de gehandicaptensector de sterkste groeier van de afgelopen jaren. De verwachting is dat deze groei voortzet, omdat depressieve klachten en angststoornissen ook de komende jaren naar verwachting een sterk groeiende ziektelast met zich mee zullen brengen.

Kostenbesparing noodzakelijk

De Raad heeft in haar advies *Perspectief 20/20* aangegeven dat ontwikkelingen in de uitgaven voor de zorg nopen tot veranderingen. De uitgaven in de cure blijven stijgen en de kosten van de AWBZ stijgen excessief. Zonder ingrijpen op aanspraken, veranderingen in het gedrag van zorgverleners en zorgvragers en veranderingen in het organiseren van en in de inhoud van het aanbod van zorg, dreigt de toegankelijkheid en kwaliteit in het geding te komen. Ook nu al is het noodzakelijk om te zoeken naar wijzen van zorgverleners die arbeidsbesparend en kostenbesparend zijn.

Hoge vervangingsgraad

Lange termijn

Voor de langere termijn zijn de verwachtingen zorgwekkender. Het beslag dat de sector zorg legt op de arbeidsmarkt zal verder toenemen van de huidige 14% naar circa 17%-23% in 2030, afhankelijk van diverse ontwikkelingen. De vervangingsvraag in de zorg zal naar verwachting toenemen van gemiddeld 4% nu naar circa 6% op de langere termijn. Dit doordat het huidige personeelsbestand is vergrijsd. Deze vervangingsvraag zou kleiner kunnen worden door het langer doorwerken van personeel en door het aantal in deeltijd gewerkte uren uit te breiden. De mogelijkheid om naast het werk mantelzorg te kunnen leveren, wordt daarmee wel kleiner.

Van zz naar gg

Zeker bij deze lange termijn prognoses, kunnen ontwikkelingen in de wijze van zorg verlenen of in de vraag naar zorg grote invloed hebben op de aard of omvang van de toekomstige arbeidsvraag. De vraag naar ouderenzorg (thuiszorg of intramuraal) zal de komende jaren naar verwachting sterk toenemen door de toenemende vergrijzing. Anderzijds zal de inhoud van de zorgvraag van ouderen ook gaan wijzigen doordat de ouderen van de komende jaren zo lang mogelijk zelfstandig thuis willen blijven en daarbij de regie in eigen hand willen houden. De zorgvraag zal zich in de toekomst meer gaan richten op ondersteuning bij het omgaan en participeren met een beperking, in plaats van het enkel leveren van ziekenzorg: van zz naar gg. Het betreft hier een duidelijke accentverschuiving.

Van intramuraal naar extramuraal

De ontwikkeling van de vraag zal leiden tot een duidelijke verschuiving van het aanbod van intramuraal naar extramuraal en van grootschalig naar kleinschalig. Ook zal het gebruik van PGB's (en zorgvouchers en andere vormen van persoonlijke inkoop) naar verwachting nog verder toenemen. In de praktijk blijkt de ingekochte zorg voor circa 50% door niet-professionals te worden ingevuld. Dit geeft dus ruimte. Maar ook in de toekomst zullen nog steeds verpleeghuizen (in welke vorm dan ook) noodzakelijk zijn voor de zorgafhankelijke, vaak demente, ouderen.

Groeiende discrepantie

Er moet voor de middellange en lange termijn dus uitgegaan worden van een groeiende discrepantie tussen een stijgende vraag naar zorg en krimpend aanbod van arbeidskrachten. Tevens zal ook in toenemende mate een andere, nieuwe zorgvraag worden gesteld, waardoor ook een ander aanbod van arbeidskrachten is vereist. De uitgavenontwikkeling voor de zorg baart nu al grote zorgen, en zonder veranderingen wordt dat onbeheersbaar. Kan grootschalige invoering van arbeidsbesparende verbeteringen in de zorg mede een oplossing bieden voor de groeiende discrepantie tussen vraag en aanbod?

2.2 De effecten van arbeidsbesparende innovaties op de vraag naar arbeid

Met techniek kan meer

Technologische innovaties in de zorg kunnen het onmogelijke mogelijk maken, het mogelijke gemakkelijker maken, en het gemakkelijke mogelijk maken voor zelfzorg. Indien door technologische vernieuwingen, bijvoorbeeld de toepassing van kunstheupen en een kunsthart, bepaalde operaties mogelijk worden, zal dit leiden tot een toename van de vraag naar die operatie. Maar daarmee zal de zorg voor de kwaal (versleten heup, hartgebrek) wel afnemen. Ook kan door technologische vernieuwing sneller en minder belastend voor de patiënt geopereerd worden, waardoor juist een groter beroep op dit zorgaanbod kan worden gedaan. En daarmee leidt de invoering van op zichzelf arbeidsbesparende technologie tot een grotere zorgvraag.

Gevolg voor hele keten

Arbeidsbesparende innovaties in de cure kunnen ook een groot gevolg hebben voor de navolgende zorg in de care. Innovaties die het mogelijk maken om de ligduur in ziekenhuizen te verkorten, hebben veelal tot gevolg dat de nazorg thuis of intramuraal geïntensiveerd of groter van omvang wordt. Om een overall arbeidsbesparend effect te bereiken is dan ook tegelijkertijd innovatie in die thuisituatie of intramuraal noodzakelijk. En de mogelijkheid om thuis iemand goed op te vangen moet ook aanwezig zijn. Arbeidsbesparende innovaties vragen dan meer inzet van mantelzorgers. Elke verbetering binnen een bepaalde branche of instelling moet dus altijd ook goed bekeken worden op zijn gevolgen elders.

Substitutie en taakherschikking	Een nieuwe of verbeterde technologie of methode van werken kan het ook mogelijk maken dat een niet-zorgverlener of minder hoog gekwalificeerde medewerker bepaalde handelingen kan gaan verrichten. Deze innovatie leidt dan tot substitutie van zorgpersoneel of tot taakherschikking binnen de sector.
Verschuiving tijd	Arbeidsbesparende innovaties kunnen leiden tot een verschuiving van indirecte naar directe tijd die beschikbaar is voor de zorg, bijvoorbeeld door de slimme invoering van ICT in de planning en administratie. Ook kan, door invoering van zorg op afstand in de thuiszorg, bespaard worden op reistijd en daarmee op indirecte tijd. Daarmee verandert niet de zorgvraag, maar wel de behoefte aan (soort) personeel. De invoering van arbeidsbesparende innovaties kunnen daarmee invloed uitoefenen op zowel de vraag naar zorg, het aanbod van zorg, als de kwalitatieve en kwantitatieve vraag naar personeel.
Meer tijd	Indien verrichtingen op een eenvoudigere, efficiëntere, minder ingrijpende of drempelverlagende manier gedaan kunnen worden door de invoering van arbeidsbesparende technologie, kan een grotere vraag naar deze verrichtingen ontstaan. En als deze arbeidsbesparende manier van werken leidt tot een hogere arbeidsproductiviteit, kan de overblijvende tijd worden ingezet voor andere taken, voor kwaliteitsverhoging in de zorgverlening of kan er worden bezuinigd. In ieder geval ontstaat hierdoor ruimte voor een afweging. Echte arbeidsbesparing ontstaat echter pas als bepaalde zorg niet meer verricht wordt, door minder mensen verricht wordt of door de patiënt zelf of zijn/haar mantelzorger wordt overgenomen.

2.3 Conclusie

Vraag stijgt, arbeidskracht daalt	Voor de korte termijn zal er slechts een beperkte, met name regionale en kwalitatieve spanning aanwezig zijn tussen vraag en aanbod van arbeidskrachten in de zorg. De zorgvraag blijft echter stijgen bij ongewijzigd beleid en zal ook complexer worden. Puur door demografische factoren zal het aantal dementerende ouderen sterk stijgen in de komende periode, en daarmee ook de omvang van de zorgvraag. Het beschikbare arbeidspotentieel stijgt niet mee, en zal zelfs krimpen vanaf 2019. Daarmee zal de zorg een steeds groter gedeelte van het beschikbare arbeidspotentieel in Nederland vragen.
Vraag verandert	De vraag naar zorg zal veranderen doordat de oudere van morgen meer eigen regie wil houden. Daardoor zal een verschuiving plaatsvinden van groot-schalig en intramuraal naar kleinschalig en extramuraal. Ontwikkelingen in de vraag naar zorg geven alle reden om meer focus te leggen op vormen van ketenzorg (tussen eerste lijn en cure, tussen care en cure, maar ook tussen welzijn en zorg) op zorgnetwerken en op een zo goed mogelijke ondersteuning van de zelfredzaamheid van de cliënt/patiënt.

Ruimte voor keuzes

Hoewel invoering van arbeidsbesparende innovaties en technologie ook kan leiden tot een vergroting van de zorgvraag, zal dit tevens bijdragen aan een hogere arbeidsproductiviteit en grotere doelmatigheid in de zorg. Daarmee ontstaat er ruimte voor zorgaanbieders om keuzes te kunnen maken over de inzet van personeel. En dat is goed voor alle betrokkenen.



3 Arbeidsbesparende innovaties in de zorg

3.1 Inleiding

Andere wijze van zorgverlenen	Een arbeidsbesparende innovatie is een vernieuwing of verbetering van een product (techniek, medicijn) of werkwijze, die bewerkstelligt dat met de inzet van minder uren professionele zorgmedewerkers, evenveel patiënten zorg van minstens even goede kwaliteit kan worden geboden. Deze verminderde inzet kan bereikt worden door de wijze van zorgverlenen te veranderen of door de totale vraag naar zorg te beïnvloeden. Op innovaties die de totale vraag naar zorg beïnvloeden, zoals preventie, gaat dit advies niet in.
Accent op verpleging en verzorging	In dit hoofdstuk komt een aantal potentieel arbeidsbesparende innovaties aan de orde die leiden tot het op een andere manier verlenen van zorg. Hierbij ligt de focus op arbeidsbesparende innovaties in de zorg die gevolgen hebben voor de verpleging en verzorging.
Geen farmaceutische vernieuwingen	In dit hoofdstuk komen farmaceutische vernieuwingen niet aan de orde. De RVZ erkent de potentieel grote waarde van farmaceutische verbeteringen, maar richt zich in dit advies op die innovaties die een directe invloed hebben op de wijze van zorgverlenen.
Beschreven soorten	De volgende (potentieel) arbeidsbesparende innovaties komen in dit hoofdstuk aan bod: <ul style="list-style-type: none">- Zelfmanagement- Zorg op afstand- Domotica- Robotica- E-mental health- Productvernieuwing- Procesverbetering- Buurtzorg

3.2 Veelbelovende innovaties

Zelfzorg	Zelfmanagement Zelfmanagement is de verzamelnaam voor activiteiten gericht op een zo groot mogelijke mate van zelfzorg en zelfregie door de patiënt, veelal samen met zijn/haar omgeving. In de zorgpraktijk helpen verpleegkundigen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten dagelijks patiënten om met hun gebrek of ziekte om te gaan.
----------	---

Zelfregie
Wanneer de patiënt de mogelijkheid heeft meer regie te nemen over zijn gezondheid, draagt deze hiermee meer verantwoordelijkheid in het voorkomen en behandelen van zijn of haar ziekte of aandoening. Hij reguleert zijn medicatie zelf op basis van het met de zorgverlener afgesproken zorgplan en op basis van metingen die hij zelf verricht (bijvoorbeeld bloeddruk, gewicht, bloedsuiker en aanpassen van dieet, etc.). Dit leidt tot meer betrokkenheid, een verbeterde therapietrouw en in veel gevallen tot minder benodigde professionele hulp.

