

## **Ruimte voor arbeidsbesparende technologie**

om in 2025 voldoende zorg te bieden



## **Ruimte voor arbeidsbesparende technologie**

om in 2025 voldoende zorg te bieden

Annemiek Goris  
Hugo Mutsaers

Redactionele bewerking door Andrea Dingemans  
De bijdragen van “Bertram Concrelit, leidinggevende verpleeghuis Nieuwe Stijl” zijn  
geschreven door Mark van Seggelen, Comesta

**Waar dit mogelijk was, is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken een ieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.**

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorrecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN: 978-90-75425-17-8

Nur 860

© STG/Health Management Forum

2008

Postbus 482

2300 AL Leiden

Telefoon +31 (0)71 518 11 18

E-mail [stg.hmf@stg.nl](mailto:stg.hmf@stg.nl)

Omslagontwerp: jan van halm.media design services

Omslagfoto: 1 - ANP Photo, Ton Borsboom

Omslagfoto: 2 – Nationale Beeldbank, D.H.M. Visser

Vormgeving: Hoogteyling BNO, Schiedam

Drukwerk: Drukkerij Dipas, Zoetermeer

Uitgeverij: STG/Health Management Forum

## INHOUDSOPGAVE

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| INHOUDSOPGAVE .....                                                            | 5  |
| SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN .....                                | 6  |
| SUMMARY .....                                                                  | 9  |
| 1 INLEIDING .....                                                              | 10 |
| 1.1 Achtergrond en aanleiding .....                                            | 10 |
| 1.2 Doelstelling .....                                                         | 10 |
| 1.3 Vraagstelling en werkwijze .....                                           | 11 |
| 1.4 Leeswijzer .....                                                           | 11 |
| Bertram Concrelit, leidinggevende verpleeghuis Nieuwe Stijl .....              | 12 |
| 2 CONTRASTERENDE SCENARIO'S .....                                              | 13 |
| 2.1 Zwarte scenario's .....                                                    | 13 |
| 2.2 Roze scenario .....                                                        | 14 |
| Bertram Concrelit, leidinggevende verpleeghuis Nieuwe Stijl .....              | 16 |
| 3. DE KWESTIE OP SCHERP .....                                                  | 17 |
| 3.1 Patiënt, V&V-er en techniek van de toekomst .....                          | 19 |
| 3.2 De aard en de omvang van het aankomende probleem .....                     | 21 |
| 3.3 Schaal en drempelwaarde .....                                              | 22 |
| Bertram Concrelit, leidinggevende verpleeghuis Nieuwe Stijl .....              | 24 |
| 4 BEVINDINGEN: DOET DE ZORGSECTOR DE GOEDE DINGEN GOED? .....                  | 25 |
| 4.1 Dementie .....                                                             | 25 |
| 4.2 Hart&vaatziekten .....                                                     | 28 |
| 4.3 Arbeidsbesparende technologie voor grote chronische patiëntengroepen ..... | 29 |
| 4.4 Algemene dagelijkse verzorging & verpleging .....                          | 29 |
| 4.5 Meetinstrument arbeidsinnovatie .....                                      | 31 |
| 4.6 Belemmeringen wegnemen .....                                               | 32 |
| Bertram Concrelit, leidinggevende verpleeghuis Nieuwe Stijl .....              | 35 |
| BIJLAGE 1 LITERATUUR .....                                                     | 36 |
| BIJLAGE 2 DEELNEMERS PLENAIRE BIJEENKOMST 24 SEPTEMBER 2007 .....              | 37 |
| BIJLAGE 3 GERAADPLEEGDE PERSONEN .....                                         | 39 |
| BIJLAGE 4 GOEDE DINGEN GOED DOEN, EEN VERKENNING .....                         | 40 |
| BIJLAGE 5 .....                                                                | 46 |
| BIJLAGE 6 .....                                                                | 49 |
| STG/HMF PUBLICATIES .....                                                      | 49 |

## **SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN**

Het ziet er niet best uit voor patiënten die om zorg vragen in 2025 en ook niet voor verzorgenden en verpleegkundigen (V&V-ers) die die zorg leveren. Die zorg zal nog slechts voor een deel leverbaar zijn als er geen actie wordt ondernomen, als er niet naar de signalen geluisterd wordt. Wat zijn die signalen?

- Het aantal patiënten met dementie of hart&vaatziekten groeit met 45% tussen 2007 en 2025: voor elke 100 patiënten nu zien we 145 patiënten in 2025. Dat zijn de snelst in aantal stijgende diagnosegroepen.
- In 2025 is de beroepsbevolking 10% gekrompen in vergelijking met 2007: voor elke 100 zorgwerkers nu zien we 90 zorgwerkers in 2025.
- Combineren we deze ontwikkelingen, dan is er voor 55 van de 145 patiënten in 2025 geen professionele zorg voorhanden: een daling van 40%.

De problematiek in twee regels:

- ofwel er is in 2025 voor slechts 60% van de (dementie en hart&vaatziekten) patiënten volledige V&V-zorg voorhanden
- ofwel er is in 2025 voor die patiënten slechts 60% V&V-zorg voorhanden.

Van beide scenario's moeten we wegblijven. We hebben arbeidsbesparende technologie als middel genomen om het tekort van 40% op te vangen. Die technologie willen we ingevoerd zien zowel aan de patiëntkant (zorgvraag voorkomen) als aan de kant van de V&V-ers (werkprocessen slimmer maken). Elke arbeidsbesparende technologie moet binnen vijf jaar ten goede kunnen komen aan alle patiënten voor wie die technologie ontwikkeld is.

### **Waar staan we nu?**

Er is een aanzienlijke inspanning nodig om het tij te keren. Er is nog tijd om het te doen, het is niet onmogelijk, maar wel urgent. Lastig is, dat de problematiek en de oplossing ervoor nog niet bij alle partijen bekend genoeg is. De notie dat arbeidsbesparende technologie een reddingsboei is, moet nog groeien. Industrie, instellingen en kenniscentra gebruiken 'arbeidsbesparing' niet als meetlat. Het is tijd om verder vooruit te kijken, opdat zorgpartijen niet verrast worden door demografische ontwikkelingen. We kiezen voor een reuzenstap als oplossing voor het probleem. De focus moet snel gericht worden op introductie van grote arbeidstijdsbespaarders. We hebben een boodschap voor alle actoren in de zorg.

## **Aanbevelingen**

### **1. investeer in arbeidsbesparende en gezondheidsbevorderende technologie**

Arbeidsbesparende technologie in de zorg levert meer productie per V&V-er; gezondheidsbevorderende technologie leidt tot minder zorgvraag en dus tot minder arbeid van V&V-ers. Zonder beide technologieën is adequate V&V-zorg niet voldoende leverbaar in 2025. We komen dan 40% zorg tekort. Deze notie is voor alle partijen in de zorg belangrijk.

### **2. rol binnen vijf jaar technologie uit die 40% besparing oplevert**

Technologie die primair gericht is op werkprocessen in de zorg moet tenminste 40% arbeidsbesparend zijn. Verspreiding in de zorg aan alle mensen met dezelfde aandoening moet binnen vijf jaar kunnen plaatsvinden. Zorgaanbieders moeten die technologie in hun eigen organisatie gaan inpassen; kenniscentra, brancheorganisaties en patiëntenorganisaties kunnen snelle verspreiding actief oppakken.

### **3. gebruik het meetinstrument arbeidsinnovatie**

Voor zorginstellingen heeft TNO een meetinstrument ontwikkeld dat arbeidsbesparing inzichtelijk maakt. Het is van groot belang dat zorginstellingen aan de slag gaan met meten als basis voor investering. En dat kenniscentra de informatie over technologie die 40% arbeidsbesparing oplevert, aan alle partijen bekend maken.

### **4. voorkom zorgvraag, stimuleer zelfzorg**

Technologie die zorgvraag voorkomt, of zelfzorg mogelijk maakt, is belangrijk: patiënten kunnen dan zelf hun eigen gezondheid verantwoord managen en doen minder beroep op zorgprofessionals. Patiëntenorganisaties en verzekeraars kunnen patiënten begeleiden naar betrouwbare internetinformatie en zelfmanagementsystemen.

### **5. herijk houding t.o.v. technologie & zorg**

Verzorgenden en verpleegkundigen (V&V-ers) en patiënten zien technologie als niet echt passend bij de (emotionele kwaliteit van) zorgwerkprocessen in de care. Zij zijn niet op voorhand overtuigd van het nut ervan en willen hoogstens een uitzondering maken als technologie leidt tot verbetering van kwaliteit van zorg. De realiteit is dat we arbeidsbesparende technologie voor levering van noodzakelijke zorg nodig hebben in de nabije en verre toekomst. Er is een herijking van het oordeel over technologie nodig bij V&V-ers en patiënten. Zij kunnen zich afvragen wat vervelender is: minder zorg leveren/ontvangen of technologie omarmen die de zorg leverbaar houdt. De industrie moet zich ervan bewust zijn hoe de houding t.o.v. technologie zoals die bestaat in de care verandert. Men moet producten laten aansluiten bij de zorgwerkprocessen en bij de mogelijkheden van patiënten.

### **6. richt financiering/bekostiging in zodat investeren voortaan loont**

Ontwikkeling en snelle invoering en verspreiding van 40% arbeidsbesparende technologie moet lonend worden voor productontwikkelaars en instellingen, voor koplopers en volgers. Financiële belemmeringen daarvoor moeten worden weggehaald, wettelijke bekostigingsregelingen daarop aangepast (AWBZ, ZVW of WMO ). Het ministerie van VWS zal dat voortvarend moeten oppakken. Zorginstellingen krijgen hiermee een betere motivatie om werk te maken van arbeidsbesparende technologie in de zorg. En zorgverzekeraars de mogelijkheid om met het inkopen van zorg te sturen op invoering van arbeidsbesparende technologie.

### **7. gebruik bespaarde arbeidstijd voor zorg aan meer patiënten**

Gezien de snelle groei van de aantallen chronische patiënten is de verstandigste aanpak van een zorginstelling om vrijkomende werktijd uit arbeidsbesparende technologie in te zetten in de zorg voor meer chronische patiënten. Kwaliteitsverbetering is niet synoniem met meer tijd besteden aan de patiënt.

### **8. voor alle partijen: neuzen dezelfde kant op wijzen**

Om de goede dingen goed te doen, hebben naast patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars ook andere actoren een rol. Overheid, ZonMw, kenniscentra, brancheorganisaties, V&V-opleidingen en industrie kunnen ook actief worden. Al die actoren dienen zich bewust te zijn van rollen die zij zelf kunnen spelen. Het samenstel van actoren is breed: het vraagt om structurele inzet om de neuzen steeds weer dezelfde kant op te laten wijzen. Hier kunnen platforms uitkomst bieden.

### **9. voor alle partijen: duwen op arbeidsbesparende technologie**

De schaal voor arbeidsbesparing op V&V-arbeid moet aanzienlijk groeien gezien de krappe arbeidsmarkt en de toenemende zorgvraag. De bewustwording hierop verloopt traag ondanks de urgentie. Al vanaf 2009 gaan de tekorten aan V&V-ers oplopen en moeten er ook technologische oplossingen worden gezocht. De aandacht moet tegelijkertijd blijvend worden vastgehouden. Er zal breed geïnventariseerd moeten worden hoe elke actor nu in dit proces staat en welke keuzes zij maken als de nood aan de patiënt komt. Er is duwkracht nodig. STG/HMF zal met haar nationaal en in

zorginstellingen ingebedde platform Health Management Forum in ieder geval blijven duwen tot 2025 of liever: tot het tijt gekeerd is.

### **Voor welke partijen zijn welke aanbevelingen in ieder geval belangrijk**

We onderscheiden de volgende partijen: patiënten(organisaties), zorgaanbieders, verzekeraars, overheid, kenniscentra, brancheorganisaties, V&V-opleidingen, en industrie.

- **Alle partijen:** aanbeveling 1, 8 en 9 zijn voor alle partijen belangrijk: neem arbeidsbesparende technologie serieus, maak met andere partijen verbindingen op dit punt, en laat het pas los als de oplossingen gerealiseerd zijn
- **Patiënten:** bewaak je eigen gezondheid, bezoek goede gezondheidssites en treed technologie in de zorg positief tegemoet
- **Patiëntenorganisaties:** stimuleer zelfmanagement in je achterban, draag bij aan betrouwbare gezondheidssites en attendeer van zorg afhankelijke patiënten op nut en noodzaak van arbeidsbesparende technologie in de zorg.
- **V&V-ers:** bedenk dat het in gebreke blijven van het leveren van zorg aan 40% van de patiënten veel kwalijker is dan technologie inzetten bij het leveren van zorg aan alle patiënten, pas bestaande werkprocessen en nieuwe technologie aan elkaar aan en koppel de beroepseer aan het toegankelijk houden van noodzakelijke zorg voor iedereen die het nodig heeft
- **Zorgaanbieders, managers:** zorg dat het 'meetinstrument arbeidsinnovatie' in je organisatie gebruikt wordt – met name door V&V-ers, maak tempo met het investeren in gemeten arbeidsbesparende technologie die de 40% norm haalt en laat vrijkomende arbeidsuren ten goede komen aan de grote patiëntenstromen van de toekomst
- **Industrie en ontwerpers:** ga in interactie met de V&V-ers en patiënten voor goede inpassing van technologie in de (emotionele beleving van) zorgwerkprocessen en laat de technologie daar vooral arbeidsbesparend zijn, ontwerp zodanig dat patiënt, mantelzorger en professional met de zorgtechnologie uit de voeten kunnen
- **VWS:** maak snel zodanige bekostigingsregelingen dat investeren in forse arbeidsbesparende technologie lonend is, stimuleer een snelle uitrol – binnen 5 jaar – van innovaties die tenminste 40% arbeidsbesparing brengen bij veelvoorkomende en/of langdurige handelingen
- **Verzekeraars:** begeleid verzekerden naar betrouwbare gezondheidssites en zelfmanagement systemen, koop selectief zorg in bij aanbieders die werk maken van arbeidsbesparende technologie en meer chronische patiënten in de zorg nemen.



## SUMMARY

## 1 INLEIDING

### 1.1 Achtergrond en aanleiding

*'When an environment is replete with discontinuities from the past, logical incrementalism becomes a prescription for failure.'*<sup>1</sup>

Vrijwel dagelijks zijn er nieuwsberichten over de aantrekkende tot krappe arbeidsmarkt in Nederland. De zorgsector vormt hierop geen uitzondering. Verschillende studies voorspellen een krimp van de zorgarbeidsmarkt van 10% en een stijging van de zorgvraag van 45% in de periode tot 2025. Onderzoeksbureau Prismant meldt dat welk scenario ook werkelijkheid wordt, er een tekort zal zijn aan verzorgenden in de *care*.<sup>2</sup> Het Capaciteitsorgaan voorziet dat er in de nabije toekomst overschotten en tekorten in diverse regio's tegelijkertijd kunnen ontstaan.<sup>3</sup> De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) pleit in zijn advies 'Arbeidsmarkt en zorgvraag' uit 2006 voor het nemen van diverse onorthodoxe maatregelen. De eerste tekorten zullen in 2009 al zichtbaar zijn. De oproep van de RVZ voor onorthodoxe oplossingen en de keuze voor een mix van maatregelen wordt door STG/HMF ondersteund.