Verschuiving taken
Wanneer de patiënt meer zelf de regie voert, leidt dit tot verschuiving van taken en verantwoordelijkheden. De patiënt kan zijn zorg naar behoefte inzetten en is daarbij minder afhankelijk van anderen.



glucosemeter

Reductievraag
Zelfmanagement, in combinatie met een groeiend gebruik van sociale media, zal er toe leiden dat zorgkosten gereduceerd worden, niet alleen omdat professionals ingezet kunnen worden die goedkoper zijn, maar vooral omdat zelfmanagement tot een beter gezondheidresultaat leidt. In Gezondheid 2.0 heeft de RVZ al aangegeven dat vraagvermindering kan optreden door een toenemend gebruik van sociale media. Patiënten komen beter geïnformeerd bij de huisarts en specialist en vertonen een grotere therapietrouw. Interactie met de behandelend arts via internet leidt tot minder consulten.

Portals
Verschillende zorgaanbieders en patiëntenverenigingen hebben de afgelopen jaren patiëntenportals opgezet die zelfmanagement ondersteunen. Informatie wordt hier gegeven, onderling uitgewisseld, personal health records bijgehouden, ervaringen uitgewisseld en metingen van bijvoorbeeld glucosewaarden kunnen worden doorgegeven. Dit betreffen vaak 2.0 oplossingen die niet gestuurd of geregisseerd (hoeven te) worden door de overheid. De ontwikkelingen gaan razendsnel.

Begeleiding nodig
Ook TNO concludeert in zijn studie dat zelfmanagement leidt tot verbetering van patiëntenwelzijn. Patiënten lijken dan ook tevreden over zelfmanagement. TNO geeft aan dat bij de invoering van zelfmanagement vaak niet voldoende rekening wordt gehouden met de aandoening zelf en de persoonlijke karakteristieken van de patiënten. Zelfmanagement noodzaakt voor bepaalde patiënten een zorgvuldige en arbeidsintensieve begeleiding gedurende een langere periode. Initieel zal zelfmanagement daardoor een intensivering

van de begeleiding vragen totdat de patiënt handelingen en activiteiten zelfstandig kan overnemen. Tevens moet de apparatuur toegankelijk zijn voor laaggeletterden en minder digitaal getrainde ouderen.

Groot potentieel

Zelfmanagement (zelfzorg en zelfregie) heeft een groot arbeidsbesparend potentieel. Bewezen arbeidbesparend is het echter nog niet. Juist omdat het sterk voldoet aan de veranderende zorgbehoefte van (chronische) patiënten ziet de RVZ hier veel mogelijkheden.

Telezorg

Zorg op afstand

Zorg op afstand is een vorm van zorg waarbij de zorgontvanger zich niet op dezelfde plek of in dezelfde ruimte bevindt als de zorgprofessional: de afstand wordt overbrugd met behulp van nieuwe toepassingen van bestaande technologie, zoals webcams, internetverbindingen en geautomatiseerde meet- en registratieapparatuur. Dit wordt ook wel *telezorg* genoemd. Het verschil met de hier verderop beschreven innovatie domotica, is dat bij domotica geen zorg wordt verleend door middel van de technologische hulpmiddelen, maar deze alleen maar als bewaking/monitoring wordt ingezet.

Videocommunicatie en telebegeleiding

Het Nivel onderscheidt twee vormen van telezorg: videocommunicatie en telebegeleiding. Bij videocommunicatie kan een cliënt of mantelzorger vanuit huis via de afstandsbediening, een druk op de knop of een touchscreen, contact opnemen met een zorgprofessional. Deze verschijnt dan vrijwel direct op het beeldscherm en kan vragen beantwoorden. Bij telebegeleiding heeft de cliënt een health buddy, een soort mobiele telefoon waarop hij dagelijks een aantal vragen over zijn ziekte of leefstijl invult. Deze wordt vooral gebruikt om cliënten met diabetes, COPD of hartfalen te ondersteunen.



health buddy

Geen brede verspreiding

Op dit moment lopen op een aantal plaatsen in Nederland pilots met telezorgtoepassingen. Verschillende onderzoeken laten zien dat het met de toepassing van zorg op afstand nog zo'n vaart niet loopt. Zo laat de Algemene Rekenkamer zien dat zorgaanbieders innovaties als zorg op afstand niet ervaren als (financieel) lonend. Een thuiszorgaanbieder die door een innovatie met minder uren toch de gevraagde zorg kan leveren, kan de vergoeding voor de gespaarde uren niet behouden.

Bij Zuidzorg, een thuiszorgorganisatie in zuidoost Brabant, wordt al sinds 2004 zorg op afstand geboden aan meer dan 600 cliënten, in aanvulling op de fysieke zorg. Via een zorgcentrale met gediplomeerde, ervaren verpleegkundigen en verzorgenden worden diverse ondersteunende diensten verleend: begeleiding bij de inname van medicijnen via beeldcontact op een vast moment per dag, ondersteuning bij de structuur van de dag en de mogelijkheid van direct contact. De zorgcentrale is 24 uur per dag bereikbaar. De ICT-investeringen zijn betaald vanuit de regeling van de NZa, en er wordt een aanvulling ontvangen op de vergoeding voor de contactminuten. Zuidzorg is begonnen met dit geïntegreerde zorgconcept, vanuit het geloof dat dit een grote toekomst heeft en het loont om daar nu al ervaring mee op te doen.

Factoren die verspreiding
beïnvloeden

Een brede verspreiding van zorg op afstand wordt belemmerd doordat zorgprofessionals sterk hechten aan face-to-face contact. Zij vinden het een verschraving van hun werk als dat element zou verdwijnen. Juist het intermenselijke contact maakt dat zij het werk waarderen en ook hebben gekozen. Die zorgprofessionals die ervaring hebben met zorg op afstand, zien echter veel meer de voordelen van de nieuwe werkwijze. Bij de implementatie van zorg op afstand is het belangrijk om duidelijke afspraken te maken met de cliënt, en die ook de keuze te geven. In de praktijk is zorg op afstand wel vervangend voor uren achter de voordeur, maar is het geen vervanging maar aanvulling op fysiek contact. De contacten via beeldtelefoon of scherm kunnen intensief zijn en veelvuldig. Goede scholing van zorgverleners en een zorgvuldig implementatietraject zijn noodzakelijk. Zorg op afstand is niet voor alle zorgvragers geschikt.

Industrie en ontwikkeling

Voor de industrie biedt zorg op afstand momenteel niet voldoende markt om de investering terug te kunnen verdienen: de businesscase is niet sluitend te maken. Dat heeft alles te maken met de wijze van verspreiding. Door verschillende tijdelijke subsidies zijn er her en der kleine projecten. Deze bieden met elkaar niet genoeg omzetmogelijkheden en bovendien moeten de industriële partijen dan met elke zorgaanbieder apart onderhandelen. Philips heeft de samenwerking gezocht met Achmea om de businesscase voor COPD, hartfalen en diabetes wel rond te kunnen krijgen. De zorg ontwikkelt de wensen, Philips ontwikkelt de technologie.

Het consortium eHealthNu (TNO, Menzis, Achmea Zorg, KPN, Rabobank, Philips, samen met ZIP/VWS) heeft tot doelstelling de barrières voor toepassing van ehealth-oplossingen te slechten. Startend voor diabetes en chronisch hartfalen wil men telezorg en zelfmanagement stimuleren. Doelstelling is om telezorg opgenomen te krijgen in de basisverzekering, standaardisatie van de producten te bewerkstelligen en de cultuur en het draagvlak bij medische professionals te veranderen. Meerdere partijen hebben zich al aangesloten bij dit initiatief.

Domotica

Domotica

Inzet van toezichthoudende domotica is bedoeld als ondersteuning voor of vervanging van de zorgverlener. Domotica is de verzamelnaam voor slimme elektronische voorzieningen in woonhuizen of instellingen.

In de gehandicaptensector wordt al op grotere schaal gebruik gemaakt van een combinatie van technieken als hulpomroepsystemen, uitluistersystemen, cameratoezicht, bewegingssensoren en bedmatten. Voordelen hiervan zijn dat cliënten langer zelfstandig kunnen blijven wonen en de zelfstandigheid van de cliënt vergroot wordt. Met name in de intramurale ouderenzorg en gehandicaptenzorg zijn hierdoor arbeidsbesparingen mogelijk, bijvoorbeeld door in de nacht minder personeel in te zetten. Met inzet van technologie is het continue monitoren door het personeel mogelijk, wat kleinschalig wonen voor dementerenden en gehandicapten kosteneffectiever maakt.

TNO zal samen met elf Europese partners het systeem Rosetta in 2011 op kleine schaal in Nederland, Duitsland en België uitrollen. In dit systeem worden drie al op kleine schaal geteste systemen gecombineerd. Met UAS (Unattended Autonomous Surveillance system) kunnen door middel van sensoren in muren van een woning de bewegingen van de bewoner worden gemonitord en - bij afwijkingen van het normale - gaat een signaal naar de mantelzorger of zorgverlener. Door het signaal van het systeem gaan de camera's in de woning aan, om controle door een zorgverlener mogelijk te maken. UAS is gericht op alarmering (onder andere valdetectie en dwaaldetectie). Met EDS (Early Detection System) kan door middel van sensoren in diverse apparaten in huis 'gezien' worden welke ondersteuning nodig is of wanneer er een afwijking van het normale gedrag plaatsvindt. Ook dan stuurt het systeem een email naar zorgverlener of mantelzorger, bijvoorbeeld wanneer de ijskast dagenlang niet wordt geopend. In het COGKNOW-project ten slotte werd in Europees verband de mogelijke toepassing voor de ondersteuning bij algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL) getest. In het Rosetta systeem, op een specifiek voor demente mensen ontwikkeld touchscreen (EDN Elderly Day Navigator), komen met geluiden en plaatjes reminders voor activiteiten en geheugensteuntjes, die het mogelijk moeten maken om langer thuis te blijven wonen. Geraamde kosten voor het aanbrengen van componenten van Rosetta in een woning: enkele duizenden euros, afhankelijk van de grootte van de woning en de gewenste functies. Arbeidsbesparing treedt op door minder valse alarmeringen, efficiëntere alarmafhandeling en uitstel van intramurale opnames.