Eén van die maatregelen – de grootschalige inzet van arbeidsbesparende technologie – wordt in deze publicatie nader belicht. Niet omdat we hiervan alle heil verwachten, maar omdat het wel een van de maatregelen is die verschil kan maken en kan bijdragen aan toegang tot goede en betaalbare zorg in de toekomst. Op 24 september 2007 kwamen deelnemers aan het HMF-netwerk bijeen op een plenaire bijeenkomst over arbeidsbesparende technologie. Daarna is door een serie gesprekken binnen en buiten het HMF-netwerk verdieping en nadere analyse gekomen. In de plenaire bijeenkomst en de groepsbijeenkomsten zijn de uitgangspunten van de rijke literatuur over dit onderwerp tegen het licht gehouden van de praktijk. Dat alles samen heeft geleid tot dit rapport, waarin een tiental aanbevelingen is opgenomen.

Onze verkenning toont aan dat er verschillende ICT-experimenten met 'professionals op afstand' plaatsvinden (bijvoorbeeld telemonitoring, interactieve tv en videocontact tussen cliënten en zorgverleners). Deze experimenten worden veelal positief geëvalueerd. Ook in de medische hulpmiddelenbranche loopt een discussie over het leveren van een maatschappelijke bijdrage aan nieuwe arbeidsbesparende technologie. Tegelijkertijd zijn er signalen van inertie ten aanzien van het op grote schaal introduceren van arbeidsbesparende technologie. Wat is er aan de hand? Hoe kunnen de verschillende partijen in de zorgsector samen in beweging komen?

### 1.2 Doelstelling

Deze publicatie wil de aandacht van partijen in de gezondheidszorg vestigen op nut en noodzaak van ontwikkeling van arbeidsbesparende technologie in de zorg. In beeld moet komen of de zorgsector de goede dingen doet. In het bijzonder gaat het ons om de vraag hoe belangrijk arbeidsbesparing is als criterium voor inzet van technologie. En of technologische oplossingen tegemoetkomen aan het probleem van het fors grotere beslag dat de zorgsector zal gaan leggen op de arbeidsmarkt.

---

<sup>1</sup> Ansoff, I., The emerging Paradigm of Strategic Behavior, 1987

<sup>2</sup> Prismant, 2007. Het gaat vooral om verplegenden en verzorgenden, V&V-ers dus.

<sup>3</sup> Henk Leliefeld, in HMF tijdschrift 2007/1

De tweede doelstelling is het geven van inzicht in oorzaken van de geconstateerde stagnatie ten aanzien van het op grote schaal introduceren van arbeidsbesparende technologie: doet de zorgsector de dingen goed, cq hoe kan het beter?

Maar vooral willen we met deze publicatie de zorgsector meer bewustmaken van het belang om te investeren in arbeidsbesparende technologie. We hopen het debat over mogelijke oplossingen te stimuleren zodat het breed invoeren van arbeidsbesparende technologie in de zorg een realiteit wordt.

### **1.3 Vraagstelling en werkwijze**

De publicatie is opgebouwd rond twee vraagstellingen: doet de zorgsector de goede dingen en doet de sector die dingen goed. De horizon waarop deze vraagstelling is gericht, is de situatie in 2025. Wat is nodig om te kunnen spreken over goed toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en duurzaam te financieren zorg in 2025?

Ten grondslag aan dit rapport ligt de uitwisseling van visies en ervaringen van zorgpartijen tijdens een plenaire bijeenkomst van het Health Management Forum op 24 september 2007. Daar zette theatercollectief Het Werkteater enkele zwarte scenario's krachtig neer en presenteerde de RVZ een roze scenario. Vervolgens hebben deelnemers in het HMF netwerk gesproken over de huidige stand van zaken en over de stappen die gezet moeten worden. Daarnaast is informatie over het onderwerp verzameld aan de hand van literatuuronderzoek en interviews met deskundigen. Diverse partijen hebben in deze fase als respondent meegewerkt. In het rapport wordt gebruik gemaakt van hun schattingen.

Het rapport is begeleid door een *editorial board*. Hierin hebben zitting gehad Anton Westerlaken, Wim Davidse en Hans van der Veen.

STG/HMF dankt iedereen die aan het project heeft bijgedragen, inclusief het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dat een subsidie hiervoor beschikbaar stelde.

### **1.4 Leeswijzer**

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen zijn helemaal vooraan opgenomen. Per conclusie geven we aan welke partijen daarop aan te spreken zijn.

In hoofdstuk 2 vindt u een doorkijkje op wat in 2025 gaat gebeuren als zorginstellingen onvoldoende arbeidsbesparende technologie gebruiken.

Hoofdstuk 3 biedt u een kader met definities en inperkingen op het brede onderwerp.

Daar introduceren we ook twee drempelwaarden ten aanzien van de vragen 'doen we de goede dingen' en 'doen we die dingen goed'.

In hoofdstuk 4 staan de bevindingen van de verkenning die we hebben verricht ten aanzien van arbeidsbesparende technologie waar dit ingrijpt op de zorg aan mensen met dementie of hart&vaatziekten.

## Even voorstellen

### Creatief zijn.....

Ik ben zeer verheugd dat ik de kans krijg om mijn visie te kunnen geven. Al 25 jaar zit ik in het vak. Ken de kneepjes en de valkuilen van de gezondheidszorg. De bovenkamer werkt nog uitstekend en dat is de redding voor onze organisatie, als ik zo bescheiden mag zijn. Met vindingrijkheid los ik problemen op in de nabije en verre toekomst. De tips die ik geef zijn gratis en die mag u gebruiken.

Dat de ontwikkelingen in onze branche niet stil staan is genoegzaam bekend. Voor passende antwoorden is creativiteit nodig. Laat dat maar aan mij over. Ik ben een creatieve denker. Winst valt te behalen bij de verzorgenden, bewoners, naasten en in de technologie.

Als moderne manager houd ik voor ogen wat mijn moeder mij geleerd heeft. Haar credo was: het moet van twee kanten komen. Ik verwacht inzet en toewijding van verzorgenden én ook van ouderen en familieleden. Eenrichtingsverkeer bestaat bij ons niet.

Ik zal nog een tipje van de bekende sluier oplichten hetgeen ik doe om de zorg betaalbaar te houden, en toch kwaliteit te leveren. Onze verzorgenden of leidinggevendenden gaan niet naar congressen, seminars, workshops en wat al dies meer zij. Je kunt appels niet met peren vergelijken. Het geldt dat we daar mee besparen steken we liever in onze instelling. Soms ga ik wel. Kies die met een lunch of diner. Iets nieuws kom ik nooit te weten.

Ik vind het prettig om de verzorgenden te prikkelen. Sinds een jaar hangen op diverse plekken borden met: 'Houd de zorgvraag tegen het licht'. Dat moedigt verzorgenden aan om zélf na te denken. Inderdaad, wij denken dat het een zorgvraag is, maar is het wel een zorgvraag. Of is het meer een luxe vraag of een roep om aandacht? Kijk, en dan blijkt dat je toch veel tijd overhoudt voor andere wezenlijke zaken. Het kan dus een onsje minder.

Ik geloof in technologie. Neem nu de nummerweergave op mijn telefoontoestel. Mijn devies: neem zelden de telefoon op. Als ik later weer hetzelfde nummer zie, pas dan neem ik op. De anderen die gebeld hebben.. die bellen niet meer terug. Het probleem heeft zich al opgelost. Ondertussen kan ik me bezighouden met het echte werk. Je bent creatief of je bent het niet.

Niet meteen overgaan tot actie, geldt voor andere zaken. Deze wijze les geef ik aan iedereen mee. Veel problemen lossen zich vanzelf op, als sneeuw voor de zon. Neem nou onze klachtenbus. Altijd goed gevuld, al zeg ik het zelf. Mijn redenering is dat het opschrijven van klachten en deze deponeren in de bus, al genoeg is. Met de klachten zelf hoeft je niks te doen. Dat geldt evenzeer voor klachten die familieleden hebben. Op hoge poten komen ze dan mijn kantoor binnen stormen. Willen ze mij méteen spreken. Zo zijn we niet getrouwd. Nee, ik trek mijn agenda en maak een afspraak. Liefst over een week. De stoom uit hun oren is na een paar dagen weg.....en de klachten zijn veelal verdwenen.

In iedere organisatie gaat wel eens wat mis. Ook bij ons. Dat steek ik niet onder stoelen of banken. Ik had toch gezegd dat ik creatief was. In iedere ruimte hangt een bord met 'Bedankt voor uw begrip'. Ik zag het idee langs de snelweg staan. Dát kweekt bij naasten de houding van: 'geef niet hoor, we begrijpen best dat het even lastig is en dat jullie helemaal niet vervelend willen zijn!'

Met veel toewijding,

**BERTRAM CONCRELIT, LEIDINGGEVENDE VERPLEEGHUIS NIEUWE STIJL**

## 2 CONTRASTERENDE SCENARIO'S

Beelden helpen een boodschap over te brengen. In dit hoofdstuk vindt u ze ten aanzien van de leverbaarheid van de V&V-zorg (verpleging en verzorging) in de toekomst. Er is gekozen voor contrasterende scenario's: zwarte en roze. Zwart is het scenario waar niemand terecht wil komen. Het roze scenario staat voor alles wat ons behoedt voor het zwarte.

### 2.1 Zwarte scenario's

Vier korte punten hieronder over de mogelijke toestand in 2025. We bouwen die om naar drie zwarte scenario's.

- Er zijn te weinig verplegenden en verzorgenden
- Langdurige zorg is niet toegankelijk voor minder draagkrachtigen
- Langdurige zorg is familie zorg. Zorgplicht voor familieleden (ook bij patiënt in verpleeghuis). Iedere werknemer is tevens mantelzorger naast het eigen werk
- Minimale kwaliteit en minimale kwaliteitseisen zijn gedaald.

*STG/HMF vroeg Het Werkteater een stuk te schrijven voor de plenaire bijeenkomst van 24 september 2007. 'Zorgwekkend' is een collage van scènes waarin zwarte scenario's over arbeidsbesparende technologie worden geschetst. Hier een fragment van een auditie bij een overbezette thuiszorgschaarsteverdeelmanager (T) in 2025. Zij houdt een korte monoloog over de situatie in de zorg. Ze vertelt dat ze ouderen moet screenen omdat ze echt alleen de meest hulpbehoevende kan laten helpen. Dan komt er een oude man (O).*

*O: Ik heb hulp nodig, u moet mij helpen, ik kan het niet meer.*

*T: Weet u wel hoe druk het is, wat heeft u? U bent zelf hierheen gekomen?*

*O: Mijn zoon zei al dat het vol zou zijn.*

*T: Zoon, u heeft een zoon, en wat doet die voor u? U kunt nog lopen zie ik, en u heeft het gevonden. Mantelzorg aanwezig. Regie.*

*O: Ja, maar het gaat echt niet meer. Lopen is moeilijk als je 97 bent. Opstaan, wassen.*

*T: Leeftijd is geen issue. U staat zelf nog op, hoor ik, noteer ik. Voor wassen heb ik een adres van de concurrent: daar kunt u eens per week misschien komen.*

*O: Ja, die ken ik, dat lijkt me niets, daar werken ze met een wasstraat.*

*T: U heeft een rollator zie ik. Ouderwetse technologie, maar je ziet ze nog wel. Basispakket neem ik aan? Buren, vrienden?*

*O: Oud, slecht ter been, dood. We steunen elkaar, maar we zakken erdoor.*

*T: Ik kan niets voor u doen, nee ik mag u ook niet op een wachtlijst zetten. Die is er niet.*

#### *Geen toegang voor minder draagkrachtigen*

De overheid, dat zijn wij allen. De overheid is eindverantwoordelijk voor toegang tot de gezondheidszorg. Vooral als het mis gaat. Als er intramuraal geen plaats meer is, als de thuiszorg niet aan medewerkers kan komen, als er dan toch nog zieken zijn en als die vergeefs om zorg vragen, dan komt een zwart scenario uit. Als andere economische sectoren de zorgsector niet voor laten gaan bij het vissen naar arbeidskrachten in een steeds legere vijver. Als zorgpremies verviervoudigd zijn. Als wachtlijsten dan nog steeds blijven oplopen en de kwaliteit van zorg terugloopt, maar wel binnen de kwaliteitseisen blijft. Die zijn naar beneden bijgesteld omdat met zo weinig professionals kwaliteit niet meer zo hoog kan zijn als in 2007. Wat kan de overheid doen als zorgaanbieders niet meer kunnen leveren? Hoeveel V&V-ers heeft VWS? Geen. Wat dan?

Wellicht heeft de patiënt nog zijn persoonsgebonden budget, ofwel PGB. Probleem is echter dat er niemand te vinden is die dat PGB wil invullen met een zorgaanbod. Alleen mensen met meer draagkracht kunnen voldoende geld betalen om de schaarse

professionele zorg te kopen. In een situatie waar minder draagkrachtige patiënten geen toegang meer tot voldoende en goede professionele zorg hebben: wat dan? Dan wordt de patiënt op zichzelf teruggeworpen.

### *Zorgautomatieken*

Er zijn meer beelden denkbaar waar je van weg wilt blijven. Bijvoorbeeld dat de zorg te sterk wordt geautomatiseerd en gemechaniseerd. Zorgprocessen betekenen dan geen voelbaar menselijk contact met professionals, hoewel er zorg verleend kan worden van voldoende kwantiteit en kwaliteit. Dit beeld is minder hard dan het inktzwarte scenario van hierboven, waar de patiënt geheel van hulp verstoken is.

Het beeld is gechargeerd, maar we weten dat inzet van meer technologie dan we nu wenselijk achten, werkelijkheid zal worden. Toch is het een beeld dat niet op instemming kan rekenen, voornamelijk niet van de zorgwerkers. Ze willen niet de verantwoordelijkheid nemen voor zorg waarin de drieslag zorg/emotie/aandacht geen betekenis meer heeft. Ook patiënten zien dit niet graag. Maar als je zou moeten kiezen tussen twee kwaden?

### *Geen ruzie maken met je familie*

De krapte aan professionele zorg wordt opgevangen met ondersteuning door familie en bureaus. Invoering van een zorgplicht voor familieleden zou in dit beeld kunnen plaatsvinden. Familieleden nemen de patiënt in huis, of gaan er acht keer per dag kijken en redderen, jarenlang. Zij worden dan bijna fulltime mantelzorger naast een betaalde baan, of in plaats van een betaalde baan (in bijvoorbeeld de zorg). Mensen moeten hun leven opnieuw inrichten. Zorgen en werken vloeien in elkaar over, recreatie en vrije tijd worden begrippen uit het verleden. Gebonden worden, zonder dat je daar om gevraagd hebt: dit is voor de huidige anderhalfverdieners een zwart scenario. Patiënten mogen niet mopperen, maar ze hebben daar wel het volste recht toe. Zorgwerkers zijn in dit scenario niet in beeld, die hebben geen rol in deze familiale zorgoplossing en zij kunnen ook geen rol spelen in de borging van de kwaliteit van deze familiale zorg.

Het is echter niet goed voor de economie als geheel wanneer economisch actieven uit het arbeidsproces gehaald moeten worden om te zorgen voor verwanten. En als je geen naasten hebt om het jarenlang vol te houden, wat dan? De mantelzorg voorziet nu al in 80% van de langdurige zorg.<sup>4</sup> Dat zal 90% of nog meer moeten worden.

## **2.2 Roze scenario**

Er is ook een uitweg, een roze scenario. Waarin de zorg in 2025 nog steeds op een kwalitatief aanvaardbaar niveau geleverd kan worden als de patiënt daarom vraagt. Waarin de kwantiteit aan geleverde zorg nog steeds aansluit bij de zorgvraag. Waarin de sector voldoende gebruik maakt van arbeidsbesparende technologie en zorgpartijen zich tijdig hebben bezonnen op de vraag hoe zij hun verantwoordelijkheden zo kunnen nemen om uit de problemen te komen en te blijven. Waarin men de verdere vergrijzing van de jaren 2025–2040 met vertrouwen tegemoet kan zien.

Het roze scenario gaat om investeren. Investeren in opleidingen, in bekendheid met technologie, in weghalen van weerstand, in het erbij betrekken van zorgwerkers en patiënten. Door goede voorbeelden naar voren te halen en door een lang volgehouden aandacht voor zowel de problematiek als de oplossingen. Tegelijkertijd gaat het om investeren in technologie, in innovaties, in slimme toepassingen.

---

<sup>4</sup> 2,4 miljoen Nederlanders geven langer dan drie maanden of meer, acht uur per week hulp. Bron: 'Mantelzorg in getallen' (Sociaal en Cultureel Planbureau), 2003. 80% van de mantelzorgers die een partner verzorgen, doet dat zonder professionele hulp.

Roelf van Run, Nefemed (brancheorganisatie voor producenten en leveranciers van medische hulpmiddelen): *'Bij onvoldoende beschikbaarheid van medisch personeel zal de waardetoevoeging van medische hulpmiddelen in de zorgketen steeds zichtbaarder worden.'*

In dit scenario zijn alle woningen zodanig voorzien van slimme technologieën dat slechts voor een enkele patiënt een intramurale oplossing voor de langdurige zorg nodig is. Er zijn betere medicaties, betere medische oplossingen, medische hulpmiddelen en vaccins. Ook is de arbeidsbesparing van de diverse industriële producten inzichtelijk geworden voor materiaalinkopers, managers en professionele zorgwerkers.

*Telemedicine* is inmiddels de norm, maar wel een *telemedicine* die het volle vertrouwen heeft van de zorgwerkers en de patiënten. De insteek is hoge kwaliteit van zorg en goede instructie/begeleiding.

Voor patiënten en zorgwerkers is het gebruik van technologie in de zorg net zo gewoon als in andere dienstensectoren/industrie. Men is opgelucht dat de achterstand die de zorgsector had, is ingelopen. Juist daar waar communicatie van cruciale betekenis is, lagen de kansen voor verbetering voor het oprapen.

Kwaliteitsinformatie over ziekte en (eigen) gezondheid is voor iedereen beschikbaar en wordt ook breed gebruikt: door patiënt, mantelzorger en verpleger/verzorger.

Er is heel veel technologie (ICT en overig) nodig geweest om in 2025 in vergelijking met 2007 dezelfde zorg of meer met minder uren te kunnen verlenen aan elke patiënt die dat nodig heeft.

Toen het veranderingsproces eenmaal begon te lopen in 2009, is hard gezocht naar verdere arbeidsbesparingen om de zorg op termijn toegankelijk te houden. De koppeling *zorg=emotie* is nooit losgelaten in dat proces. Zorgwerkers hebben in het roze scenario ervaren dat technologie de oplopende werkdruk door het vertrek van hun collega's uit de babyboom generatie heeft weten te keren. Hierdoor hebben zij zorg kunnen geven aan mensen op de wachtlijst die zonder de technologie aan hun lot overgelaten zouden zijn geweest. Er is een breed besef dat de besparing op arbeid de redding voor de kwaliteit en kwantiteit van de zorg is.

In 2025 is Nederland gidsland in innovatieve zorgprocessen (mede door gebruik van ICT door zorgprofessionals). Het is een succesvol exportproduct.

## **Verzorgende**

### **Hulpverleners zijn net mensen.....**

Ze zijn o zo aardig. Maar op een bepaald moment blijken ze een wolf in schaapskleren te zijn en tonen ze hun zwarte kant: verzorgenden. Ze proberen de algemene beginselen van mijn leiderschap als open, transparant, rechtvaardig, goed gemotiveerd en democratisch te ondermijnen. Maar dan kennen ze mij niet. Met mij valt niet te sollen. Je moet ze wel opvoeden. De taken en verantwoordelijkheden van medewerkers zijn duidelijk. Valt geen speld tussen te krijgen. Ik heb graag stagiaires en leerlingen. Die zijn kneedbaar en stuurbaar. En ze staan open voor mijn ideeën.

Uitdagingen en ambities nemen een heleboel energie en tijd in beslag. En, wat heb je er aan? Niet iedere verzorgende wordt manager. Dat leg ik de verzorgenden dan voor. Ik ervaar dan alleen maar begrip.

Ziekteverzuim kennen we nauwelijks. Het woord verzuim impliceert nalatigheid. Waakzaamheid is dan geboden. Ik heb het adagium: een gezonde geest in een gezond lichaam. Verzorgenden moeten bij ons een gezonde leefstijl hebben. Veel bewegen en gezond eten, en riskante gewoonten (zoals roken, drinken of gevaarlijke sporten) zijn verboden. Ondanks mijn inzet kan het toch voorkomen dat verzorgenden opbellen dat ze ziek zijn. Ik ga er meteen naar toe. Koop een fruitmand en bel aan bij de 'zieke'. Ziek blijkt dan toch niet zo ziek te zijn. Dezelfde ochtend laten ze hun handen weer wapperen op de afdeling. Ziek zijn is relatief en zit tussen de oren. Daarna melden ze zich veel minder ziek. Gek, hè. De fruitmand zet ik op de afdeling op tafel. De bewoners kunnen tegen betaling, gebruikmaken van het fruit. Dat dan weer wel.

Protocollen hebben we niet. Daar hebben we onze redenen voor. Het opstellen van een protocol neemt veel tijd in beslag. Bovendien kun je de map met gegevens kwijtraken. Gaat iedereen weer zoeken. Kostbare tijd gaat daarmee verloren. Of er gaat een kopje koffie overheen. Kan je weer van voren af aan beginnen. Die tijd steken we liever in de verzorging.

Vergaderen, ook zo iets. Zorgverleners geven hun mening en uiteindelijk trek ik me niets aan van hun oordeel. Dat weten ze. Luisteren doe ik wel. Kom zeg, ik ben toch niet gek. Ik geef ze verantwoordelijkheid en ruimte om met ideeën te komen. Tot nu toe zijn het slechte ideeën, niet bruikbaar of het is eerder al gedaan. Als je zo lang in het vak zit, weet je ondertussen wat wel en niet werkt. Ervaring, zeg ik je.

Een multidisciplinair overleg hebben we ook niet. Dat kost een berg tijd om het te organiseren. En wat te denken van de rapportages die gemaakt moeten worden voor de vergaderingen. Nee, we houden het simpel. En tijdens zo'n vergadering wil iedere specialist graag aan het woord komen. Een tijd dat dát kost. Het komt de arbeidsproductiviteit niet ten goede.

Alleen op de kamer. Zo verschrikkelijk ongezellig. Voor verzorgenden is een kamer waar meerdere bewoners zijn veel efficiënter werken. Ze zien in een oogopslag de noden van de ouderen. Beter kun je het niet hebben. Wij hebben nu menig muurtje eruit gebroken. Niks geen duur aannemersbedrijf of een architect met 'zijn specifieke kennis van het bouwen voor de gezondheidszorg'. Mijn zwager '*Van alle markten thuis*' lost het in een handomdraai op. Al deze oplossingen mag u van mij gebruiken.

Met veel toewijding,

**BERTRAM CONCRELIT, LEIDINGGEVENDE VERPLEEGHUIS NIEUWE STIJL**



### 3. DE KWESTIE OP SCHERP

In dit hoofdstuk zetten we de kwestie op scherp. Wat is arbeidsbesparende technologie en hoe kan dit zo veel mogelijk effect krijgen in de zorg? We beginnen met enkele definities.

**Arbeidsbesparing in de gezondheidszorg:** met minder uren inzet van professionele zorgmedewerkers evenveel patiënten kwalitatief dezelfde zorg bieden.

**Arbeidsbesparende technologie in de zorg:** door technologie wordt de professionele zorg voor de gezondheid sneller uitgevoerd en/of zelfzorg en mantelzorg versterkt zodat patiënten minder de hulp van professionele zorgmedewerkers nodig hebben.

In de komende 15 jaar komen er vele honderdduizenden zorgvragers bij en heel veel van hen hebben een complexe zorgvraag. Tegelijkertijd ontstaat er krapte op de arbeidsmarkt. Dat geeft spanningen tussen vraag en aanbod. De oplossing kan van twee kanten komen. De ene kant is verminderen en uitstellen van de zorgvraag, meer overlaten aan de zelfzorg en mantelzorg, bevorderen van een gezondere leefstijl (meer bewegen, gezond eten) en ontmoedigen van riskante gewoonten (roken, drinken, drugs, of gevaarlijke sporten).

De andere kant is het anders invullen van de zorgtaken van de professionele medewerkers in de zorgsector: meer gezondheidszorg verlenen (het primaire proces) in de ter beschikking staande arbeidstijd door vermindering van de tijdsbesteding aan overige activiteiten (reistijd, wachttijd, vergadertijd, etc.).

Technologie moet aan beide kanten kunnen werken (zorgvraag en zorgaanbod) en aan beide kanten arbeidsbesparend zijn.

Technologie heeft vrijwel altijd een effect op arbeid. Het maakt het werk **lichter**, waardoor iemand langer dat werk kan doen (meer uren per dag, meer uren per week, meer jaren achtereen). De **complexiteit** van het werk kan door technologie **minder** worden, waardoor taken overgenomen kunnen worden door een lager opgeleide, de patiënt zelf of de mantelzorger (bespaart formele arbeid, zelfmanagement). Technologie leidt ook tot sneller dezelfde hoeveelheid arbeid verrichten en dat leidt, bij gelijkblijvende arbeidstijd, tot **meer output** (dezelfde personen doen meer). Technologie kan ook helpen om de werktijd te ontdoen van wachttijd, invullen van dossiers en onnodige reistijd: werktijd krijgt **meer productievere uren**.<sup>5</sup>

#### *Keuze voor specifieke patiëntengroepen*

In de komende decennia zal het aantal chronische aandoeningen toenemen door twee oorzaken. Er is ten eerste een volume-effect van ongeveer 6,5% (in de tot 2025 met 6,5% gegroeide bevolking zijn 6,5% meer zieken). De tweede, en veel belangrijker, oorzaak van de toename is die van de groei van het aantal 75-plussers. Dit komt tot uitdrukking in de sterke toename van ziekten die vaak op hoge leeftijd voorkomen, al dan niet in combinatie, zoals hartfalen, dementie en beroerte.

<sup>5</sup> Weinig technologische innovaties zijn tot nu toe grondig geëvalueerd op arbeidsbesparing. Om deze lacune in kennis op te vullen heeft TNO een instrument ontworpen dat inmiddels al door honderden instellingen gebruikt of geraadpleegd is. Zie daarvoor ook elders in dit rapport.

*Prevalentie (totaal aantal) van belangrijke chronische aandoeningen in Nederland in 2003 en 2025 (geschat op basis van de CBS middenvariant – bevolkingsprognose. Bron: De Hollander, 2006)*

|                              | Aandoeningen 2003 | Idem in 2025 | Toename |
|------------------------------|-------------------|--------------|---------|
| Hartfalen                    | 179.000           | 263.000      | 47 %    |
| Dementie                     | 102.000           | 148.000      | 45 %    |
| Beroerte                     | 229.000           | 329.000      | 44 %    |
| Gezichtsstoornissen          | 543.000           | 779.000      | 43 %    |
| Coronaire hartziekten        | 676.000           | 959.000      | 42 %    |
| COPD                         | 316.000           | 438.000      | 39 %    |
| Artrose                      | 682.000           | 929.000      | 36 %    |
| Ouderdoms- en lawaaidoofheid | 534.000           | 723.000      | 35 %    |
| Diabetes                     | 609.000           | 807.000      | 33 %    |
| Reumatoïde Artritis          | 148.000           | 180.000      | 22 %    |
| Depressie                    | 364.000           | 389.000      | 7 %     |

De prevalentie van hart&vaatziekten (hartfalen, coronaire hartziekten en beroerte) en dementie gaat aanzienlijk stijgen in de komende periode.

We kiezen ervoor om **dementie en hart&vaatziekten** (waar de meeste zorg ontstaat) in dit rapport centraal te zetten.

#### *Keuze voor twee beroepsgroepen in de gezondheidszorg*

De keuze voor de aandoeningen dementie en hart&vaatziekten heeft gevolgen voor de beroepsgroepen binnen de zorg waar aandacht voor is in dit rapport. Uit de keuze voor de twee snelstgroeiende aandoeningen volgt dat de beroepsgroepen die aan die twee diagnosegroepen de meeste zorg bieden, namelijk **verplegenden en verzorgenden** (V&V-ers), daarmee ook centraal komen te staan. We richten ons dus op V&V-ers in verpleeg- en verzorgingshuizen (waar het gaat om dementie en beroerte), in hartpoli's en ziekenhuizen (waar het gaat om hart&vaatziekten), en in de thuiszorg (voor beide aandoeningen).

Juist voor de V&V beroepsgroepen geeft Prismant al jaren aan dat een structureel tekort aanstaande is. In haar uitgave RegioMarge 2007 meldt het onderzoeksinstituut dat de grootste problemen zullen optreden ten aanzien van de verzorgenden. Maar ook voor verpleegkundigen voorziet men problemen bij een hogere economische groei en toenemend verloop.<sup>6</sup>

Ons aandacht gaat uit naar technologie die een of meer van de volgende mogelijkheden biedt:

- Tijd vrijmaken van V&V-ers die werken met patiënten in de thuissituatie: door inzet van technologie hulp op afstand bieden (vrijkomende reistijd en/of looptijd);
- Tijd vrijmaken van V&V-ers in patiëntencontacten: video-ondersteuning (oefeningen, medicijninname, metingen van levensfuncties, monitoring van dwaalgedrag);
- Tijd vrijmaken van V&V-ers op de niet-primaire taken, zoals registraties bijhouden;
- Voorkomen van zorgvraag: zelfzorg, ondersteuning van gezond leven, gezond blijven, goede eigen verzorging, preventie;
- Voorkomen van zorgvraag: zelfzorg, patiënten (maar ook mantelzorgers) kunnen door technologie weer algemene dagelijkse levensverrichtingen oppakken.