Factoren die verspreiding beïnvloeden

Weerstand bij zorgverleners komt vaak voort uit angst dat de kwaliteit van de zorg niet goed geregeld is. Ook patiënten/cliënten moeten mee willen met deze ontwikkeling en mee kunnen. Verlies van privacy en autonomie wegen zwaar bij de afweging of de toepassing van domotica geaccepteerd wordt.

SVVE De Archipel biedt in Eindhoven een breed palet aan zorgverlening van zorg aan huis tot gespecialiseerde verpleeghuiszorg. De Archipel participeert al een aantal jaren mee in twee groot-schalige Europese projecten uit de Ambient Assisted Living programs van de Europese Commissie. In een aantal huizen worden bijvoorbeeld sensoren geïnstalleerd die registreren of er deuren of ramen openstaan, of bepaalde apparaten (oven!) worden gebruikt en is bijvoorbeeld een elektronische pillendoos beschikbaar die registreert wanneer medicijnen ingenomen dienen te worden

Belemmeringen

TNO geeft in het rapport over domotica drie factoren aan die een groot gebruik van domotica in de zorg verhinderen (thuisituatie):

- Onduidelijkheden in kosten/batenverdeling tussen de verschillende stakeholders.
- Imperfecties op technisch systeemgebied en in de aansluiting van de techniek op de zorgpraktijk.
- Gebrekkige gebruikersvriendelijkheid (interface design) voor zowel zorgverlener als patiënt.

Techniek als drijfveer

Oorzaak voor deze belemmeringen komen vaak voort uit de trigger voor domoticaprojecten: dat blijkt vaak de beschikbaarheid van subsidiegelden te zijn in combinatie met technische mogelijkheden. Zij komen dus niet voort uit de zorgpraktijk. TNO geeft aan als ideale situatie te zien dat nieuwe zorgconcepten evolueren waarvan domotica een integraal onderdeel uitmaakt.

Bij Zorgpalet Baarn/Soest zijn ze in 2006 begonnen met de inzet van het UAS-systeem: Unattended Autonomous Surveillance. Hierbij is technologie (sensoren op de muur) voor valdetectie en dwaaldetectie ingezet in combinatie met cameratoezicht. Aanleiding was de vraag van cliënten in de zwaarste categorie die toch thuis willen blijven. Het betreft hier een doelgroep die zonder UAS 8-9 keer per dag moet worden bezocht. Gebleken is dat door UAS het gevoel van veiligheid bij mantelzorg en cliënten is vergroot en er minder valse meldingen zijn, omdat met de camera kan worden gecontroleerd of er echt iets aan de hand is. Daardoor treedt er arbeidsbesparing op. Tevens is pas later - duurdere - intramurale opname noodzakelijk.

Robots als sociale hulp

Robotica

In Japan is al sinds enige jaren ervaring opgedaan met ondersteunende robots voor ouderen. Het betreft hier robots die communiceren met de gebruiker en ingezet kunnen worden voor ondersteuning van de dagelijkse activiteiten (eten, wassen, mobiliteit, monitoren, veiligheid) of voor gezelschap (gericht op welbevinden). De (Japanse) onderzoeken naar de effecten van met name de gezelschapsrobots (Aibo, het hondje van Sony en Paro, het zachte zeehondje van ISCL) geven voldoende indicatie voor de positieve effecten op de gezondheid en het welbevinden. Ouderen blijken open te staan voor dit soort apparaten. Ook de iCat van Philips kan ouderen helpen. Deze robot is meer ontworpen voor hulp dan voor gezelschap.

Nog geen arbeidsbesparing
maar...

Arbeidsbesparing is geen doel bij de inzet van dit soort robots, er is ook (nog) geen bewijs van het arbeidsbesparende effect. Het is echter niet moeilijk om voor te stellen dat in de nabije toekomst robots de professionals werk uit handen kunnen nemen of kunnen helpen bij de invoering van zorg op afstand of zelfmanagement.



Aibo, Sony



iCat, Philips

E-mental health

E-mental health

Nederland is koploper op het gebied van internetgebruik. In de geestelijke gezondheidszorg wordt ICT en internettechnologie in toenemende mate ingezet voor de behandeling van patiënten. We noemen dit e-mental health.

Veel mogelijkheden

Internet in de GGZ wordt ingezet om informatie te bieden en voor het geven of volgen van interactieve therapie. Ook zelftesten, lotgenotencontact en nazorg kan via internet plaatsvinden. E-consulten kunnen - indien er al een behandelrelatie met de patiënt bestaat - vergoed worden, beeldbellen maakt een goed contact mogelijk. Internettherapieën worden aangeboden voor bijvoorbeeld depressieve klachten, alcohol afhankelijkheid en angstklachten, zijn met name preventief en kunnen vanuit DBC's worden vergoed. De arbeidsbesparende mogelijkheden zijn evident, de toepassing van e-mental health groeit snel. Meer winst is nog te behalen door een betere inzet van internet, geïntegreerd in reguliere therapie, inzet in de behandeling en in de nazorg.

Niet alle doelgroepen

Bij mensen met psychiatrische problemen moet altijd zorgvuldig bekeken worden of internet voor deze doelgroep wel het meest geëigende medium is. De weerstand van sommige professionals komt vaak voort uit twijfel over de geschiktheid van deze methode van zorgverlening voor deze groep patiënten. Meer onderzoek en uitwisseling van ervaringen (evidence based) kunnen hierbij helpen.

Productvernieuwing

Veel ontwikkeling, weinig
implementatie

In de zorg vinden vele productvernieuwingen plaats. Uit de rapportage van ZonMw over gesubsidieerde projecten blijkt dat de initiële inzet vrijwel altijd kostenbesparing is en de bereikte arbeidsbesparing vaak maar moeilijk bewezen kan worden. Inmiddels wordt een door TNO ontwikkeld meetinstrument ingezet om tot bewezen besparingen te komen. De brede implementatie van al wel bewezen arbeidsbesparende innovaties, blijkt moeizaam

te gebeuren. Projectleiders van arbeidsbesparende innovaties in de care geven aan dat een belangrijke voorwaarde voor het laten slagen van een innovatief project is dat de geboekte winst in arbeidstijd kan worden ingezet voor een betere kwaliteit. Bezuinigen of het besparen op kosten werkt niet als drijfveer in de care. In ieder geval niet voor zorgverleners.

***Verzorgend wassen** is een andere manier van lichamelijke verzorging: er wordt gewassen met washandjes of -doekjes, geïmpregneerd met lotion. De speciale niet irriterende, verzorgende lotion vervliegt, waardoor afdrogen niet nodig is. Cliënten liggen daardoor minder lang bloot, voelen zich fris en zijn minder uitgeput door de wasbeurt. Bovendien is verzorgend wassen arbeidsbesparend en voor het verzorgend personeel minder belastend. In een verpleegeenheid van de Stichting Eckmunde hebben ze verzorgend wassen ingevoerd. Ze besparen 30-45 minuten per dag binnen deze kleine eenheid. Douchebeurten vinden gewoon doorgang. Bij Vivium is verzorgend wassen ingevoerd bij somatische patiënten. De patiënten blijken relaxter te zijn en alle zalven zijn inmiddels weg. Winst in tijd: 20 minuten per patiënt per dag.*

Verzorgend wassen

Wassen met een emulsie scheelt veel tijd en blijkt ook vooral voor zware zorgbehoevende patiënten veel aangenamer te zijn. Toch blijkt dat deze methode van wassen pas door een 100-tal instellingen is ingevoerd als eerste keusmethode. De resultaten zijn vrij consistent: een kleinere of grotere arbeidsbesparing, een betere huidkwaliteit en een grotere tevredenheid bij zowel cliënten als zorgverleners. Belemmering zit in de extra kosten voor de cliënt (thuiszorg en verzorgingskosten), maar met name in weerstand bij zorgverleners.

Vele bloemen bloeien

Voor product vernieuwing zijn diverse subsidies te verkrijgen. Vele bloemen kunnen bloeien, de brede verspreiding van bewezen innovaties laat echter vaak op zich wachten. Uit de Quickscan van kostenbesparende projecten blijkt dat kostenbesparingen in deze gesubsidieerde projecten in de cure veelal behaald worden door nieuwe diagnostische tests en nieuwe behandelwijzen. In de care zijn de grootste kostenbesparingen te bereiken door te besparen op de arbeidstijd. In de beschreven product vernieuwingen in de care betreft het relatief kleine besparingen die veelal niet breed zijn verspreid. Product vernieuwingen in de care lijken daarmee klein, maar richten zich op die activiteiten die elke dag het meeste tijd kosten: in en uit bed helpen, wassen, toilet, aan- en uitkleden, bedden opmaken en eten. Met name in de combinatie van arbeidsbesparende innovaties is hierdoor veel tijdswinst te behalen, maar vergt het voor een individuele instelling veel investering in geld en tijd om ze te implementeren.

Bij TriviumMeulenbeltZorg is het Elektronisch Zorgdossier (EZD) ingevoerd. Het EZD vervangt het papieren multidisciplinaire zorgdossier en wordt door alle disciplines gebruikt en op alle locaties. Er bestaat zo slechts een up-to-date versie van het dossier, die door iedere geautoriseerde geraadpleegd en aangevuld kan worden. Er zijn geen documenten meer nodig, er hoeft niet meer naar de afdeling gelopen te worden voor het dossier, er hoeft niet meer te worden geschreven. De iPad met pictogrammen is gemakkelijk te gebruiken.