We gaan niet in op (een logische voortzetting van de gedane inperkingen hierboven):

- Technologie die geen arbeidsbesparing oplevert voor V&V-ers of geen zorgvraag van patiënten voorkomt<sup>7</sup>
- Oplossingen die geen technologiecomponent hebben.

<sup>6</sup> Prismant, 2007

<sup>7</sup> Je kunt niet altijd tevoren weten of een technologie geen arbeidsbesparing oplevert: *pilots* en experimenten zijn prima instrumenten om daar achter te komen.

Waar arbeidsbesparende technologie echt werktijd bespaart, kan men de vrijgekomen werktijd op verschillende wijzen inzetten. Enkele mogelijkheden zijn:

- Patiëntgericht en kwantitatief: wachtlijst laten doorstromen, meer patiënten in zorg. Dit is tevens organisatiegericht: men kan dan meer (zorg)handelingen verkopen aan zorginkopers.
- Patiëntgericht en kwalitatief: in staat zijn om zorg te (blijven) leveren conform de normen van verantwoorde zorg.
- Werkergericht: meer rust in het werk.
- Werkergericht: om-, her- en bijscholing nu mogelijk.
- Organizatiegericht: optimalisatie van het zorgverleningsproces en systeemveranderingen.

Samengevat zijn de volgende inperkingen gemaakt:

1. We richten ons op technologie die het mogelijk maakt om in 2025 met minder uren van professionele zorgwerkers evenveel patiënten kwalitatief en kwantitatief dezelfde zorg te bieden als in 2007.
2. We richten ons ook op technologie die zorgvraag voorkomt.
3. De twee snelst groeiende aandoeningen – dementie en hart&vaatziekten – staan centraal.
4. De zorgwerkers die het meeste werk aan die aandoeningen hebben – verzorgenden en verpleegkundigen – staan centraal.

### **3.1 Patiënt, V&V-er en techniek van de toekomst**

Een beeld van de patiënten, V&V-ers en techniek in 2025 is nooit met zekerheid te geven. Dat ze anders zullen zijn dan in 2007, zoveel is wel zeker.

#### *De patiënt*

De patiënt van 2007 is een andere dan die van 2025. De patiënt van de toekomst is in 2007 iemand die op internet reizen boekt, informatie zoekt, diensten aangeboden krijgt op de mobiele telefoon en veel tijd spendeert met nieuwe media. Iemand die het normaal en belangrijk is gaan vinden dat overal camera's hangen. Die heeft meegemaakt dat technologie een belangrijke factor is in maatschappelijke veranderingen, die de traditionele nationale geïndustrialiseerde economieën heeft omgevormd naar mondiale kennisintensieve structuren. Misschien behoort deze toekomstige patiënt nu tot de 20% telewerkers waarmee Nederland koploper telewerken in Europa is geworden.<sup>8</sup>

De 75-plusser met de zorgvraag in 2025 is in 2007 een vijftiger die meekrijgt dat roken slecht is en ziet dat het overal verboden raakt. Die op vier tv-zenders tegelijk kookprogramma's ziet waar gezond eten centraal staat. Die in gratis kranten gezondheidsadviezen ziet staan. Die zich steeds meer aangesproken voelt als een *prosumer* (medeproducent van zijn eigen gezondheid). Ook de mantelzorger is zo'n vitale 75-plusser.

De patiënt van de toekomst is dus vooral zelfredzaam. Gezien de grote stijging in de zorgvraag, zal de patiënt van de toekomst wel degelijk zo moeten worden, om de zorg nog leverbaar te houden in 2025.

De patiënt van de toekomst zal meer genegen zijn een technologische oplossing voor zijn zorgvraag normaal te vinden, als technologie zich tussen nu en 2025 bewijst als betrouwbaar hulpmiddel in de zorg. Zo'n patiënt zal technologie positief benaderen.

---

<sup>8</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, *Nederlander is een e-burger geworden*, 2000

### *De V&V-er*

Niet alleen de patiënt van 2025 is een andere dan die van vandaag, ook de V&V-er van 2025 is anders. Die is in 2007 nog jong, een kind op de basisschool, met een andere kijk op technologie dan zijn ouders. Wim Veen beschrijft deze generatie als *homo zappiens*.<sup>9</sup> De homo zappiens groeit op met technologie zoals computers, gameapparatuur, mobiele telefoon, iPod en afstandbediening. Leert om te gaan met een overvloed aan informatie en het ontkoppelen van handeling ten opzichte van plaats en tijd (uitzending gemist, kijk het dan in de trein) en heeft een meer exploratieve en actieve attitude.

De huidige schoolverlaters reageren positief op de combinatie van zorg en technologie en zijn bereid enthousiast mee te denken over toepassingen. Juist de inbreng van meer technologie kan het imago van de verplegende en verzorgende laten stijgen en 'sexier' maken, omdat daarmee tevens meer carrièremogelijkheid en perspectief ontstaat.

In het zorgonderwijs moet worden samengewerkt met de technologieafdelingen, zodat V&V-ers vanaf het begin gewend raken aan het gebruik van technologie. De V&V-er van de toekomst zal meer genegen zijn een technologische oplossing voor het zorghandelen normaal te vinden, naarmate technologie in opleiding en beroepspraktijk tussen nu en 2025 een bredere plaats heeft en technologie zich bewijst als betrouwbaar instrumentarium voor de V&V-er.

### *De techniek*

De techniek van de toekomst lijkt ook niet meer op de techniek van 2007.<sup>10</sup> Wat staat ons te wachten? Nanotechnologie en biotechnologie zullen in de komende 60 jaar een impact op ons leven krijgen die we nu als 'fantasie' betitelen, maar voor onze kleinkinderen vrij normaal zal zijn.<sup>11</sup> Zelfs als we de focus op 2025 richten, liggen er welhaast magische technische innovaties in het verschiet. Ian Pearson van British Telecom voorziet:

- Zelfdenkende robots die tegen 2025 in grotere getale voorkomen dan gewone mensen en die ons allerlei taken uit handen kunnen nemen (schoonmaken, organiseren, dingen pakken, opruimen, wassen) in huis, kantoor en zorginstellingen
- Hersenen *add-ons* (randapparaten);
- Gebruik van stamcellen voor herstel van hersenfuncties na een beroerte;
- Prikkelers die het geheugen aanjagen, en natuurlijk veel technologie die ervaringen en emoties vasthouden/opslaan (*black box*);
- Een groei van meer dan 50 megabits per seconde voor telecom toepassingen en een enorme groei aan elektronisch geheugencapaciteit in de thuissituatie;
- Andere toedieningsvormen van geneesmiddelen (in fruit, via laser, ultrasound of elektronisch geactiveerd).

Natuurlijk bouwt de technologische ontwikkeling door op bekendere innovaties zoals 'zorg op afstand' technologie, om uit te komen op nieuwe vormen die we ons nu met moeite kunnen voorstellen. Nieuwe technologieën zullen vervolgens meer inspelen op emotie (emotioneel reagerend speelgoed/robots met persoonlijkheid). Ook zal technologie steeds meer gepersonaliseerd worden (tv, radio, communicatie met PC, etc.). En tenslotte zal de ingezette trend waarin plaats en handeling niet meer samenvallen, in meer flexibele en draagbare technologie worden omgezet. Betekent dat, dat we in 2025 hard lachen om de moeite die we ons nu getroosten met standaard setting, bedrading en back-up systemen in domotica? Deels wel, maar het is een noodzakelijke tussenstap. En een stap die je gemakkelijker zet als je weet dat je meer mag verwachten van de technologie van de toekomst.

---

<sup>9</sup> Wim Veen, 2005

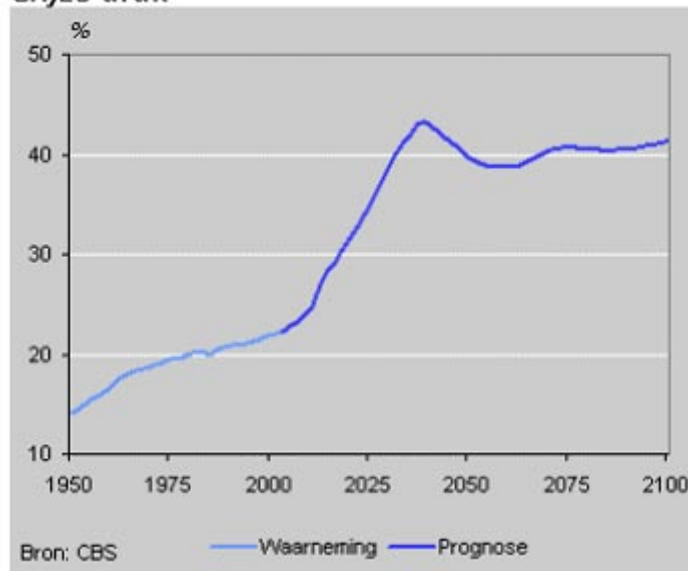
<sup>10</sup> The Futurist, outlook 2008, *More than 70 forecasts for 2008 and beyond*; nov/dec 2007

<sup>11</sup> Ian Pearson 2006. Futurist 2007.

### 3.2 De aard en de omvang van het aankomende probleem

De stijging van chronische ziekten (met dementie en hart&vaatziekten voorop) tot 2025, betreft helaas geen piek waarna de groei weer afneemt. De generatie die geboren is tussen 1945 en 1955 (de grote *babyboom* generatie) komt in de periode tussen 2025 en 2040 op een gevaarlijke leeftijd om getroffen te worden door een van de twee aandoeningen.<sup>12</sup>

**Grijze druk**



Hoe groot is de groei in chronische ziekten tussen nu en 2025? Hoe erg is het? Kunnen we het negeren? Hoe zit het met de werkers in de zorg?

- De groei van patiëntenaantallen (dementie en hart&vaatziekten) in 2025 is om en nabij 45%: voor elke 100 patiënten in 2007 zien we 145 patiënten in 2025.<sup>13</sup>
- Wat is de ontwikkeling van de aantallen zorgwerkers? In 2025 is de beroepsbevolking, de 15–65-jarigen, 10% gekrompen in vergelijking met het jaar 2007. Dit betekent dat we, zelfs als we in 2025 in staat zijn om hetzelfde percentage schoolverlaters te interesseren voor de zorgopleidingen als in 2007, voor elke 100 zorgwerkers in 2007 maximaal 90 zorgwerkers in 2025 mogen rekenen.<sup>14</sup>
- We gaan ervan uit dat in 2007 de verhouding tussen patiënten en V&V-ers goed is en dat er geen extra V&V-ers per patiënt nodig zijn.<sup>15</sup>

Combineren we de ontwikkelingen van patiënten en V&V-ers, dan is er in 2025 voor 55 van de 145 patiënten geen professionele zorg voorhanden, waar die – gezien de kwaliteitsnormen – wel zou moeten zijn. Dat komt neer op een daling van ongeveer 40%. Er resteert dus nog maar 60% van de V&V-capaciteit per patiënt die nodig zou zijn, op

<sup>12</sup> We gaan niet verder in op 2025–2040. In de figuur is te zien hoe de ontwikkeling van de 'grijze druk' is (Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS). Hier is het bedoeld als illustratie dat 2025 niet het eindpunt mag zijn van een verdubbelde aandacht voor arbeidsbesparing en arbeidsbesparende technologie. De vergrijzingdruk is structureel.

<sup>13</sup> Zie tabel waar het gaat om dementie en hart&vaatziekten. De Hollander, 2006.

<sup>14</sup> Cijfers van Prismant, 2007.

<sup>15</sup> Zorgvragers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en politieke partijen reppen in 2007 niet over een *mismatch*. We gaan ervan uit dat de stilte op dit punt een aanduiding is dat de verhouding tussen aanwezige en benodigde V&V-ers goed genoeg is om hem in dit model als evenwichtig te kenschetsen.

basis van de inzichten die in 2007 gelden over hoeveel V&V-capaciteit er per patiënt zou moeten zijn.

De problematiek in twee regels:

1. ofwel er is in 2025 voor 60% van de patiënten volledige V&V-zorg voorhanden
2. ofwel er is in 2025 voor alle patiënten slechts 60% V&V-zorg voorhanden.

Beide varianten zijn afschrikwekkend. Ook tussenvormen van beide varianten zijn verre van aantrekkelijk. Het is daarom belangrijk dat alle middelen worden ingezet om deze situatie te voorkomen. Gezonde leefstijlen helpen de zorgvraag uit- of afstellen. Een kleine verhoging van de aanstellingsomvang van V&V-ers kan de huidige spanning op dat deel van de arbeidsmarkt laten verdwijnen. En inzet van arbeidsbesparende technologie kan helpen om met minder zorgwerkers de ontbrekende 40% van de zorghandelingen te blijven bieden.<sup>16</sup>

Arbeidsbesparende technologie moet 40% arbeidsbesparing in de V&V-zorg halen om in 2025 met 40% minder V&V-uren per patiënt toch een kwalitatief toereikende zorg te kunnen blijven bieden.

### 3.3 Schaal en drempelwaarde

We komen daarmee op de schaal waarop technologie arbeidsbesparend moet zijn. We zagen al dat er een oplossing moet komen voor 40% van de V&V-handelingen: er is immers slechts V&V-capaciteit voor 60% van de zorgvraag. Hoe arbeidsbesparend moet een technologische innovatie zijn, aan welke schaal moeten we denken? Een innovatie waarmee je 40% arbeidstijd van professionele V&Vers bespaart, telt aan om het tekort in 2025 te voorkomen. Een grotere besparing is beter, een kleinere besparing helpt wel, maar niet voldoende. Er moet ook gekeken worden naar bereik onder patiëntengroepen en hoe ver het implementatietraject – de uitrol – al is.

Een arbeidsbesparingschaal kent vier aspecten:

1. de directe arbeidsbesparing per eenheid technologie, in procenten
2. bij hoeveel procent van de patiënten je die besparing kunt halen
3. bij hoeveel procent van de patiënten je die besparing al hebt gehaald
4. hoeveel tijd zo'n handeling op jaarbasis kost, de massa in *fulltime equivalents* (fte's).

#### Ad 1.

Het eerste aspect kan 100% bedragen wanneer de hele handeling van de professionele V&V-er overgedragen wordt aan de patiënt.<sup>17</sup> De waarde kan liggen in de buurt van de 40%: hoog genoeg om een wezenlijke bijdrage te leveren aan de leverbaarheid van de zorg in 2025. Het kan ook 0% zijn: er is geen arbeidsbesparing. In dat geval hanteert de instelling die een arbeidsbesparende technologie wil invoeren al een zodanig arbeidsextensief werkproces dat er geen besparing meer gehaald wordt op de voorgenomen nieuwe technologie.

*Dit aspect **40% minder tijd aan handelingen** staat centraal in hoofdstuk 4.*

#### Ad 2.

Het tweede aspect gaat over patiëntgroepen. Is een bepaalde arbeidsbesparende technologie inzetbaar voor bijvoorbeeld alle dementerenden, of slechts voor de helft? Het is voorts ook denkbaar dat een arbeidsbesparende technologie ook voor andere patiëntgroepen inzetbaar is dan alleen voor de groep waarvoor het is bedacht. Zo is technologie rond algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) uiteraard algemeen en

<sup>16</sup> Extra personeel wegtrekken bij andere economische sectoren (horeca, retail) door een forse loonsverhoging heeft macro-economische consequenties. We gaan daar in dit rapport niet verder op in.

<sup>17</sup> Mogelijk is eerst instructie door een V&V-er nodig (kan ook met een dvd).

dus op iedere patiënt toepasbaar. Voor meer specifieke innovaties moet goed gezocht worden naar een bredere toepasbaarheid voor andere patiëntgroepen.

*We kunnen deze **toepasbaarheid van technologieën** niet beoordelen. Daarvoor ontbrak de tijd en een kennisbron waaruit geput kon worden. Het is duidelijk dat nader onderzoek naar aandoeningsgerichte arbeidsbesparende technologie nog moet beginnen. Dat is zeker nodig om op termijn een goede kwantificering te kunnen maken.*

*Ad 3.*

Het derde aspect gaat in op hoe ver men is met invoering van succesvolle arbeidsbesparende technologie. Bijvoorbeeld: het kan in 100% van de verpleeghuizen, op de afdelingen psychogeriatric (PG), maar pas na vijf jaar zijn we zo ver dat het werkelijk overal is geïmplementeerd. Dit schaalaspect geeft aan hoe ver de maximaal haalbare uitrol van een bepaalde technologie is. Er is in de zorg altijd sprake van een adoptietijd waarin men moet wennen aan nieuwe zaken. De werkers moeten worden meegenomen in het proces, de werkprocessen moeten herzien worden, patiënten (langdurige zorg!) moeten ook meekunnen. Veel innovaties in de zorg kampen met trage verspreiding: 10 tot 15 jaar is geen uitzondering. Gezien de urgentie van de problematiek willen we echter toch voor enige tempoversnelling pleiten. Vijf jaar lijkt ons redelijk, zeker als het implementatieproces ondersteund wordt met ziektespecifieke programma's voor kennis delen. Korter is haalbaar en beter. Als het langer duurt dan vijf jaar, dan doen we het niet goed, dan is het niet belangrijk genoeg geacht. We beginnen te tellen vanaf het moment dat een arbeidsbesparende technologie getest is en goedgekeurd en wanneer bekend is wat de arbeidsbesparing is.

*Dit aspect **in minder dan vijf jaar implementeren** komt terug in hoofdstuk 4.*

*Ad 4.*

Het gaat er natuurlijk vooral om hoeveel tijd de oorspronkelijke handeling kost, om daarmee te kunnen bepalen wat de massa van de arbeidsbesparing is. Hoeveel *fulltime equivalents* is dat per jaar? Mensen met dementie vormen met 150.000 een grote massa in 2025 en de zorghandelingen aan hen dus ook. Mensen met hart&vaatzieken zijn er meer (anderhalf miljoen), maar zij zijn voor V&V-ers minder arbeidsintensief dan dementerenden (met name de intramuraal verblijvenden). De ene zorghandeling kost 10 minuten per dag, de andere een ochtend per jaar. De echte kwantificering van arbeidsbesparende technologie moet nog gedaan worden. Die wordt nu nog niet systematisch gemeten en doorgerekend.

*Op dit schaalaspect gaan we in dit rapport niet in, maar het is onontbeerlijk om de volgende stap te kunnen zetten: prioritering van arbeidsbesparende technologieën.*

De combinatie van de drie eerste aspecten geeft aan hoe ver we nu zijn met arbeidsbesparing. Om de hierboven genoemde 40% te halen in 2025, zal men met name moeten kijken naar grote patiëntengroepen (zoals we doen met dementie en hart&vaatziekten) en naar de veelvoorkomende handelingen (incontinentiezorg bij dementerenden; meten van bloedwaarden bij hart&vaatzieken), terwijl de besparing zelf (het eerste aspect) ook al boven de 40% moet liggen.

***De drempelwaarde voor 'doen we de goede dingen' is dat er 40% arbeidsbesparing haalbaar moet zijn met een technologische vernieuwing/toepassing.***

***De drempelwaarde voor 'doen we die dingen goed' is invoering binnen vijf jaar na beschikbaarheid van de arbeidsbesparende technologie voor alle in aanmerking komende patiënten. Ook het wegnemen van belemmeringen (voorwaarden scheppen) hoort tot 'de dingen goed doen'.***

## **Bewoners      Een gevulde portemonnee....**

Ik geloof niet in kleinschalig wonen. Waarom zijn de producten van een grote supermarktketen goedkoper, dan bij een winkel om de hoek. Inderdaad, de schaalgrootte. Dat boeren met een kleine veestapel verdwijnen, zegt ook alles.

Voor verzorgenden die werken in een kleinschalige setting is het saai om acht uur voor zo'n kleine club bewoners te werken. En stel dat je met vijf ouderen in een woning woont en twee mensen kunnen niet met elkaar opschieten, dan heb je de poppen aan het dansen. En zo kan ik wel doorgaan.

De vraag naar zorg stijgt door de vergrijzing. De oplossing? Wij zetten ouderen bij elkaar. Wij hebben geen strikt somatische of een psychogeriatrische afdeling. Het mengen biedt tal van voordelen. Bewoners kunnen elkaar helpen. Sterker nog, ze worden betrokken bij de zorg voor een ander. Niks geen machines die kousen kunnen aantrekken. Doen ze bij ons voor elkaar. Machines en apparaten kosten alleen maar geld. Komen verzorgenden of de bewoners aan de verkeerde knoppen gaat het apparaat stuk. Alles met een batterij of snoer kan immers kapot. Zit je zonder. En dan mis je het. Als je iets niet hebt, kun je het ook niet missen. Makkelijk zat.

Zoals de vervuiler betaalt, een belangrijk beginsel is voor goed milieubeleid, zo kan een eigen bijdrage van de bewoner deuren openen die anders gesloten zouden blijven. Hoe meer ze bijdragen hoe meer luxe en zorg ze krijgen. Verschil moet er zijn. Extra wensen? Prima, maar dan dient de portemonnee wel open worden gemaakt. Ik heb een aantal zeer lekkere wijnen op de kop weten te tikken. Willen ze een lekker wijntje bij het eten? Geen probleem als ze maar betalen.

Het welbevinden hebben ze in eigen hand. Daar hoort acceptatie van de nieuwe situatie bij. Gemopper wil ik niet op mijn afdeling. De bewoners hebben een dak boven hun hoofd en krijgen adequate hulpverlening. Daar hoort geen gemopper bij. Kom zeg.

Innovatie begint bij de bron. Ze brengen altijd te veel spullen mee. Die sla ik voor hen op in een container. Twee keer per jaar houden we een zogenaamde containerverkoop. Nee, niet voor de ouderen zelf. Die willen alles weer terugkopen. Omwonenden en andere belangstellenden kopen de spullen op. De baten vloeien rechtstreeks terug naar de instelling. Hebben we leuke zaken van kunnen kopen.

Ik houd van borgen. Althans van het woord. Vind ik gewoon mooi. Bor-gen. We borgen incontinentiemateriaal zolang mogelijk. Een natte luier hoeft niet meteen vervangen te worden. Een natte zwembroek trek je toch ook niet uit als die nat is?

Ik ga nog een stap verder. Uniek in Nederland. Het is hét ei van Columbus. Volgt u mij maar. Komt ie: ouderen willen zolang mogelijk thuis wonen. Voor u niks nieuws onder de zon. Dat had u gedacht. Wat is thuis? Wij zijn bezig met nieuwbouw te plegen voor onze toekomstige populatie. Voor vijftigers bouwen we een type woning op het instellingsterrein die ze meteen kunnen betrekken. Hebben ze meer persoonlijke zorg nodig dan hoeven ze niet van thuis weg: ze wonen er al!

Telefoontjes komen niet rechtstreeks op de afdeling, maar gaan via een helpdesk. De helpdeskmedewerkers hebben geleerd niet direct tot actie over te gaan. Er wordt nog maar weinig gebeld. Dat geeft maar weer eens aan dat veel problemen zich vanzelf oplossen.

Het aantal valincidenten brengen we flink terug door ouderen in een diepe stoel te zetten. Zonder hulp komen ze daar niet uit. Ouderen zitten graag in de tillift. Vinden ze écht fijn. Het is zeg maar 'snoezelen op hoogte'.

De waskosten van de bewoners verhalen we op de bewoner. De familieleden zorgen wel dat ze minder knoeien. Als belanghebbenden (erfenis) letten ze wel op de waskosten. Een pak hebben de bewoners nog zelden aan. Een vest is o zo gemakkelijk. Als het niet bevalt, ga dan maar. Nou, dan bindt de familie wel in.

Met veel toewijding,

**BERTRAM CONCRELIT, LEIDINGGEVENDE VERPLEEGHUIS NIEUWE STIJL**



## 4 BEVINDINGEN: DOET DE ZORGSECTOR DE GOEDE DINGEN GOED?

In dit hoofdstuk leggen we het handelen in de V&V-zorg langs de meetlat van de drempelwaarden uit hoofdstuk 3. De kwalificatie 'goede dingen' is gereserveerd voor het handelen dat voldoet aan: inzet van technologie die tenminste 40% arbeidsbesparend is en het mogelijk maakt om ook in 2025 aan alle zorgvraag tegemoet te komen. Als men de dingen ook nog goed wil doen, dan moeten ze binnen vijf jaar overal geïmplementeerd zijn. Er moet vaart gemaakt worden. Belemmeringen moeten worden weggehaald.

Er zijn voorbeelden van arbeidsbesparende technologie in de zorg voor mensen met dementie en hart&vaatzieken.<sup>18</sup> Het grootste verschil tussen die twee is, dat mensen met dementie steeds minder (en uiteindelijk helemaal geen) regie over het eigen leven hebben en mensen met hart&vaatzieken wel. Dat betekent ook iets voor de technologie en voor degenen die deze implementeren. In paragraaf 4.1 en 4.2 komt de zorg aan deze twee patiëntengroepen verder in beeld.

Er is technologie die bedoeld is om zorgvraag te voorkomen. Cijfers over de effectiviteit daarvan zijn er bijna niet. Er is ook technologie die werkprocessen van V&V-ers versnelt. Daar zijn wel enkele cijfers over te vinden. In dit hoofdstuk gaan we in op arbeidsbesparende zorgtechnologie die de drempel van 40% kan halen. In bijlage 3 is de bredere verkenning te vinden en daarmee ook informatie over lager ingeschatte zorgtechnologie.

'Pakken we beschikbare innovaties op tijd op en zetten we aan tot nieuwe vondsten die het verschil gaan maken?' vroegen we de HMF deelnemers. Nee, was het antwoord. Goed gaan de dingen nog niet. Er zijn tal van valkuilen, er is geen gemene deler, er is geen centrale regie, de sociale partners zijn niet actief op technologie in de zorg. Technologie en toegankelijkheid staan achter in de rij van prioriteiten, en dat is niet alleen zo bij de instellingen, maar ook bij kennisinstituten. Er wordt schamper gedaan over technologie en het zit vaak weggestopt in zorgorganisaties. Er is een te grote afstand tussen top en werkvloer op dit soort vraagstukken. Tenslotte werd als belemmering genoemd dat de cultuur in de zorg er een is van niet willen leren van elkaar.<sup>19</sup>

In paragraaf 4.5 komen we terug op belemmeringen voor de verspreiding van arbeidsbesparende zorgtechnologie.

### 4.1 Dementie

Mensen met dementie (of hun mantelzorgers) komen op een bepaald moment met klachten terecht bij huisarts, thuiszorg of verpleeg/verzorgingshuizen. Na diagnose vindt behandeling plaats van nevensymptomen (onrust, depressie, angst). Deze behandeling bestaat uit basiszorg, psychosociale interventies en medicatie/hulpmiddelen. Omdat tweederde van de dementerenden thuis woont, richt de zorg zich ook op ondersteuning van de mantelzorger. Vooral in de laatste fase van dementie gaat het om patiënten die zeer beperkte of geen regie hebben over het eigen functioneren. Zij maken gebruik van professionele verzorging en verpleging.

Op het gebied van de dementiezorg is een verbeterprogramma ingezet, het landelijke dementieprogramma (LDP). De tussentijdse evaluatie leert dat de verbetertrajecten zich richten op de organisatie van de zorg, nieuwe psychosociale behandeling en meer ondersteuning van de mantelzorger. Arbeidsbesparende technologie is vooralsnog niet in beeld, maar kan ook hier opgepakt worden.<sup>20</sup> Ketenzorg, transmurale behandelingen,

<sup>18</sup> Meer over 'de goede dingen goed doen', is te vinden in bijlage IV.

<sup>19</sup> Hartenkreet op plenaire HMF-bijeenkomst over arbeidsbesparende technologie op 24/09/2007.

<sup>20</sup> Het thema is recentelijk opgepakt binnen Zorg voor beter /Invoeren van innovaties in de care.

versterking van samenwerking in de diverse lijnen kunnen allemaal voertuig zijn voor een begin van een oplossing van het arbeidsvraagstuk.

Waar in de dementiezorg de professionele V&V-er een rol begint te spelen, is dat vaak in de vorm van begeleiden, steunen en bemoedigen bij basishandelingen zoals opstaan, wassen, aankleden, toiletgang en eten. Dat kan uiteindelijk uitmonden in een totaal overnemen van al deze handelingen.

Vier voorbeelden geven we van arbeidsbesparende technologie in de dementiezorg: vaccins, wondverband, incontinentiemateriaal en beeld/spraakverbindingen.

### *Vaccins*

Voorkomen is beter dan genezen en vaccins zijn dan ook een effectief middel om zorgvraag te verminderen. Vaccins tegen risicofactoren (roken, obesitas) voor diverse levensstijl gerelateerde ziekten (waaronder hart&vaatziekten) zijn in ontwikkeling, en er wordt hard gewerkt aan een vaccin tegen de ziekte van Alzheimer. Wanneer deze op de markt zullen komen is niet te zeggen. Wel dat ze dan van grote betekenis zullen zijn voor het verminderen van zorgvraag van de twee groepen patiënten van de toekomst die we in dit rapport centraal hebben gesteld. Het publiek belang is dan ook groot.