Procesinnovatie

Procesverbeteringen

Procesinnovatie moet leiden tot aanzienlijke verbeteringen in het productieproces die een duidelijk effect hebben op de output, kwaliteit en/of kosten van een bedrijf. Het onderscheid tussen proces- en productinnovatie is soms moeilijk te maken. Vaak maakt immers een nieuw product een andere werkwijze mogelijk of zelf noodzakelijk. En ook blijken sociale innovaties (veranderingen in arbeidsverhoudingen of de organisatie van arbeid als ziekteverzuimbeleid, personeelsmanagement, arbeidstijdenmanagement) vaak ondersteunend te kunnen zijn of zelf randvoorwaardelijk voor procesverbeteringen.

Agathos Thuiszorg heeft zorgroutes ingevoerd als procesverbetering. Door concrete afspraken te maken met de cliënt over de planbare zorg, ontstaat een goed zicht op de tijdsinvestering die dit vraagt. De afspraken worden vastgelegd in een zorgroute. Voor de onplanbare zorg wordt gebruik gemaakt van een pieperdienst. Door de duidelijke afspraken daalt het aantal oproepen en neemt de onplanbare zorg af. Met een softwareverandering is daarmee een efficiëntere planning mogelijk, een verlaging van de overhead, meer zorgtijd voor de cliënt en meer cliënten in de zorg.

In ziekenhuis en GGZ

In ziekenhuizen, maar bijvoorbeeld ook in de GGzE, zijn zorgpaden ontwikkeld voor specifieke patiëntgroepen. Hierdoor kunnen patiënten snel in-, door-, en weer uitstromen en is de wachttijd tussendoor korter. Dit is prettig voor de patiënten en cliënten, maar leidt - zeker in ziekenhuizen - ook tot een grotere efficiency en bedrevenheid in de uit te voeren handelingen. In ziekenhuizen zijn cataract-, heupstraten en mammapoli's goede voorbeelden. Bij de invoering in de GGzE is tegelijkertijd geëxperimenteerd met een grotere betrokkenheid van het personeel, waarmee de motivatie wordt vergroot.

Om de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening te bevorderen, werd in het Sint Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein begin 2006 gestart met het toepassen van de Theory of Constraints (TOC). Met deze bottleneck-theorie werd op twee afdelingen de gemiddelde ligduur met 19 tot 34% verlaagd, in slechts enkele maanden tijd! Ook is de productiviteit, gemeten via het aantal opnames, met 30% gestegen. Tenslotte blijkt ook de patiënt vruchten te plukken: Vanaf de eerste dag is bekend wanneer iemand waarschijnlijk met ontslag kan. Een eenvoudig registratiesysteem ondersteunt de beslissingen van artsen en verpleegkundigen.

I-LEAN

In de Isala-klinieken in Zwolle zijn ze in 2009 begonnen met de toepassing van de procesverbeteringsmethode LEAN. Aanleiding was de noodzaak om het rendement te verhogen, noodzakelijk om de nieuwbouw te kunnen bekostigen. Met I-LEAN probeert Isala om de verspillingen (fouten, dubbel werk en wachten) in het dagelijkse werk weg te nemen, de hoeveelheid beschikbare tijd voor patiëntenzorg te vergroten en zorgverleners in staat te stellen verbeteringen direct zelf door te voeren. Het zorgproces wordt geoptimaliseerd vanuit het patiëntperspectief. Daarbij worden verbeteringen gezocht op drie aspecten: kwaliteit voor patiënt en familie, werkplezier en rendement. De ervaringen tot nu toe leren dat de eigenaar van de verbeteringen vooral in de lijn zelf gezocht moet worden, en dat rendement pas optreedt als ook echt op kosten wordt bespaard (bedden afstoten, personeel elders inzetten of anders inzetten).

Consequent en structureel

LEAN vraagt om consequente en structurele procesverbetering, en verandert daarmee de sturing in een organisatie. Het noodzaakt tot een gemeenschappelijk gevoeld doel op alle niveaus, leiderschap (goed voorbeeld, benodigd gedrag en coaching) en transparantie op resultaten (systematische meting voortgang versus targets, onderdeel van performance management). Actieve betrokkenheid en steun van de Raad van Bestuur, zorgmanagers en managers van resultaatverantwoordelijke eenheden is dan ook noodzakelijk.

Wachten is onplezierig voor de patiënt, kost het ziekenhuis geld en is vervelend voor professionals.

Verspillingen of belemmeringen wegnemen

Doel van methoden als TOC, LEAN of Six Sigma is om op een gestructureerde wijze verspillingen of belemmeringen voor een zo efficiënt en effectief mogelijk proces op te heffen. In ziekenhuizen worden deze methoden ingezet als verbetermethoden voor het realiseren van duurzame verbeteringen op het gebied van productiviteit, kwaliteit van zorg, klanttevredenheid en motivatie van medewerkers. Daarbij kan TOC goed ingezet worden op zorgketens en LEAN indien tegelijkertijd een cultuurverandering bereikt moet worden. LEAN lijkt daarmee dan ook het meest geschikt voor verzorgings- en verpleeghuizen, maar wordt tot nu toe daar maar heel weinig toegepast. Toepassing in de V&V is ook lastiger, omdat door de structureel hoge bezetting van bedden/kamers verspilling minder makkelijk te detecteren is dan in ziekenhuizen, waar deze speling er wel in zit. In de care zal het dus eerder gaan om de manier van werken.

Bij Zorgbalans in Haarlem, een grote VVT-organisatie, werken ze aan procesverbetering middels Kaizen. In deze Japanse methode ligt de nadruk op het doorlichten van (zorg)processen, het ontdoen van overbodige ballast en het op elkaar afstemmen van de processen. De methode werkt via kleine stappen en het laten zien van resultaten. Doel binnen Zorgbalans is vergroting van de medewerkertevredenheid, kwaliteitsverbetering en vergroting van de doelmatigheid. De bureaucratie is inmiddels verminderd, zorgroutes zijn slimmer georganiseerd, roosteren gaat anders. Kern van deze toepassing: sturen op resultaat met ruimte voor de medewerkers.

Nuttig maar lastig

Door procesverbeteringen is in ziekenhuizen het aantal fouten gereduceerd door standaardisatie van processen, en zijn transportkosten verminderd, loopafstanden van verpleegkundigen verkleind en dubbele of onnodige administratieve handelingen verwijderd. Met name het terugbrengen van de gemiddelde ligduur in veel ziekenhuizen is een aansprekend resultaat. Circa 10% van de Nederlandse ziekenhuizen werkte in 2009 met een van deze methoden. De toepassing, zeker bij Six Sigma, kost initieel veel tijd en ook geld. Tevens blijkt dat het meenemen van het personeel in de toepassing noodzakelijk is. Bij LEAN is dat onderdeel van de methodiek.

Buurtzorg

Andere filosofie van zorgen

Een heel andere filosofie op zorgverlening heeft geleid tot Buurtzorg. Bij de ontwikkeling van het concept Buurtzorg is de uitgangsvraag hoe duurzame oplossingen te bedenken voor de problemen van mensen. Hierbij is het vergroten van de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van cliënten het uitgangspunt. Om dat te kunnen doen is een bepaalde expertise nodig, en dus een hoger niveau van personeel. Tevens is het daarvoor noodzakelijk om het (formele en informele) netwerk in de buurt en in de familie zo goed mogelijk te laten bijdragen in de oplossingen. Door in kleine, zoveel mogelijk zelfsturende, teams te werken kan zo flexibel mogelijk ingespeeld worden op veranderende omstandigheden en specifieke kenmerken van de buurt. Groot verschil met de dominante wijze van zorgverlening, is dat Buurtzorg niet taakgericht is opgezet, maar oplossingsgericht (uitkomsten).

Besparing en kwaliteitsverbetering

Buurtzorg werkt alleen met hoog opgeleide zorgverleners (mbo en hbo) die op een breed spectrum van zorgvragen (95%) oplossingen kunnen bieden. Er wordt binnen de indicatiestellingen gewerkt (gemiddeld 40%). Vanwege lagere verantwoordingsdruk hebben de medewerkers meer tijd voor de patiënten, waardoor ze kwalitatief betere zorg kunnen leveren en ook ruimte hebben voor menselijk contact. Door lagere overheadkosten (< 10%) kan er met duurdere krachten worden gewerkt. Voorbeelden van de verlaagde overheadkosten: de teams maken zelf hun werkroosters en zijn in grote mate zelfsturend. Gevolg van de andere wijze van zorgverlening is, dat per cliënt veel minder zorguren gespendeerd worden, cliënten zijn eerder uit zorg, en de cliënten zijn toch tevreden. Financieel (Buurtzorg is een stichting met een ideëel doel) gaat het goed doordat meer cliënten bediend willen worden door Buurtzorg. De 2800 medewerkers bedienen ondertussen 25.000 tot 30.000 cliënten per jaar. Buurtzorg heeft een grote aantrekkingskracht op de wijkverpleegkundigen in Nederland. De andere filosofie heeft ook al geleid tot initiatieven voor zogenaamde buurtdiensten (hulp voor lagere zorgzwaartes), PG-diensten (voor dementerenden) en buurtpensies (kleinschalige tijdelijke opvang in de buurt, bijvoorbeeld na ziekenhuisopname).

Arbeidsbesparing draait niet om sneller en harder werken, maar om slimmer werken.

3.3 Conclusie

Veel ontwikkeling, weinig implementatie

Zelfmanagement en zorg op afstand zijn nog niet breed geïmplementeerd. De arbeidsbesparende effecten zijn weliswaar veelbelovend, maar nog niet bewezen. Met de toepassing wordt wel tijd gewonnen, maar deze wordt elders weer gebruikt. De toepassing van domotica blijkt met name in de gehandicaptensector in de nacht breed verspreid. Succesfactor bleek hier het duidelijke belang bij zowel organisatie als medewerkers. De toepassing van E-mental health in de GGZ blijkt snel toe te nemen. Ook de financiering lijkt hier op orde. Productvernieuwing en farmaceutische verbeteringen kunnen potentieel veel arbeidsbesparing opleveren en doen dat ook al, met name in de ziekenhuiszorg en zorg voor chronisch zieken. De toepassing van nieuwe producten in de verzorgings- en verpleeghuizen blijkt langzaam te gaan. Procesverbetering in ziekenhuizen tenslotte heeft al veel opgeleverd, meestal in combinatie met productvernieuwing en farmaceutische vernieuwing. Van procesverbetering in verzorgings- en verpleeghuizen zijn slechts weinig voorbeelden bekend. Door uit te gaan van een andere filosofie voor de zorgverlening (Planetree, buurtzorg) ontstaan zorgvormen die arbeid besparen en de kwaliteit verbeteren.