Zeker de ontwikkeling van een Alzheimervaccin spreekt tot de verbeelding. Begin deze eeuw leek er een doorbraak in dit onderzoek te zijn. Helaas hadden de eerste proeven op mensen in 2002 teleurstellend resultaat: het vaccin veroorzaakte bij enkele proefpersonen ontstekingen in de hersenen. Het onderzoek naar een veilig Alzheimervaccin gaat door<sup>21</sup> en het laatste nieuws hierover is weer hoopgevend.<sup>22</sup>

Vaccins halen hoge scores bij het voorkomen van aandoeningen: sommige infectieziekten komen dankzij vaccinatie niet meer in Nederland voor. Een 100% score met een vaccin tegen Alzheimer lijkt echter te hoog gegrepen. Het is nog onbekend of de hele bevolking kan worden gevaccineerd. Bovendien moet bedacht worden dat er veel co-morbiditeit is onder Alzheimerpatiënten, dus onze schatting van 100% wordt waarschijnlijk niet gehaald.

**Score op arbeidsbesparing (Alzheimervaccin) mogelijk 100%**

**Score op vijf jaar: onbekend**

### *Wondverband*

Er bestaat wondverband voor decubitus dat zelfs vier dagen kan blijven zitten, zodat verpleegkundigen veel minder vaak dan nu het geval is wonden moeten verzorgen.

**Score op arbeidsbesparing bij wondverband: 88% (in plaats van drie maal per dag, nu eens per vier dagen, een factor 12, dus 88% besparing).**<sup>23</sup>

**Score op vijf jaar: kan overal ingevoerd zijn. Het materiaal is al beschikbaar. Afweging is nodig tegen de vraag of niet nog beter kan worden ingezet op het voorkomen van doorligwonden. Hiervan is echter niet bekend welke arbeidsinzet daarvoor nodig is.**

### *Incontinentiemateriaal*

Bij patiënten met dementie spelen de incontinentiematerialen een belangrijke rol bij de ondersteuning in de ADL.<sup>24</sup> Meer dan ten opzichte van andere gebruikersgroepen is

<sup>21</sup> Alzheimer Nederland website (<http://www.alzheimer-nederland.nl>): zie 'Medicijnen'

<sup>22</sup> Zie bijvoorbeeld <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/11/071112091855.htm>

<sup>23</sup> Van Run, Nefemed

<sup>24</sup> Een zeer groot deel van de intramuraal verpleegde mensen met dementie heeft incontinentiezorg nodig. Het is voor V&V-ers arbeidsintensief. Familie van dementerenden wil niet

gebruiksgemak voor de zorgverlener (omdat de patiënt niet altijd mee kan of wil werken) en draaggemak voor de patiënt hier van belang.<sup>25</sup> Er zijn veel soorten op de markt. Sommige soorten sluiten beter aan bij de toekomstige werkelijkheid dat er minder tijd beschikbaar is voor professionele verzorging. Verbetering en vernieuwing wordt ook verwacht voor productie, distributie, logistiek en dienstverlening (bijvoorbeeld instructie).

**SCA Personal Care zet in op het reduceren van integrale kosten voor incontinentiezorg in instellingen en thuiszorg**

SCA, producent van incontinentiemateriaal, heeft het afgelopen jaar onderzoek gedaan naar het effect van inzet van innovatieve incontinentiematerialen op de zorguren. De praktijk wijst uit dat gebruikers van een mindere kwaliteit verband aanzienlijk vaker verschoond dienen te worden en beduidend meer huidproblemen krijgen. Dit brengt een verhoogde werklust met zich mee voor verpleging en verzorging. Eveneens is geconstateerd, dat afgezien van de extra tijdsinvestering, er een forse toename van rugbelasting is voor de zorgverleners. Indien de tijd voor verpleging en verzorging in kosten wordt uitgedrukt, kunnen deze de aanschafkosten van het absorberend materiaal tot een factor 14 overtreffen. Door een juiste productselectie, inzet van innovatieve verbanden en begeleiding van het werkproces van de zorgverlener, kan de factor tijd met meer dan 30% worden gereduceerd. In een gemiddeld verpleeghuis zou dit kunnen betekenen dat 6 fte's ander nuttig werk kunnen doen.<sup>26</sup>

**Score op percentage arbeidsbesparing: 30%**<sup>27</sup>

**Score op vijf jaar: kan overal ingevoerd zijn. Materiaal is al beschikbaar en kent snelle doorlooptijd.**

**Beeld/spraakverbindingen**

Op verschillende plaatsen wordt geëxperimenteerd met beeld/spraakverbindingen met een deskundig *call centre*. Hierdoor moeten mensen langer thuis kunnen blijven wonen en zouden minder huisbezoeken noodzakelijk zijn.

Actiz, brancheorganisatie van zorgondernemers, stimuleert diverse van deze 'zorg op afstand' projecten. Zorginstelling VieDome (154 woningen) laat het contact lopen via een televisieverbinding. Door bewegende beelden van tv-kwaliteit is beter contact mogelijk tussen zorgcentrale en zorgvrager.<sup>28</sup> Een beeld/spraakverbinding staat dichterbij de werkelijkheidsbeleving van bijvoorbeeld een dementerende dan een gewone telefoonverbinding.

Een beeld/spraakverbinding kan voor patiënten die zelf nog regie hebben over het eigen leven er anders uitzien dan voor patiënten zonder regie. Intramuraal of thuis, het komt natuurlijk aan op verminderen van zorgvraag of van V&V-uren. Je kunt met zo'n verbinding beoordelen of alarmopvolging nodig is. Het Leo Polakhuis (kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie) in Amsterdam bespaart er op die manier een van de twee nachtwachten mee.<sup>29</sup>

Koplopers gaan ook zonder ondersteuning aan de slag met nieuwe arbeidsbesparende technologieën. Zo wist men bij de invoering van nieuwe technologieën in het Leo Polakhuis al dat de exploitatiekosten een tekort zouden laten zien. De arbeidsbesparing die daar bereikt wordt op de halvering van de nachtwachtbezetting kan dat tekort slechts voor een deel compenseren.

---

dat hun familielid met incontinentiemateriaal loopt. Met de juiste en intensieve begeleiding zou het niet nodig zijn, stelt Alzheimer Nederland.

<sup>25</sup> TNO Kwaliteit van Leven, *Maatschappelijke relevantie van medische hulpmiddelen*. 2007, p. 82.

<sup>26</sup> Zie daarvoor ook: [www.gevolgkosten.nl](http://www.gevolgkosten.nl)

<sup>27</sup> SCA en Nefemed.

<sup>28</sup> Bouwcollege 2006

<sup>29</sup> *Domotica Leo Polakhuis, In dienst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie*, september 2005; Henk Nouws, de vijfde dimensie

Cees van der Togt, bestuurder van de Osiragroep: 'De investering van de technologie in het Leo Polakhuis is gefinancierd met onder andere incidentele subsidies en geldstromen. Het exploitatietekort is er inderdaad. Twee voordelen hebben we eraan: we kunnen deze technologie nu ook op andere plaatsen inzetten, we hebben er nu ruime ervaring mee. En deze toepassingen werken ook goed uit voor onze naam in de ouderenzorg. Rond de technologie van het Leo Polakhuis was veel werk te doen aan inregelen en instellen. Maar het was de moeite waard. De visie daarachter was: als we nu niet onze nek uitsteken, dan lopen we binnenkort met de arbeidsmarkt helemaal vast. Dat is wel de inspiratiebron geweest om dit te doen. We vermoeden wel dat deze technologie een tussenstap is, dat er nieuwe modificaties komen op basis van gebruikservaringen.'

**Score op percentage arbeidsbesparing op nachtwachten (intramuraal): 50%**<sup>30</sup>

**Score op vijf jaar: beeld/spraakverbindingen zijn breed bekend als welzijnsfunctie, maar aansluiting op een deskundige V&V achterwacht is er niet. .Of dit binnen 5 jaar haalbaar is, is onzeker. ICT projecten verspreiden zich vooralsnog te traag binnen de sector. Verspreiding van de beeldtelefoon (vast en mobiel) ten behoeve van het intensiveren van het contact tussen patiënt en mantelzorger kan mogelijk wel binnen deze periode.**<sup>31</sup>

## 4.2 Hart&vaatziekten

Hart&vaatziekten (HVZ) is doodsoorzaak nummer één in Nederland en verandering van leefstijl kan het aantal patiënten met HVZ aanmerkelijk terugdringen. Er is een groeiende notie dat gezonder gedrag beter is voor het individu en de samenleving: voorkomen, uitstellen of afstellen van zorgvraag.

Mensen met HVZ komen zorgprofessionals veelal tegen nadat de ziekte zich manifesteert. Er is dan een acute fase waarin de patiënt wordt behandeld in het ziekenhuis. Als de behandeling aanslaat volgen daarna een revalidatiefase (vanuit huis, verpleeghuis of revalidatiecentrum) en een chronische fase waarin het voorkomen van verslechtering van de ziekte centraal staat en patiënten de regie van hun leven weer oppakken.

In de afgelopen jaren heeft de *cure* verschillende Sneller Beter verbetertrajecten op de behandeling van deze patiënten ondernomen. Veel projecten richten zich op de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld betere coördinatie en multidisciplinaire samenwerking, oprichting hartfalenpoli's en *stroke units* (gespecialiseerde eenheden voor beroertezorg), inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen en voorkoming van heropnames). Verpleging en verzorging is met name bij beroerte veel in beeld, in mindere mate bij hartfalen en nog minder bij hartaanvallen/angina pectoris.<sup>32</sup> Geneesmiddelen zijn voor alle mensen met HVZ belangrijk; soms ook hulpmiddelen.

Waar het gaat om patiënten met HVZ is er sprake van intensieve begeleiding door V&V-ers in de revalidatiefase en bij de heropnames. Het gaat dan om metingen doen, resultaten laten beoordelen, algemene advisering en gepersonaliseerde advisering, maar evengoed ook bemoedigen, aansporen en allerlei andere V&V-handelingen. Deze

<sup>30</sup> aldus de zorgaanbieder Osiragroep.

<sup>31</sup> Persbericht van het Telematica instituut van 12 december 2007. Deze organisatie deed een kleinschalig onderzoek in samenwerking met zorgcentrum De Posten naar de behoefte aan telegzorg onder ouderen in Enschede. Hieruit werd geconcludeerd dat ouderen geen behoefte hebben aan telegzorg maar wel aan sociale contacten met hun kinderen en kleinkinderen die ver weg wonen. Beeld/spraak verbindingen worden daar wel handig voor gevonden.

<sup>32</sup> RIVM Zorgkompas zet de kosten van zorg op een rij voor hart&vaatziekten. Bij beroerte zijn 63% van de kosten voor zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen tegen 29% voor ziekenhuiszorg. Bij hartfalen is die verhouding 20% verpleeg- en verzorgingshuiszorg tegenover 50% ziekenhuiszorg. Geneesmiddelen vormen een aanzienlijk aandeel van de zorgkosten bij hart&vaatziekten.

patiënten hebben veel minder dan dementerenden contact met V&V-ers. Voor mensen met een beroerte gelden sommige opmerkingen die we eerder maakten ten aanzien van mensen met dementie. Hier gaan we verder in op patiënten met hartfalen.

Raymond Wimmers, Hartstichting: 'Een belangrijk uitgangspunt dat de Hartstichting uitdraagt bij de behandeling van patiënten met hart&vaatziekten is 'maak eerst contact en geef dan richting'. De hulpverlener bespreekt met de patiënt wat zijn wensen zijn, samen vullen ze het zorgplan in. Samen kunnen ze bepalen hoe technologie bij de uitvoering van de zorg ingezet kan worden. Op deze wijze blijft de kwaliteit van zorg gewaarborgd.'

Er is weinig arbeidsbesparende technologie gevonden die effect heeft op de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg voor mensen met hart&vaatziekten. We noemen hier een voorbeeld dat aansluit bij de belangrijkste handeling van verpleegkundigen in de cure: het monitoren.

**Erasmus MC, Achmea en Philips zetten in op telemonitoring/teleguidance voor patiënten met ernstig hartfalen**

*Recent is het effect van het Philips MOTIVA systeem op ziekenhuisopnames en kwaliteit van leven bij patiënten met chronisch hartfalen onderzocht.<sup>33</sup> Dit onderzoek was een logische stap nadat eerder zichtbaar werd dat telemonitoring thuis van patiënten met ernstig hartfalen leidde tot kortere duur van ziekenhuisopnames. De uitkomst is dat er minder contacten met zorgverleners optreden bij de patiënten die met het Motivasyteem uitgerust zijn. Met de verwachte groei van de hartfalenpopulatie voor ogen is dat zeer hoopgevend. 'Teleguidance', begeleiding op afstand met het MOTIVA systeem, kan bij patiënten de kennis over hun ziekte en de manier er mee om te gaan, vergroten. Deze kennis is een voorwaarde voor optimale behandeling. Door toepassen van het systeem wordt de taak van de cardioloog en hartfalenverpleegkundige verlicht, waardoor zij meer patiënten kunnen behandelen. Zo wordt het mogelijk om, ook bij groeiende vraag, optimale behandeling te garanderen.*

*Hoewel het onderzoek nog niet een wetenschappelijk bewijs opleverde, vanwege iets te weinig deelnemende patiënten, zijn deze uitkomsten voor ziekenhuis, verzekeraar en fabrikant voldoende om op de ingeslagen weg door te gaan. Werkendeweg komt dan, door de grotere aantallen patiënten die gaan deelnemen, de wetenschappelijke bewijsvoering tot stand.*

**Score op percentage arbeidsbesparing:** vooralsnog onbekend. Na het eerste jaar lijkt de besparing te gaan ontstaan. Bij langer durende ziekte kan de besparing doortellen.

**Score op vijf jaar:** vooralsnog onbekend

#### **4.3 Arbeidsbesparende technologie voor grote chronische patiëntengroepen**

Er zijn voorbeelden te vinden van arbeidsbesparende technologie die voor andere patiëntengroepen zoals mensen met diabetes en reuma ontwikkeld zijn of worden. Wij denken dat stelselmatig analyseren van de werkprocessen voor de grote groepen chronische patiënten van de toekomst, en van arbeidsbesparende technologie die meer dan 40% arbeidsbesparing kan opleveren, van groot belang is. We constateren dat op dit gebied nog veel moet gebeuren.

#### **4.4 Algemene dagelijkse verzorging & verpleging**

Naast de focus op de grote patiëntengroepen van morgen, loont het eveneens om aandacht te geven aan het ontwikkelen van technologie die arbeidsbesparing oplevert voor de meest voorkomende handelingen van verzorgenden en verpleegkundigen. Daarom geven we hier ook twee voorbeelden ten aanzien van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

<sup>33</sup> Persbericht Achmea aangevuld met extra informatie van Philips, TNO, Erasmus MC en Achmea.

### Wassen

Het beste voorbeeld van arbeidsbesparing bij ADL-taken, dat elke dag gerealiseerd kan worden in de thuiszorg, in verpleeghuizen en in ziekenhuizen is verzorgend wassen. Niet met water en zeep maar met lotion die in een washand wordt geactiveerd. In plaats van een half lijf per keer kan men nu een heel lijf per keer wassen. Cliënten ervaren het als prettig (meer aandacht en betere kwaliteit) en het is arbeidsbesparend (twee keer zoveel werk in dezelfde tijd).

In de verkenning viel op dat technologie die potentieel arbeidsbesparend is, dit vaak in het gebruik niet blijkt te zijn. Dit is van toepassing bij het verzorgend wassen. Hier valt op dat de gewonnen arbeidstijd wordt ingezet om kwaliteit van zorg te verbeteren: niet in de kortere arbeidstijd een half lijf wassen maar de blijkbaar daarvoor staande hele arbeidstijd volmaken met het hele lijf wassen. Vanuit onze opvatting dat men aan de slag moet met arbeidsbesparing zou het beter zijn als men meer patiënten zou wassen. Voor de arbeidsproblemen van 2025 zal men de keuze anders moeten maken.

Ook opvallend is dat de helft van de zorginstellingen die in de *pilot* meededen met het 'verzorgend wassen', ondanks de arbeidstijdwinst niet door gaat met de goede praktijk. Niet iedere instelling kampt met arbeidstekorten, of moeilijk vervulbare vacatures. Dan wegen de materiaalkosten van het verzorgend wassen zwaar.

**Score op percentage arbeidsbesparing: 45%**

**Score op vijf jaar: gezien de aanstaande groeiende tekorten aan verzorgenden moet invoering van de nieuwe wasmethode binnen deze periode mogelijk zijn. Zeker als programma's als Zorg voor Beter het arbeidsbesparende effect sterker zouden profileren.**<sup>34</sup>

### Communicatie

Veel zorg hangt samen met communicatie. Dit maakt dat er veel verwachtingen zijn van inzet van de component communicatie van ICT bij het nastreven van arbeidsbesparing. Een V&V-er communiceert met de patiënt. In een intramurale setting is er ook veel communicatie met vrijwilligers, familieleden, collega's en leidinggevenden. Veel daarvan gaat mondeling, veelal ondersteund door een schrift, computer, telefoon en hier en daar een PDA (Personal Digital Assistant). Ook in de thuiszorg zijn overdracht en rapportage grote tijdvreter.

Heel veel Nederlanders boeken reizen, hotels of kaartjes voor concerten op internet. Postpakketten worden elektronisch ingeboekt voor verzending en hun afhandeling kan worden gevolgd via *tracking systems*. Betaalautomaten en internetbetalingen zijn snel ingeburgerd geraakt. Zo ook de NS kaartjesautomaten, en de sms-service voor informatie over vertragingen en files lijkt welkom. Veel openbare ruimten worden met camera's bewaakt en camera's zijn ook in de privé-sfeer vaak aanwezig (*webcam's*, *YouTube* filmpjes). Afspraken met monteurs en andere vaklui kunnen worden gemaakt via elektronische agenda's en planningsystemen. De administratie, de *handling* rond al die nieuwe communicatie doet de consument zelf. Hij voert zelf gegevens in, geeft zelf autorisatie, controleert en betaalt, voert afspraken in.

Kijkend naar andere sectoren zijn er tal van communicatiemiddelen die ook in de zorg gewoon gevonden gaan worden. De techniek is ontwikkeld en het is een *push* markt. Waarom zien we het dan nog niet gebeuren in de zorg? Een ongemakkelijke vraag. Goede, echte, antwoorden kregen we er niet op. Natuurlijk vinden investeringen plaats in ICT ten behoeve van bekostiging en financiering, voor de overhead van instellingen. De handen-aan-het-bed vallen daar een beetje buiten. Die zitten te wachten op het elektronisch patiëntdossier (EPD), om daarmee de patiëntenzorg te optimaliseren, fouten te voorkomen, therapietrouw te vergroten, richtlijntrouw te borgen. Zij wachten ook op

<sup>34</sup> <http://www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/innovatie-in-de-care/nieuwsberichten/onderzoek-naar-nieuwe-wasmethode-weg-met-de-waskom>

ICT die voorkomt dat zij tijd verdoen met arbeidsintensief opzoeken van statussen en patiënten.<sup>35</sup>

**Score op percentage arbeidsbesparing: onbekend.** De belofte van elektronische communicatiesystemen is dat zo de administratieve druk op de handen-aan-het-bed verminderd kan worden, maar ervaringscijfers erover zijn onbekend.

**Score op vijf jaar: veel communicatietechnologie is in andere sectoren al gebruikelijk.** Technologie voorspellers voorzien dat ook de zorgsector in de periode tot 2012 zal aansluiten bij de algemene trends in huishoudens.<sup>36</sup>

#### 4.5 Meetinstrument arbeidsinnovatie

Er zijn verschillende technologische vindingen die mogelijk arbeidsbesparend zijn. Lastig is echter dat we geen harde gegevens in handen hebben kunnen krijgen over de vraag of zij de drempel halen van de 40% besparing in V&V arbeid. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat er nog niet systematisch gekeken wordt hoeveel arbeidsbesparing kan worden gehaald met een investering. Dat is belangrijk om meer zicht te krijgen op wat 'de goede dingen' zijn.

TNO ontwikkelde in het kader van het programma Zorg voor Beter een online 'Meetinstrument Arbeidsinnovatie' dat inmiddels honderden malen geraadpleegd is.<sup>37</sup> Met het instrument kunnen zorgorganisaties uitzoeken welke winst in arbeidstijd te verwachten valt wanneer zij willen innoveren. Vooral in de langdurende zorg kan men veel baat hebben bij deze informatie. Het instrument is bedoeld om werkprocessen – en verbeteringen daarin – door te lichten op personeelsinzet. Dit helpt bij het maken van keuzes voor het invoeren van de juiste innovaties. Wat de uitkomsten zijn van het meetinstrument, welke percentages besparing er inmiddels gemeten zijn, is helaas niet bekend. TNO evalueert eind 2007 het instrument op gebruikerstevredenheid. We vinden het echter heel belangrijk dat daarnaast ook snel aandacht komt voor de metingen zelf: welke scores haalt een bepaalde zorgtechnologie en hoe kan de bredere sector die kennis delen?

Wat zijn de consequenties van het invoeren van een innovatie op de kwaliteit van zorg en de arbeidsproductiviteit? Levert het wel tijdswinst op? En blijft de kwaliteit van zorg gehandhaafd, of wordt deze – bij voorkeur – zelfs beter?

Het instrument kan arbeidsproductiviteit berekenen op procesniveau: hoeveel uren arbeid zijn er nodig om een proces (dienstverleningsproces, werkproces) uit te voeren? Het instrument is vanuit drie doelstellingen te gebruiken: nulmeting van de huidige situatie; inschatting van de gevolgen van een innovatie en beoordeling van de effecten. Het is toepasbaar op elk werkproces in thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg.

#### **Voorbeeld van een gemeten arbeidsbesparing: invoering van 'omgevingsbesturing' voor cliënten met lichamelijke beperkingen.**<sup>38</sup>

De omgevingsbesturing is een eenvoudige afstandbediening waarmee cliënten een aantal handelingen in hun appartement zelfstandig uitvoeren. Bijvoorbeeld zelfstandig het licht aan en uit doen; de televisie, telefoon en muziekinstallatie bedienen; de gordijnen openen en sluiten, telefoongesprekken voeren. Zonder de afstandsbediening

<sup>35</sup> Actiz maakte een dvd over Zorg op afstand en laat hierover enkele V&V ers aan het woord.

<sup>36</sup> Zie de Futurist en Pearson.

<sup>37</sup> Overgenomen uit [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl) en ingekort/bewerkt. Er is ook winst inzichtelijk te maken op 'kwaliteit van zorg', daar gaan we in het kader van dit rapport niet verder op in.

<sup>38</sup> Materiaal ontvangen van Zorg voor Beter.

moet de cliënt een verzorgende oproepen en vragen om hulp. Voor verzorgenden betekent de invoering van een omgevingsbesturing dat er minder vaak een oproep van die cliënt komt waarop zij actie moeten ondernemen. In de oude situatie besteedden verzorgenden per dag 1 uur en 35 minuten aan deze cliënt voor bovengenoemde activiteiten. In de nieuwe situatie is dit slechts 4 minuten (inclusief verhelpen van storingen enzovoort) per dag.

*Score op arbeidsbesparing: 94%*

#### 4.6 Belemmeringen wegnemen

Welke oorzaken zijn er voor het haperen van de invoering van arbeidsbesparende technologie? De RVZ concludeert dat het wisselend de instituties (zoals wetgeving, financiering en cultureel bepaalde omgangspatronen), de beschikbare kennis en technologie, de aard van de zorgverlening en van de patiëntengroepen, en de politieke en maatschappelijke tijdgeest zijn die soms kansen, maar vaak ook belemmeringen voor innovaties creëren.<sup>39</sup>

Marianne Ketting, the Health Agency: 'In de praktijk kom ik veel tegen dat de infrastructuur niet werkt. Acht versies van MicroHIS [huisartsinformatiesysteem van Microsoft Windows] en honderd zelfgemaakte systemen. Niets 'praat' met elkaar. Dokters die geen computer op hun poli hebben, of die zeggen dat ze het te druk hebben om 'ook nog een keer' extra informatie te geven. De weerstand tegen verandering is groot en wij merken, zeker in ziekenhuizen, dat NIEMAND de baas is. Hoewel duidelijk is dat er iets moet gebeuren, stoppen veel behandelaars hun kop in het zand of denken ze: 'het zal mijn tijd wel duren'.<sup>40</sup>

#### *Financiering*

Financieringsproblemen bij dit onderwerp roepen vragen op. Als een zorginstelling arbeid spaart, moet men toch snel de investering terug kunnen verdienen, zouden we denken. Dit blijkt in de praktijk niet zo eenvoudig te zijn.

Er wordt in de *care* gewerkt met tijdelijke stimuleringsgelden voor de invoering van nieuwe technologie. Het bereiken van structurele financiering blijkt lastig. In de *care* zijn zorgkantoren belangrijke spelers die een bepaalde contracteerruimte hebben. Dit geeft een heel andere dynamiek dan risicodragende zorgverzekeraars in de *cure* hebben.

Er ontbreekt dan ook een bredere visie op investeren in innoveren, stellen Roger van Boxtel van Menzis en Inge Borghuis van Actiz in het tijdschrift HMF.<sup>41</sup> Zorgaanbieders mogen nu de resultaten van het vervangen van arbeid door technologie niet inboeken als winst. Er is daarmee geen prikkel om te investeren omdat innovatie niet loont voor degene die het toepast. Efficiency verhogende en/of arbeidsbesparende innovaties zouden een streepje voor moeten hebben. Waarom bijvoorbeeld geen ICT toeslag?<sup>42</sup> Zolang zorgverleners voor innovatie afhankelijk blijven van subsidiegelden, blijft zorgtechnologie steken in de experimenteerfase.

Ook Ilse Bierhoff van de Hogeschool van Amsterdam stelt dat de *care* nauwelijks reguliere financiële ruimte kent. 'Niet voor de techniek, niet voor de menskracht en niet voor flexibiliteit in de productieafspraken. Marktpartijen (techniek en verbinding) hebben

<sup>39</sup> RVZ *Van weten naar doen*, 2006. De Raad identificeerde o.a. de volgende factoren: meerwaarde, ruimte voor experimenteren, zichtbaarheid, comptabiliteit, communicatie, cultuur, financiële inpasbaarheid, infrastructuur en competitie.

<sup>40</sup> The Health Agency ontving diverse prijzen voor hun gepersonaliseerde website technologie voor verschillende groepen chronisch zieken.

<sup>41</sup> Zie hun artikelen in HMF 2007/4, een themanummer over arbeid en technologie

<sup>42</sup> Anton Westerlaken breekt hiervoor een lans in HMF 2007/4



zo een grote invloed op omvang, kwaliteit en duur van de pilots. Dat zet de integratie van dit soort toepassingen in het zorgproces en het veranderen van dat proces onder druk.<sup>43</sup>

Kim Putters, bestuurskundige aan de Erasmusuniversiteit, stelt dat 'het samenstel van interdependente actoren en hun samenspel' van betekenis is voor de kwaliteit en omvang van de invoering van vernieuwingen in de zorg. Putters signaleert dat de *stakeholders* in de zorgketen zich weinig bewust zijn van hun rollen als het gaat om invoering van innovaties. Beroepsbeoefenaren, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid, industrie, patiënten en mantelzorgers spelen allemaal een rol bij het ontwikkelen en verspreiden van innovaties. Er is niet slechts één partij die hiervoor verantwoordelijk is. Het samenspel is dusdanig *interdependent* dat ieder voor een deel verantwoordelijk gehouden kan worden voor innovatieve ontwikkelingen. De precieze rolverdeling daarbij is echter niet goed aan te geven en afhankelijk van de situatie.' Ook bij de uitrol van arbeidsbesparende technologie zijn vele actoren betrokken en hebben actoren veelal meerdere rollen, hoewel men zich daarvan niet altijd bewust is.<sup>44</sup> Voor de arbeidsbesparende technologie geldt dan ook dat actoren zich bewust moeten worden van hun eigen rollen en van de onderlinge afhankelijkheid om goede voorbeelden structureel en met vaart te kunnen verspreiden. Waarom gaan bijvoorbeeld de CAO's in de zorg niet over technologie?<sup>45</sup>

### *Zorg, emotie en de nieuwe rol van technologie daarin*

Tijdens de verkenning hoorden we vaak dat zorgtechnologie onvoldoende aansluiting vindt bij de huidige cultuur onder V&V-ers. Emotie is de reden voor V&V-ers om in de zorg werkzaam te willen zijn. Technologie en emotie zouden niet samengaan en dat kan leiden tot het zich afzetten tegen die technologie.<sup>46</sup> Zorgverleners willen direct contact met de mens die zorg nodig heeft. Als het invoeren van meer technologie het einde van persoonlijk contact betekent, dan ervaren V&V-ers minder voldoening in het werk. Zij hebben geleerd dat zij zelf het instrument zijn dat het werk doet. Hun identificatie met het beroep lijkt hiermee samen te hangen. De beleving van de patiënt is voor V&V-ers een belangrijke toetssteen: hoe ervaart de patiënt technologie als hulpmiddel? Vaak vult een V&V-er die ervaring van de patiënten voor hen in: de patiënten zullen wel tegen zijn. Met de snel oplopende tekorten aan V&V-ers mag er best meer creativiteit en uitdaging van zorgwerkers worden verwacht op invulling van hun werk.

Er zijn meer bezwaren onder V&V-ers tegen arbeidsbesparende technologie. Zorgwerkers interpreteren dit vooral als harder moeten werken of gevaar van baanverlies.