4 Kansen en belemmeringen

4.1 Factoren die de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties in de zorg bepalen

14 factoren	In het advies Van weten naar doen gaf de RVZ een twaalfstal factoren aan die van belang zijn voor een snelle verspreiding van innovaties in de zorg. Gelden deze onverkort voor arbeidsbesparende innovaties? We voegen er een dertiende en veertiende factor aan toe op basis van het vorige hoofdstuk: huisvesting en leiderschap. Na een weging van deze 14 factoren op hun invloed op de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties, komen we tot de belangrijkste hefbomen voor versnelling en verbreding van deze innovaties.
Weinig relevant	De factoren meerwaarde en de mogelijkheid deze uit te proberen, blijken niet van doorslaggevende aard te zijn voor de implementatie van arbeidsbesparende innovaties. Ook factoren als compatibiliteit (aansluiting op bestaande systemen en structuren) en re-inventing hebben wel invloed, maar niet in doorslaggevende zin. Homogeniteit blijkt eveneens geen belangrijke factor voor de beschreven arbeidsbesparende innovaties.
Cultuur belemmert	Een grote, vaak belemmerende factor is de heersende cultuur in de zorg. Bij verpleegkundigen en verzorgenden blijkt dat in sterke mate 'oude' normen over wat goede zorg is, de verspreiding van innovaties hinderen. Zo wordt face-to-face contact een belangrijk aspect van goede zorgverlening gevonden. Arbeidsbesparende innovaties stellen deze 'zorgconcepten' ter discussie. Zorg leveren via een videonetwerk vraagt om een andere manier van denken over de zorg, waar velen niet vertrouwd mee zijn. Daar bovenop komt dat arbeidsbesparing als doelstelling van innovatie als negatief wordt ervaren, omdat het voor zorgprofessionals wordt opgevat als verschraving van de zorg of bedreigend voor het eigen werk. Omdat ook kostenbesparing als motivatie voor innovatie als negatief wordt ervaren, is het gebrek aan motivatie van zorgprofessionals voor arbeidsbesparende innovatie een duidelijke belemmering. Daarentegen blijkt het zoeken naar mogelijkheden om de kwaliteit te bevorderen, weer wel motiverend. Dit is een belangrijke drijfveer die ingezet kan worden. Nieuwkomers blijken in de opleiding ook nog teveel gevoed te zijn met methoden die in de praktijk vaak al zijn verlaten. Projectleiders van innovaties in de care pleiten er voor dat zorginstellingen van hun ROC's afdwingen dat herijking van de opleidingsprogramma's plaatsvindt. Zij zullen daar ook zelf met praktijklessen aan moeten bijdragen.

Verkeerde financiële prikkels	Naast de heersende cultuur is het ontbreken van een passende beloning een grote belemmering. Alle betrokkenen geven aan dat de financiële prikkels verkeerd staan. Het huidige systeem biedt weinig ruimte voor arbeidsbesparende en e-health gerelateerde innovaties. Binnen de budgetgefinancierde zorg levert het besparen van arbeidskrachten een budgetkorting op. In de extramurale zorg AWBZ wordt juist weer alleen arbeid vergoed, waardoor arbeidsbesparing omzet kost. ICT-infrastructuur die noodzakelijk is voor veel zorgvernieuwing, moet grotendeels uit bestaande tarieven worden bekostigd en geëxploiteerd. De beleidsregel innovatie mag hiervoor niet gebruikt worden (WMG). Standaardisatie van de ontwikkelde technologieën en infrastructuur voor arbeidsbesparende innovaties is een randvoorwaarde voor verdere verspreiding.
Verandermethode belangrijk	Voor het succesvol implementeren blijkt het bij collega's kunnen zien van innovaties in de praktijk belangrijk. Ervaringen van collegae en bezoeken bij andere instellingen en organisaties werken beter dan artikelen, websites en voorlichtingsmateriaal. De gemiddelde zorgverlener is geen groot lezer of internetgebruiker. Ook het gebruiken van ambassadeurs binnen de organisatie is een beproefde methode. Het gebruik maken van ambassadeurs binnen de organisatie, van authentieke bestuurders, maar ook het verkrijgen van scherpte door het debat met twijfelaars, helpt de invoering, zo blijkt uit de praktijkervaringen.
Communicatie	Aansluiting bij en integratie in de zorgpraktijk is voor technologische vernieuwingen een vereiste. De wijze van communiceren over de gewenste veranderingen, blijkt daarbij cruciaal voor de acceptatie onder familie en medewerkers. Ervaringen bij de toepassing van methoden als LEAN en product-innovaties in de care bevestigen dat open en transparante communicatie over het doel van de verandering, randvoorwaarden waarbinnen deze plaatsvinden, en over de geboekte resultaten, wezenlijk zijn voor de acceptatie binnen de organisatie. Het meten van de resultaten en daarover communiceren, helpt.
Competitie	Meer competitie tussen zorgaanbieders kan een stimulerende factor zijn. De RVZ ziet meer mogelijkheden voor competitie op kwaliteit en cliënttevredenheid. Ook de zorgaanbieders en zorgverleners zien de stimulans in van rankings en benchmarken. Wel blijkt dat er veel discussie is over de waarde van bestaande kwaliteitsnormen. Maar men wil wel weten waar men staat in het rijtje.

Bij gebrek aan concurrentie is meten, monitoren en benchmarken een belangrijke stimulans voor een gezonde competitie.

Invloed huisvesting en omgeving

Bestaande en toekomstige huisvesting blijken een randvoorwaarde te zijn voor implementatie van arbeidsbesparende innovaties. De bestaande gebouwen en woonomgeving bepalen voor een groot gedeelte de mogelijkheden van ziekenhuizen en andere intramurale zorginstellingen om op een andere wijze zorg te verlenen. In de thuissituatie kan de huisvesting ook bepalen welke technologische hulpmiddelen mogelijk zijn, zowel als het huur of koopwoningen betreft. De woonomgeving blijkt vaak te onveilig te zijn (feitelijk of gevoeld), te druk of met slechte trottoirs en voorzieningen te zijn toebedeeld om verantwoord langer thuis te kunnen blijven. Aanpassingen in huis zijn vaak kostbaar en moeten binnen beperkte tijd terugverdiend worden. Juist omdat vastgoed een zware financiële last legt op de exploitatie van zorginstellingen in cure en care, is het belangrijk om te zoeken naar wegen waarmee de huidige huisvesting aangepast kan worden aan andere wijzen van zorgverlenen. De wens of noodzaak om nieuwbouw te plegen kan een goede stimulans zijn voor innovaties.

Leiderschap

Uiteindelijk moeten bestuurders en zorgverleners initiatieven nemen en durf tonen om nieuwe dingen uit te proberen. Het dreigende tekort op de arbeidsmarkt, noodzakelijke bezuinigingen en veranderende zorgvragen noodzaken daartoe. Hiervoor is leiderschap noodzakelijk bij bestuurders in de zorg. Daarvoor zullen zij risico's moeten nemen, nieuwe markten of nieuwe zorgwijzen moeten ontwikkelen. Weerstand binnen de organisatie zal moeten worden weggenomen door het goede voorbeeld te geven, maar ook door midden tussen het personeel te gaan staan. Dat vergt durf, visie en ondernemerschap, en met name leiderschap.

Ervaringen in andere sectoren

CEANconsulting heeft in opdracht van de RVZ onderzocht wat de internationale best practices zijn in arbeidsbesparende innovaties in de zorg, en heeft succesvolle arbeidsbesparende innovaties uit andere sectoren nader beschouwd. Uit deze studie blijkt dat succesvolle arbeidsbesparende innovaties in andere sectoren geen doel op zich waren, maar een spin-off van initiatieven met een focus op betere producten en meer klantgerichte diensten. Procesinnovatie en procesoptimalisatie blijken te leiden tot betere producten en meer klantgerichte diensten (= meer kwaliteit), en als spin-off ook tot arbeidsbesparing. Het gaat hierbij om continue iteratieve verbetering in kleine stappen, dus niet eenmalig en ook niet grootschalig. Alle bedrijfsprocessen worden geanalyseerd, de samenhang daartussen in beeld gebracht en daardoor worden mogelijkheden om het proces te verbeteren zichtbaar. Het gaat dus niet zozeer om het 'wat', maar meer om het 'hoe' en het 'waartoe'. Kwaliteitsverbetering leidt tot arbeidsbesparing

CEANconsulting concludeert op basis van gesprekken met zorgverleners dat er in de zorg in Nederland voldoende noodzaak en mogelijkheden worden gezien voor arbeidsbesparende procesverbetering, maar dat dit nog niet op grote schaal wordt toegepast. De zorg verschilt volgens CEANconsulting van andere sectoren op de volgende gebieden:

Mindset en aanpak hinderen

- a. Mindset. In de zorg wordt innovatie niet vanuit een procesmatig perspectief benaderd.
- b. Aanpak. Een integrale aanpak ontbreekt veelal en de aanpak is niet end-to-end, maar men zoekt point-solutions.
- c. Externe barrières. Ook bij het hanteren van een juiste aanpak zijn er diverse externe en interne barrières die het doorvoeren van innovatie belemmeren.

Succesvolle innovaties - waarbij arbeid wordt bespaard - zijn niet het resultaat 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).

Bron: CEANconsulting.

In volgende tabel geeft de RVZ aan waar hij denkt dat de hefboomen voor een snellere en bredere verspreiding van arbeidsbesparende innovaties zijn te vinden:

Hefbomen

Hefbomen	Invloed nu	Naar wenselijke invloed
1. Drijfveren		
Financiële noodzaak	+/- In cure en gehandicaptenzorg drijfveer, in care niet	++ Goede prikkel voor bestuur, geen drijfveer voor personeel
Streven naar kwaliteitsverbetering	+ Drijfveer zorgpersoneel	+++ Drijfveer beter gebruiken!
Competitie en/of concurrentie	- Drijfveer ontbreekt, wordt niet of nauwelijks ervaren	++ Kan stevige drijfveer zijn
2. Randvoorwaarden		
Cultuur personeel en bestuur in de zorg	--- Belemmert zorginnovatie. Kennis, kunde en vaardigheid kan beter	+++ Opleiding, bijscholing en sociale innovatie helpen verandering
Leiderschap	-- Te weinig aanwezig, teveel hier en nu	+++ Strategische ontwikkelingen, sociale innovatie, samenwerking nodig
Financieringswijze zorg	--- Innoveren kost geld, tijd en omzet	+++ Financiering die implementatie ondersteunt en beloont
Huisvesting/vastgoed	+/- Nieuwbouwplannen als drijfveer, oudbouw als belemmering	++ Geïntegreerde, innovatieve gebouwen en huizen maken veel innovaties, gemakkelijker, mogelijk
3. Veranderwijze		
Wijze van implementeren: communicatie, interne ambassadeurs, leren van collega's elders, werkvloer gebruiken	+ Succesfactor bij geslaagde projecten	++ Ervaringen gebruiken
Samenwerking intersectoraal, ketenbreed, regionaal	+ Blijkt motiverend en leerzaam	+++ Potentiële arbeidsbesparing groot

4.2 Wie is aan zet?

Stakeholders	Wie is in de gelegenheid om arbeidsbesparende innovaties verder te brengen en vanuit welke verantwoordelijkheid zou dat dan zijn? De RVZ kijkt hierbij naar stakeholders die aan de knoppen kunnen draaien van de belangrijkste factoren.
VWS	De overheid (VWS) is aan zet om de randvoorwaarden te creëren voor een snellere toepassing van arbeidsbesparende innovaties. Het gaat hierbij met name om een bekostiging die implementatie ondersteunt, en het wegnemen van hinderlijke of overbodige regeldrukke.
Zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten via hun zorginkoop en - in samenwerking met de overheid - in de vergoedingen (ZVW en AWBZ) innovatieve wijzen van zorgverlenen belonen.
Gemeenten	Gemeenten kunnen via de WMO ondersteuning financieren voor mantelzorgers. Samen met de woningcorporaties kunnen zij zorgen voor voldoende leeftijdbestendige, zorgondersteunende en ICT-geschikte woningen. In de toekomst zal meer zorgverlening verschuiven van zorgprofessionals naar burgers zelf en hun mantelzorgers. De gemeenten kunnen de WMO effectief inzetten voor de ondersteuning van deze cliënten.
Brancheorganisaties	Brancheorganisaties kunnen de verspreiding van bewezen arbeidsbesparende verbeteringen versnellen door hierop hun communicatie naar hun leden te richten. Tevens kunnen zij in CAO-onderhandelingen noodzakelijke randvoorwaarden voor arbeidsbesparende innovaties (leiderschap, scholingsinspanningen en sociale innovaties) inbrengen en meetbare doelen afspreken.
Maar vooral: zorg zelf	Bovenstaande partijen kunnen bijdragen aan de implementatie en verspreiding van arbeidsbesparende innovaties. Uiteindelijk zullen zorgaanbieders (bestuurders, middenmanagers en zorgverleners) het moeten doen. Procesverbeteringen, product vernieuwingen en het aanbieden van nieuwe wijzen van zorgverlenen, de veranderingen moeten binnen zorgorganisaties worden uitgevoerd. Naast financiële prikkels is daarvoor kennis en kunde noodzakelijk, en leiderschap en ondernemerschap. Voor zorgverleners betekent dit vaak het loslaten van bekende concepten en meebewegen in een andere relatie met de cliënt/patiënt. Van bestuurders wordt visie en ondernemerschap in de zorg gevraagd. Daarnaast is het voor patiënten en cliënten belangrijk om te kunnen kiezen uit verschillende zorgaanbieders, maar ook uit verschillende wijzen van zorgverlenen. Dit alles bij een gegarandeerde en transparante kwaliteit.

4.3 Conclusie

Drijfveren	Er is een veelheid aan factoren die bepalen of arbeidsbesparende innovaties breed worden geadopteerd of ingevoerd. Positieve drijfveren zijn het streven naar kwaliteitsverbetering, medewerkertevredenheid en vraaggerichtheid. Financiële noodzaak om een hoger rendement te bereiken en nieuwbouw geven vaak aanleiding tot innovaties. Qua methode leren zorgverleners het liefst van elkaar, en hebben zij de actieve steun van hun bestuurders nodig.
Financiële factoren	Algemene factoren die snelle of brede verspreiding belemmeren zijn het ontbreken van de juiste financiële prikkels en gevoelde noodzaak. De financiële prikkels staan in de ziekenhuiszorg en thuiszorg verkeerd, goede prikkels ontbreken nog te veel in cure en care. De financiële schotten tussen cure en care maken het lastig om doelmatige patiëntgerichte zorg over de ketens heen te leveren. Doordat elke organisatie en instelling zelf opdrachtgever is van zijn (meestal kleine) innovatie, is er te weinig schaalgrootte van de vraag voor de industrie en blijven de investeringen hoog voor technologische vernieuwingen. Dit vraagt niet om schaalvergroting van organisaties, maar om een andere organisatie van de vraag.
Cultuur en ICT-kennis	Tevens blijkt dat de cultuur in de zorg nog veelal risicomijdend is en er nog veel weerstand tegen vernieuwing is. Een negatieve factor bij de invoering van met name technologische vernieuwingen is de onbekendheid bij zorgprofessionals met ICT. Dit speelt specifiek in de care.
Leiderschap	Bij dit alles is leiderschap in de zorg noodzakelijk: het gaat niet alleen om de dag van vandaag of morgen, maar om een oplossing te bedenken voor de uitdaging van de toekomst.



5 Oplossingsrichtingen en aanbevelingen

5.1 Inleiding

Noodzaak

We zijn dit advies gestart met de vraag, hoe de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties in de zorg kan worden gestimuleerd, opdat deze innovaties optimaal kunnen worden benut voor het dreigend arbeidstekort in de zorg. In hoofdstuk 2 is beschreven dat het arbeidstekort nu nog beperkt is tot enkele regio's en specifieke functies. Op de middellange en langere termijn worden echter grote problemen verwacht voor de zorg, en met name voor verpleegkundigen en verzorgenden. In combinatie met een veranderende vraag en de noodzaak de kosten van de zorg te beperken, is er dus alle reden om de implementatie van arbeidsbesparende innovaties te versnellen.

Maatregelen zijn nodig

De RVZ meent dat maatregelen noodzakelijk zijn om een bredere en snellere verspreiding van arbeidsbesparende innovaties te bereiken. Maatregelen, gericht op een meer structurele en beter passende financiering, op een meer innovatieve cultuur en op meer samenwerking en ondernemerschap in de zorg. Daarbij is het belangrijk om aan te sluiten bij de drijfveren van mensen die in de zorg werken: zij zijn te motiveren voor veranderingen door te streven naar verbeteringen in de kwaliteit van zorgverleners, voor de patiënt/cliënt, en niet door kostenbesparingen of arbeidsbesparing na te streven. Uit andere sectoren blijkt dat innovaties gericht op kwaliteitsverbetering en klanttevredenheid leiden tot arbeidsbesparing.

5.2 Oplossingsrichtingen en aanbevelingen

Financiële ruimte

Meer structurele financiële ruimte

De RVZ acht het noodzakelijk dat organisaties en instellingen structureel de financiële ruimte krijgen om initiatieven te nemen en innovaties te implementeren, experimenten geprotocolleerd uit te voeren en risico's te nemen. Hierbij kan het gaan om andere vormen van zorgverleners, of om de invoering van technologie. De vele kleinschalige innovatieprojecten zorgen niet voor voldoende omzet om de industrie te stimuleren tot investeringen, en houden technologische vernieuwingen duur. Schaalvergroting van de vraag is noodzakelijk, dit vergt het anders organiseren van de vraag naar technologische vernieuwingen. Daarbij acht de RVZ het verstandig om de bestaande veelheid aan projectsubsidies voor met name productverbetering af te bouwen en meer geconcentreerd te gebruiken voor grootschalige implementatie. Grote administratieve, bureaucratische procedures moeten hierbij vermeden worden.

De Raad ziet mogelijkheden in een meer ondersteunende en structurele bekostiging, gekoppeld aan meetbare afspraken en evaluatie. Randvoorwaarde hierbij is wel dat er ook daadwerkelijk substitutie van arbeid plaatsvindt.

Aanbeveling 1: Zorg voor een meer passende bekostiging

Opt-in-regeling

a. Voor de minister van VWS samen met zorgverzekeraars: Zet de bestaande algemene subsidiegelden van bijvoorbeeld ZonMw en ZIP, de budgettaire vrije ruimte van ziekenhuizen en de lokale productiegebonden toeslag in de care om in een fonds voor een **opt-in-regeling. Koppel deze regeling aan meetbare doelstellingen en verantwoording in jaardocumenten.** Daarmee kunnen instellingen ervoor kiezen een tijdelijke toeslag te krijgen op hun DBC- en ZZP-financiering voor de implementatie van al bewezen innovaties of inzet op procesverbetering. Voorwaarde is dat men meetbare doelstellingen voor arbeidsbesparende innovaties opgeeft en daarover achteraf verantwoording aflegt. Stel daarbij de eis dat de innovaties worden omgeven door een deugdelijke evaluatie en zorg ervoor dat de evidentie over arbeidsbesparende innovaties die werken ook een brede verspreiding krijgt. Moedig instellingen aan arbeidsbesparende innovaties waarvan bewezen is dat ze werken, te implementeren.

Focus zorg op afstand

b. Voor de minister van VWS, NZa, ZonMw, zorgverzekeraars en zorgkantoren: De RVZ stelt voor om een gezamenlijke **geconcentreerde inspanning** te verrichten voor de brede verspreiding van **zorg op afstand** in de thuiszorg, geïntegreerd in het zorgproces en als aanvulling op de face-to-face zorg. Daarvoor moet het mogelijk zijn om gebruik te kunnen maken van structurele financiering voor de noodzakelijke infrastructurele investeringen. Tevens is het noodzakelijk dat de reeds opgedane ervaringen worden gedeeld. Tot slot is het noodzakelijk dat gedurende een aantal jaren, bijvoorbeeld twee, aan instellingen een aanvulling wordt verstrekt voor de transitieperiode, waarin meer vergoedingen van contacturen gaan plaatsvinden, in plaats van vergoeding van uren achter de voordeur. Bekostiging van telezorg moet regulier mogelijk zijn.

Aanbeveling 2: Naar een innovatieve cultuur met een visie op de toekomst

Leiderschap

a. Aan brancheorganisatie, raden van toezicht, managers in de zorg: Stimuleer leiderschap, sociale innovatie en een open wijze van innoveren. De belangrijkste vraag is eigenlijk hoe we bestuurders en locatiemanagers, afdelingshoofden en zorgverleners zo ver krijgen dat ze vooruitzien en werkelijke arbeidsbesparende verbeteringen gaan uitvoeren. Van bestuurders en middenmanagers mag **leiderschap** verwacht worden: visie en het betrekken van de medewerkers bij de noodzakelijke veranderingen. Daarvoor acht de RVZ een specifieke bijscholing noodzakelijk, gericht op meer moderne managementvaardigheden. Aan de Raden van toezicht wordt gevraagd om bij de beoordeling van het functioneren van bestuurders het innoverend (arbeidsbesparende) vermogen te betrekken. Het gaat hier immers om de toekomst van de organisatie.

Sociale innovatie	Om de cultuur binnen een organisatie innovatiever te maken, is het verhogen van de autonomie van professionals en het mee laten denken en praten over vernieuwing en verbetering van werkprocessen noodzakelijk. Een innovatieve cultuur geeft immers arbeidsbesparende innovaties meer kans. Dit vraagt een open wijze van aansturen door de managers in de gezondheidszorg.
Veranderwijze	Binnen instellingen en organisaties moet het personeel worden meegenomen in de noodzaak van de vernieuwing, maar ook in de richting daarvan. Het succes van de invoering van nieuwe producten, slimmere werkprocessen, procesinnovatie of andere vormen van zorg hangt voor een groot gedeelte af van het draagvlak en de motivatie van het personeel. Dit vergt een aanpak die in het proces meer tijd kost, maar in de uitwerking versnelling zal opleveren.
Scholing en bijscholing	<i>b. Aan brancheorganisatie, beroepsverenigingen en zorgbestuurders:</i> Zorg voor continue bijscholing van managers in de zorg en adequate vernieuwende scholing van personeel. De zorg is van oudsher niet bijzonder ICT-minded. De ontwikkelingen zoals beschreven in Gezondheid 2.0, maar ook de toenemende (ondersteunende) mogelijkheden van ICT en technologie in de zorg leidt tot veranderingen in de toekomstige rol van zorgverleners, maar ook tot veranderingen in de zorguitvoering. Om de acceptatie en ontwikkeling van technologische verbeteringen in de zorgpraktijk te ondersteunen is het belangrijk dat managers en personeel in de zorg continu bijgeschoold worden. In het begin 2011 te publiceren advies Nieuwe beroepen gaat de RVZ hier dieper op in. Nieuwe medewerkers moeten opgeleid zijn in de nieuwste technieken en mogelijkheden opdat zij een vernieuwende impuls kunnen geven binnen hun organisatie. Hiervoor moeten beroepsverenigingen, maar zeker ook de zorginstellingen en zorgorganisaties zelf, hun eisen aangeven bij de ROC's.
Stimulering en meetbare afspraken	<i>c. Aan brancheorganisaties en vakbonden:</i> Gebruik de CAO-onderhandelingen om meetbare afspraken te maken over de inspanningen gericht op de toepassing van onder andere de volgende (HRM)-instrumenten: strategische personeelsplanning, aanpassing van takenpakketten en roosters aan leeftijd (rekening houden bij nachtdiensten bijvoorbeeld), en meerjarenplannen voor de ontwikkeling van de organisatie. Maak meetbare afspraken over de te bereiken arbeidsbesparing, gekoppeld aan kwaliteit van zorg, cliënt/patiënttevredenheid en medewerkertevredenheid. Maak afspraken over wat hiervoor nodig is. <i>d. Aan ROC's, HBO-V opleidingen, HBO-raad en MBO-raad:</i> Zorg voor flexibele, vernieuwende lesprogramma's. Stimuleer de verandering!


Aanbeveling 3: Stimuleer de ontwikkeling van de filosofie van Buurtzorg in de intramurale zorg

Aan VWS, zorgverzekeraars, NZa en CVZ: Stimuleer en faciliteer de (private) uitwerking van **de filosofie van Buurtzorg** voor de zorg in verzorgings- en verpleeghuizen. Het gaat hierbij niet om buurtzorg zelf, maar wel om de filosofie die erachter ligt: cliëntgericht, oplossingsgericht en met als achterliggend principe de bevordering van een zo groot mogelijke zelfredzaamheid. Een grotere autonomie van de zorgverleners, integrale zorg en zelfroosteren zijn hierbij elementen.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2010, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

‘In het Werkprogramma 2010 van de Raad is het onderwerp Arbeidsbesparende innovaties in de zorg opgenomen. Het werkprogramma vermeldt hierover het volgende:

De verwachte tekorten op de arbeidsmarkt vormen een probleem dat de beleidsagenda van de zorg nog voor jaren zal beheersen. Een voor de hand liggende manier om hier iets aan te doen is de substitutie van arbeid door kapitaal.

Hoe bereiken we dat er snel meer arbeidsbesparende technologieën in de zorgsector worden ingezet? En hoe nemen we de drempels weg?

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:

Mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman
Mr. H. Bosma

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

Mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman

- Lid Raad van Toezicht NHTV Internationale Hogeschool te Breda
- Voorzitter Raad van Toezicht Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant
- Voorzitter Beroepscommissie Huisartsenposten Midden-Brabant

Mr. H. Bosma

- Lid van de Raad van Commissarissen N.V. NOM (Noordelijke Ontwikkelingsmaatschappij)
- Lid van de Raad van Commissarissen Synergia Capital Partners B.V.
- Voorzitter van de Raad van Commissarissen PI Investments B.V.

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:

Mevrouw dr. W.G.M. van der Kraan, tot 1 juli 2010, projectleider
Mevrouw drs. Y.D.M. van Otterdijk, per 1 juli 2010, projectleider
Mevrouw drs. S.S. Baldewsing, adviseur
Mevrouw dr. I. Doorten, senior adviseur
Mevrouw I. Grootjans-van Kampen, junior adviseur
Mevrouw N.L. Buijs, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Achtergrondstudies

CEANconsulting (Guru Manja) heeft een achtergrondstudie geschreven met als titel 'Arbeidsbesparende innovaties in de Zorg, Arbeidsbesparende procesverbeteringen motiveren personeel en leiden tot betere zorg'.

Den Breejen van het Erasmus MC heeft een achtergrondstudie geschreven met als titel 'Arbeidsbesparende innovaties in de Zorg, Een theoretische

verkenning naar kansen en belemmeringen voor arbeidsbesparing in de gezondheidszorg’.

Blanson Henkemans, Molema, Franc en Otten van TNO hebben een achtergrondstudie geschreven met als titel ‘Zelfmanagement als Arbeidsbesparende Innovatie in de Zorg’.

Klankbordgroep Arbeidsbesparende innovaties

De Raad is bij de voorbereiding van het advies bijgestaan door een klankbordgroep. Deze klankbordgroep, die drie keer bijeen is geweest, bestond uit de volgende personen:

- Ing. R.A. Adolfsen MBA, Agis Zorgverzekeringen
- R. van Aperen, Pfizer
- Dr. P.J.A. Bertens, Nefarma
- Dr. J.L.T. Blank, TU Delft
- Dr. A. de Boer, College voor Zorgverzekeringen
- M. Bontje, UVIT
- Mevrouw E. van Hummel, Parnassia
- P. Korte, Janssen-Cilag b.v.
- R.O. van Merkerk, Pontes Medical
- Mevrouw E.W.M. 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
- H. Sureveen, Reumapatiëntenbond
- Drs. G.H.M. Verkerk, Vivium Zorggroep
- Ing. C.P.J. Verouden MBA, Zuidzorg
- Dr. L.P. de Witte, Hogeschool Zuyd
- Mevrouw H. Wüst, Vilans

Expertmeeting farmaceutische innovaties

Ter voorbereiding op het advies heeft de Raad drie expertmeetings gehouden. De eerste expertmeeting werd gehouden op 29 september 2009 met experts over farmaceutische innovaties.

Bij deze bijeenkomst waren aanwezig:

- Dr. M. van Agthoven, Janssen-Cilag b.v.
- D.S. Berkelbach van der Sprenkel, MSD
- Drs. R.D.W. Duiverman, huisarts
- Ir. R. de Jong, Altrecht
- Dr. W.J. Meerding, Consumer Care Pfizer
- Dr. J.E. de Metz, DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
- Drs. H. Nienhuis, Menzis

Expertmeeting telemedicine

De bedoeling van de tweede expertmeeting was om de mogelijke bijdrage van telemedicine aan het oplossen van het arbeidsmarktprobleem te bezien. De meeting werd gehouden op 1 oktober 2009 en bij deze bijeenkomst waren aanwezig:

- Mevrouw J. Baardman, Nederlandse Patiënten- en Consumentenfederatie
- Mevrouw E. Barents, Diabetes Vereniging Nederland
- Mevrouw M. Brands, ANBO
- P. Epping, Epping, Consultancy
- S. Gramberg, KPN
- Mevrouw dr. H. Kort, Hogeschool Utrecht
- Mevrouw A. Nijhuis, Aveant Utrecht
- P. Verrijt, Provincie Utrecht
- M. de Waard, Koala

Expertmeeting medisch-technische innovaties

De derde en laatste expertmeeting was op 6 oktober 2009. In deze meeting stond centraal de mogelijke bijdrage van medisch-technische innovaties aan het oplossen van het toekomstige arbeidsprobleem in de Nederlandse gezondheidszorg. Bij deze bijeenkomst waren aanwezig:

- M. Blom, Alzheimer Nederland
- H. Boers, Vilans
- J. Breek, Abena BV
- H. Fens, HMC-Nederland
- Mevrouw H.J.J. Knibbe, LOCOmotion
- P. Krijnsen, JOYinCARE
- Mevrouw E. Langerak, Vivium Zorggroep
- Mevrouw I. Verschooten, Orbis Medisch en Zorgconcern
- S. Westerbos, WestCare
- O. Wijman, Abena BV

Brainstormsessie patiëntenverenigingen

6 oktober 2010 heeft er een brainstormsessie met patiëntenverenigingen plaatsgevonden. Bij deze bijeenkomst waren aanwezig:

- M. Blom, Alzheimer Nederland
- Mevrouw S. Da Silva Curiel, Reuma Patiëntenbond
- H. van Laarhoven, Hart en Vaatgroep
- M. Ploeg, Diabetes Vereniging
- Mevrouw C. Zijderveld, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

Brainstormsessie zorgverzekeraars

14 oktober 2010 heeft er een brainstormsessie met zorgverzekeraars plaatsgevonden. Bij deze bijeenkomst waren aanwezig:

- Mevrouw E. van Galen MSc, BN, Zorgkantoor Amstelland en de Meerlanden
- W. Gruizen, CZ
- P. Lakerveld, Eno

Bijeenkomst innovaties in de care

27 oktober 2010 is er een bijeenkomst geweest met projectleiders van innovaties in de care. Bij deze bijeenkomst waren aanwezig:

- Mevrouw M. van Blanken, Zorgpalet Baarn/Soest
- Mevrouw J. Boomgaard, Ergotherapie Gooiland/Cordaan Thuiszorg
- M. Gulpers, Verpleeghuis Lückerheude
- H. IJland, TriviumMeulenbeltzorg
- Mevrouw N. Kramer, Vivium
- G. Schimmel, Opella
- Mevrouw M. Twisk, Stichting Elmunde
- Mevrouw A., Vermaas, Agathos Thuiszorg
- P. Vlietman, Vivium

Geconsulteerden

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen gesproken:

- M. van Agthoven, Janssen-Cilag
- Dr. P.A. van Aken, Actiz
- W. Annard, Eureko Achmea
- W. Balestra, Plexus
- Dr. P. Bertens, Nefarma
- Mevrouw M. Bik, Isala Klinieken
- W. Boon, VU/Dialogic
- Mevrouw M. Booy, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Mevrouw I. Borghuis, Actiz
- J. Brinkman, Parnassia
- Mevrouw F. Bolle, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Mevrouw J. Dekker, A&O VVT
- G. Friesen, Philips
- Mevrouw mr. A. Goris MBA, STG/HMF
- Drs. R. Goudriaan, APE
- T. de Groot, TNO
- Mevrouw M. van Hout, Verpleeghuis Tamarinde/Aveant
- Mevrouw R. de Jong, STG/HMF
- Drs. F. van der Kar, Parnassia
- I. Karkowski, TNO
- Mevrouw H. Kloppert
- Mevrouw N. Kraaijenveld, Nefarma
- H. van Laarhoven, Hart en Vaatgroep

- Dr. M. Lambooi, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- A.J. Lamping, arts, Zorgverzekeraars Nederland
- Mevrouw G. Langerveld, ZonMw
- E. van Liere, Elliezo
- G. van Liere, Elliezo
- Mevrouw dr. B. van der Linden, ZonMw
- Mr. dr. S. Nouwt, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
- P. Oostveen, KplusV
- L. Oprel, ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit
- Mevrouw C. Pauli, Ernst & Young
- Mevrouw A. Pieterse, ZonMw
- Mevrouw R. Quak, Plexus
- Mevrouw S. de Rijker, CG-Raad
- M. Ringers, TNO
- H. Robberts, Vierstroom
- F. Rooien, Actiz
- Mevrouw K. Ruijter, ministerie van Economische Zaken
- H. Schellekens, Vierstroom
- Prof. H. Schrijvers
- M. Smit
- Mevrouw A.J.E. de Veer, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- E. Visser, CG-Raad
- P. Vreeswijk, CG-Raad
- Mevrouw I. ter Walvaart, UVIT
- H. Weijers, Ziekenhuisgroep Twente
- E.L. Wijnen, ministerie van Economische Zaken
- Mevrouw H. Wüst, Vilans
- Mevrouw N. van der Zeijden, Parnassia

Op dinsdag 7 december 2010 is de onderhavige materie besproken met drs. M.J. Boereboom, directeur-generaal langdurige zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Raad heeft het advies op 18 november 2010 vastgesteld.

Bijlage 3

Afkortingen

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPB	Centraal Planbureau
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose BehandelCombinatie
EDN	Elderly Day Navigator
EDS	Early Detection System
EZD	Electronisch Zorgdossier
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HRM	Human Resource Management
IC	Intensive Care
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OK-verpleegk.	Operatiekamer-verpleegkundige
PG diensten	Persoonsgebonden diensten
PGB	Persoonsgebonden Budget
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROC	Regionaal Opleidingscentrum
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SVVE	Stichting Verpleging en Verzorging Eindhoven
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
TOC	Theory of Constraints
UAS	Unattended Surveillance System
V&V	Verpleegkundigen en Verzorgenden
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VV&T	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

ZIP
ZVW
ZZP

Zorginnovatieplatform
Zorgverzekeringswet
Zorgzwaartepakket

Bijlage 4

Literatuurlijst

Actiz, organisatie van zorgondernemers. Overdrachtdossier van zorgondernemers. Utrecht: 2010.

Algemene rekenkamer. Zorg op afstand, een innovatie voor de langdurige zorg. Den Haag: Algemene rekenkamer, 2009.

Berkvens, J. et al. Ziekenhuizen in verbetering met Lean en Six Sigma. 2009.

Blanson Henkemans et al. Zelfmanagement als Arbeidsbesparende Innovatie in de zorg. Leiden: TNO, 2010.

Boonstra, A. et al. Kijken op afstand. Een leerzaam alternatief. Groningen: RuG/RHO, 2008.

Breejen, E. den. Een theoretische verkenning naar kansen en belemmeringen voor arbeidsbesparing in de gezondheidszorg. Rotterdam: EU/IBMG, 2009.

Broekens, D.J., M. Heerink en H. Rosendal. Assistive robots in elderly care, a review. 2009.

CEANconsulting. Eindrapport: arbeidsbesparende innovaties in de zorg. Baarn: CEANconsulting, 2010.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid in cijfers. Den Haag/Heerlen: CBS, 2009.

Centraal Planbureau. De toekomst van mantelzorg. Den Haag: CPB, 2009.

Duin, C. van en A. de Jong. Regionale bevolkingsprognose 2009-2040: Vergrijzing en omslag van groei naar krimp. Den Haag; Bilthoven: Planbureau voor de Leefomgeving; Centraal Bureau voor de Statistiek, 1/2010.

Eggink, E., D. Oudijk en I. Woittiez. Zorgen voor zorg. Den Haag: SCP, 2010

Knibbe, J.J. en J. Dekker-Dingemans. Het benutten van de baten van innovaties. *www.locomotion.nu*, 2010.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: RIVM, 2010.

Nictiz. Zorg op afstand. Het perspectief van de zorgprofessional in de langdurige zorg. Een verkenning. Den Haag: Nictiz, 2010.

Nivel. Monitor Zorg op afstand. Verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009. Utrecht: Nivel, 2009.

Nooij M. de, en J. Poort. Vooruit met procesinnovatie. Amsterdam: SEO, 2005.

Nederlandse Zorgautoriteit. Adviesuitbreiding B-segment 2011. Utrecht: NZa 2010.

Oort, S.H. van.. Domotica: Doos van Pandora of Heilige Graal? Utrecht: TNO, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Arbeidsmarkt en zorgvraag. Den Haag: RVZ, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid 2.0. Den Haag: RVZ, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van weten naar doen. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorg voor je gezondheid! Den Haag: RVZ, 2010.

Rathenau Instituut. Medische technologie ook geschikt voor thuisgebruik. Den Haag: Rathenau Instituut, 2009.

Regiomarge 2009, Prismant.

Stichting Pandora. Technologische ontwikkelingen in de GGz: e-mental health en substituties nader bekeken. 2008.

Velde, F. van der, S. Cihangir en H.J. Borghans. E-health en domotica in de zorg: kans of risico? Utrecht: IGZ; Prismant, 2008.

Velde, F. van der en W. van der Windt. De lange termijn vraag naar en het aanbod van personeel in de zorg. Utrecht: Prismant, 2010.

Wester, G.O., et al. Zorgbalans 2008. Bilthoven: RIVM, 2008.

Windt, W. van der, F. van der Velde en A. van der Kwartel. Arbeid in Zorg en Welzijn. Utrecht: Prismant, 2009.

ZonMw. Kostenbesparende projecten, quickscan van ZonMw programma's.
Den Haag: ZonMw, 2009.

ZonMw. Rapport Zorginnovatiewijzer. ZonMw: CVZ: NZA, 2010.

Zorg Innovatie Platform. Inspiratie voor innovatie.
Den Haag: ZIP, 2009.

Bijlage 5

Relevante websites

www.zorginnovatieplatform.nl

De missie van het ZIP is innovaties versnellen en aanjagen die bijdragen aan een duurzaam gezondheidssysteem en daarmee het welzijn en de welvaart van de bevolking verhogen.

www.zorgvoorbeter.nl

Het programma Zorg voor Beter stimuleert organisaties in de langdurende zorg om nu én in de toekomst goede zorg te leveren. De focus ligt op kwaliteit en arbeidsbesparing. Zorg voor Beter biedt methodieken, voorbeelden en advies van experts. Leren van elkaar staat centraal.

www.invoorzorg.nl

In voor zorg! helpt organisaties in de langdurige zorg werkprocessen in te richten voor de toekomst. Het programma In voor zorg! van Vilans, kenniscentrum langdurende zorg, en het ministerie van VWS, bundelt bestaande kennis en biedt organisaties praktische ondersteuning in hun eigen veranderingstraject.

www.nivel.nl

Nederlands instituut voor onderzoek naar de gezondheidszorg.

www.buurtzorgnederland.nl

Een natuurlijk alternatief voor thuiszorg in Nederland

www.aal-europe.eu

Ondersteuning vanuit Europese Commissie van ambient assisted living, kwaliteit van leven van ouderen in Europa.

www.zorginnovatieforum.nl

Het Zorginnovatieforum is een netwerk van twintig zorgaanbieders, zorgverzekeraars en kennisinstellingen in het noorden van Nederland dat zich inzet voor structurele vernieuwingen in de zorg.

www.procesverbeteren.nl

www.locomotion.nl

Vanuit ergonomisch perspectief gekeken naar de effecten van zorgvernieuwingen op werknemers in de zorg.

www.ehealthnu.nl

www.AZWinfo.nl

www.innovatiespiegel.nl

Voorbeelden, businesscases en rekenmodules vanuit A+O VVT

www.vilans.nl

Kennisinstituut voor de care. Doorverwijzing naar vele projecten.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl.

Adviezen van de RVZ vanaf 2007

- 10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010
- 10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
- 10/04 De patiënt als sturende kracht, 2010
- 10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg, 2010
- 10/01 Gezondheid 2.0, februari 2010
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen, juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg, maart 2009
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg, december 2008
- 08/08 Schaal en zorg, mei 2008
- 08/05 Zorginkoop, maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid, april 2008
- Sig 07/02 Goed patiëntschap, februari 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ?, januari 2008
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg, oktober 2007
- 07/02 Vertrouwen in de arts, mei 2007
- Sig 07/01 Uitsstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007

Publicaties CEG vanaf 2007

- Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij?
Ethische overwegingen bij zorg op afstand.
- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008
- Sig 07/04 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (signalement), januari 2007
- Sig 07/03 Financiële stimulering van orgaandonatie (signalement), november 2007
- Sig 07/02 Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007