Opvallend is dat V&V-ers veel vroeger de arbeidsmarkt verlaten dan leeftijdgenoten in andere sectoren, zo blijkt uit diverse bronnen over de arbeidsmarkt voor V&V-ers. De reden daarvoor is dat de arbeid te zwaar is. V&V-ers kunnen ondersteund worden met technische aanpassingen in het werk (tilmachines, speciale 'wasstraten' voor ouderen, gemakkelijk te verwisselen incontinentiemateriaal, gebruik van robots, etc.). Langer doorwerken is daarmee mogelijk. Het is belangrijk om de huidige en toekomstige zorgwerkers te laten wennen aan technologie als nieuw onderdeel van het zorgproces. Dat gebeurt nog niet goed. Dat vergt een lange adem, kost veel tijd, moeite, overredingskracht, coaching en bijscholing.

<sup>43</sup> Ilse Bierhoff *Beeldcommunicatie en cameratoezicht in de zorg*, Digital Life Laboratory Almere, 2006 p.19

<sup>44</sup> Kim Putters, *Vertrouwen voor en door innovatie*, over de noodzaak van *checks en balances* bij vernieuwingsprocessen in de zorg, 2006.

<sup>45</sup> Suggestie van Anton Westerlaken, HMF 2007/4. Hij kwalificeert de vakbonden als 'visieloos'. 'Als er arbeidsmarkttekorten zijn dan wordt steeds eerst het salaris wat aangepast, zonder dat wordt nagedacht over een structurele aanpak.'

<sup>46</sup> Hier neemt de zorgwerker afstand van opvattingen die het SCP in *Jaarboek ICT en samenleving* noteert. Werkenden zijn van oordeel dat ICT het werk interessanter maakt en het leven minder ingewikkeld. Werkenden hebben een positieve toekomstverwachting van de inzet van ICT: deze zal in lichte mate bijdragen aan een aangenamer en overzichtelijker leven.

Als technologie V&V-ers niet goed bevalt, kunnen ze zelfs overwegen de zorg te verlaten. Maar dat hoeft nog geen aderlating te zijn: dat wordt het pas als er geen instroom tegenover staat van nieuwe V&V-ers die juist afkomen op de technologie.

Joke Storm, manager: 'Op het onderwerp cultuur van een organisatie kan nog winst worden behaald. Na een analyse van de cultuur van een organisatie kan een veranderingstraject worden ingegaan waarbij techniek en arbeid effectiever kunnen worden ingezet. "Arbeid wordt niet gezien als een kostenpost, doch als een waardevol item, dat meer waard wordt als je erin investeert," zegt Paul Ghijsen in zijn proefschrift over technologie en arbeid in Japan 'Samen sterk of zwak.'

Het besef dat technologie de redding kan worden voor professionals om voldoende basiszorg te kunnen blijven bieden, zou met het vertrek van de oudere V&V-ers<sup>47</sup> sterker mogen leven. Patiënten moeten immers blijvend verzorgd worden. Waar vacatures minder goed vervuld worden, betekent dat een verhoging van de werkdruk voor het huidige personeel. Waar de stijgende werkdruk leidt tot problemen ten aanzien van de veiligheid van medewerkers en arbeidsverzuim, is men echt in de aap gelogeed. Technologie die hen tegen fouten beschermt zoals veiligheidsnaalden met een beschermingsmechaniek, is dan een uitkomst.

In het denkraam met het concept 'zorg = emotie' zal zich het begrip 'hulpmiddel' voegen, en dat hulpmiddel zal technologisch zijn. Zo komt technologie binnen de sfeer van zorg en emotie.

Anne-Marie Laeven, Berenschot: 'Zorgverleners moeten worden geholpen in het 'minder meer leveren'. De arbeidsproductiviteit van een groot deel van de verpleegkundigen en verzorgenden is relatief laag, terwijl ze maximaal zorg leveren. Punt is dat zij meer uren zorg leveren aan cliënten dan er is geïndiceerd en in sommige gevallen ook daadwerkelijk nodig is. Er is sprake van een spanningsveld: in de beleving van de zorgverleners wordt er maximale zorg verleend, maar dit is niet hetzelfde als de benodigde zorg. Als dit gedrag niet wordt veranderd zal nooit het maximale rendement uit technologische oplossingen worden gehaald.'

---

<sup>47</sup> Prismant 2007. De vergrijzing van het personeelsbestand zet door: in 2006 is 20% van de werkers ouder dan 50 jaar, in 2011 wordt dit 26%.

## **Technologie**

### **Hulp op afstand, dicht bij huis....**

Ik houd nogal van techniek, en zie daar veel heil in. Onze bewoners zitten veel te niksen. Tijd die ze veel beter kunnen besteden. Ik heb her en der een aantal computers neergezet. Tweedehands gekregen van mijn buurman die werkzaam is in de ICT. Zijn ze lekker aan het computeren. Zo rustig. Via een ingenieus systeem betalen ze met muntgeld voor het gebruik van de pc. Voor niks gaat de zon op, en ze leren nog met geld om te gaan.

Mantelzorgers, burens en vrienden brengen wij in kaart. Die kunnen nog veel betekenen voor de oudere. Wij vinden dat zij nog verantwoordelijk zijn voor vader, moeder, neef, buurman of wat dies meer zij. In goede en slechte tijden. Via technologie – videocommunicatie – kunnen ze hulp op afstand bieden. Daarbij gaat het ook om op afstandbedienbare functies, zoals het openen van deuren. We raden aan om de luxe uitvoering te kiezen. Die is wel duurder, maar dan heb je ook iets. De buurman, mantelzorg, familielid of vriend kan met een beweegbare camera en beeldscherm in elke ruimte hun dierbare volgen. Zij zien dat we niet altijd de adequate zorg kunnen bieden die de bewoners nodig hebben. Geen nood. Wij merken dat ze nu vaker komen om bij te springen. Dat is pure winst, waardoor we geen problemen kennen met de personeelsbezetting.

Neem nou onderhoudscontracten. Je kunt ze afsluiten voor tilliften, bedden, bedhekken, matrassen en fixatiemateriaal en noem de hele rimram maar op. Niet nodig. Dat doet de zwager voor me. Is er een storinkie dan komt hij 's avonds en of het weekend.

In de hal staat een zelfgemaakte automatiek. De eerlijkheid biedt me te zeggen dat mijn zwager een handje meegeholpen heeft. Bewoners kunnen spullen kopen zoals pantoffels, snoepgoed, brillen en steunkousen. Een deel van de opbrengsten vloeit zoveel mogelijk terug naar de organisatie. Ik heb ook zo mijn onkosten.

Ik ben klaar voor de toekomst. Nee, de toekomst is vandaag. Beter gezegd al geweest, en daar ben ik klaar voor.

Met veel toewijding,

**BERTRAM CONCRELIT, LEIDINGGEVENDE VERPLEEGHUIS NIEUWE STIJL**

## BIJLAGE 1 LITERATUUR

- Actiz, *Zorg op afstand dichterbij*. Utrecht 2007
- Ansoff, I. in M. Godet, *Scenarios and strategic management*, Butterworths, London 1987
- Bierhoff, I. *Beeldcommunicatie en cameratoezicht in de zorg*, Digital Life Laboratory Almere, 2006
- Bierhoff, I. *Acceptatie van camera's in de woonomgeving*, Digital Life Centre, 2007
- Borghuis, I., *Zorg op afstand*. In: HMF-themanummer arbeid en technologie 2007/4
- Bouwcollege, *Cahier Domotica – Tips voor zorginstellingen*, 2006
- Boxtel, R. van, *Het experiment voorbij. Toekomstvisie op structurele financiering*. In: HMF themanummer arbeid en technologie 2007/4
- Futurist, *Outlook 2008, more than 70 forecasts for 2008 and beyond*. 2007
- Ham, M. *Zorg voor techniek*. Interview met Anton Westerlaken, 's Heeren Loo Zorggroep. In: HMF themanummer arbeid en technologie 2007/4
- Kammen, J. van, *Zorgtechnologie kansen voor innovatie en gebruik*. STT 66, 2002
- Leliefeld, H., *De arbeidsmarkt blijft moeilijk te voorspellen*. In: HMF-themanummer arbeidsmarkt 2007/1
- Ministerie van VWS, *arbeidsmarktbrief 2007*. Den Haag 2007
- Ministerie van VWS, *Niet van later zorg*. Den Haag 2007
- Mutsaers, H.P.M. *Technologie aan het werk*. In: HMF themanummer arbeid en technologie 2007/4
- Nivel, *Patient adherence to medical treatment: a meta review*. Utrecht 2006
- NZA, *Derde evaluatie experiment met steunkousmiddelen*. Utrecht 2007
- Pearson, I., *2005 BT Technology Timeline*, 2006
- Prismant, *De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007–2011*. Utrecht 2007
- Prismant, *De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen 2004–2008*. Utrecht 2005
- Putters, K. cs, *Vertrouwen voor en door innovatie, over de noodzaak van checks en balances bij vernieuwingsprocessen in de zorg*, Tilburgse school voor politiek en bestuur, 2006
- RIVM, *Zorg voor gezondheid*. VTV Bilthoven 2006
- RVZ, *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Den Haag 2006
- RVZ, *Arbeidsmarkt en zorgvraag, achtergrondstudies*. Den Haag 2006
- RVZ, *Weten wat we doen; verspreiding en innovaties in de zorg*. Zoetermeer 2005
- SCP, *Jaarboek ICT en samenleving*. Den Haag 2007
- SER: *voorkomen arbeidsmarktknelpunten in de collectieve sector* Den Haag 2006
- SER: *welvaartsgroei door en voor iedereen* Den Haag 2006
- Sneller Beter: *de logistiek in de zorg* 2004
- Sneller Beter: *de veiligheid in de zorg* 2004
- Sneller Beter: *innovatie en ICT in de curatieve zorg* 2006
- Sneller Beter: *rekenschap en transparantie in de zorg* 2005
- Sociaal en Cultureel Planbureau *Mantelzorg in getallen*, 2003.
- STG/HMF *Medische zorg in de ouderenzorg*. Leiden 2007
- STG/HMF *Hart voor preventie*. Leiden 2006
- STG/HMF *Toekomstagenda dementie*. Leiden 2005
- TNO Kwaliteit van Leven, *Maatschappelijke relevantie van medische hulpmiddelen*. Leiden 2007
- Veen, W., *2020 Visions, Wim Veen's projection*. Delft 2005
- Vianen, G., *Beleidsinjectie. Toekomst van het vaccinatiebeleid*. In: HMF 2007/3
- Waarde, H. van; M. Wijntjes: *De toekomst van kleinschalig wonen van mensen met dementie* 2006
- Willems, Ch. G., *De toepassing van domotica in de zorg anno 2007, Hoe de kansen en mogelijkheden te benutten*. iRv. Hoensbroek 2007
- ZonMw, *Tussentijdse evaluatie Landelijk dementieprogramma*. Den Haag 2007
- Zorgvisie, *innovaties worden meetbaar* (juli 2007)

## BIJLAGE 2 DEELNEMERS PLENAIRE BIJEENKOMST 24 SEPTEMBER 2007

1. De heer mr. M.C. Alkemade MBA, Agis Zorgverzekeringen
2. Mevrouw mr. J.C.M. Ankoné, Redactieraad HMF
3. De heer H.J.C. Baaijens, Vereniging van Nederlandse Gemeenten
4. De heer drs. H. Bakkerode, Ministerie van VWS
5. De heer P. de Bekker, Ministerie van VWS
6. De heer drs. H.K. van der Beld, Twynstra Gudde
7. Mevrouw drs. M.H.P. Bögels, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
8. Mevrouw I. Borghuis, ActiZ
9. De heer J. Brink, KPN Hoofdkantoor
10. De heer F.W.A. Brom, Rathenau Instituut
11. De heer G. Bruijniks, Thuiszorg West-Brabant
12. De heer M.J.J. de Bruin, Bouman GGZ
13. Mevrouw M.J.C. Buijen, MA, Stichting Symfora Groep
14. Mevrouw drs. H.M.E. Cliteur, CG-Raad
15. Mevrouw H.M. Dahlhaus, Ministerie van VWS
16. De heer mr. W. Davidse, arts, TNO Kwaliteit van Leven
17. De heer drs. B.R. de Dood, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
18. De heer J.A. Doornenbal, Randstad
19. De heer drs. L. Douma, Pfizer b.v
20. De heer R. van Duuren, Berenschot Gezondheidszorg
21. Mevrouw M. Elte-Kreps, Medisch Centrum Boerhaave
22. De heer drs. R.M.M. Fonville, Philips Medical Systems Nederland B.V.
23. De heer drs. B. van Gent MHA, C3 adviseurs en managers
24. De heer J.M.M. de Gouw, GGD Hollands Midden
25. De heer D. Greijdanus, Imtech Care & Cure
26. De heer W.J. de Haan MBA, BMC
27. De heer R. Hassefras, Zorginstellingen Pieter van Foreest
28. Mevrouw F. van der Heide, Vilans - Kennisinstituut Langdurige Zorg
29. De heer dr. N.S. Hekster, IBM Nederland
30. De heer drs. J.G.M. Hendriks, Stichting Bronovo - NEBO
31. Mevrouw drs. G.M. van Heteren, MD (*middagvoorzitter*)
32. Mevrouw Y.G. Hiemstra, Mezzo
33. De heer J.H.J. Hofsté, Mezzo
34. Mevrouw J. Huibregtsen, GGD Rotterdam-Rijnmond
35. De heer E. Janssen, Tele2 Zakelijk
36. De heer M. de Jong, CC Zorgadviseurs
37. De heer R. Jongen, Careyn
38. Mevrouw O. van Kalles, Provincie Utrecht
39. Mevrouw M.C. Ketting, the Health Agency
40. De heer ing. L.H.M. Knaven, FHI Federatie van technologie branches
41. Mevrouw dr. H.S.M. Kort, Hogeschool Utrecht
42. De heer drs. J.H. Kroes, Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid
43. De heer drs. P. Kruithof, Ministerie van VWS
44. De heer K. Kuilman, BMC
45. De heer H. van Laarhoven, Stichting Bloedlink
46. Mevrouw ir. A.M. Laeven MPM, Berenschot Gezondheidszorg
47. Mevrouw B. Langkemper-van Keulen, WoonZorgcentrum Veenhage (Pieter van Foreest)
48. De heer drs. L.G. van der Lelie, Schering-Plough BV
49. De heer E. van Leussen, Achmea Zorg
50. Mevrouw drs. B.A. van der Linden, ZonMw
51. Mevrouw dr. C.M.H.B. Lucas, Alatus/Rijnland Ziekenhuis
52. Mevrouw I. Lukkien, FunktieMediair
53. De heer drs. J.D. Martina, Groot Klimmendaal
54. De heer drs. R.F. Mouton MPH, De Open Ankh
55. De heer drs. H. Nienhuis, arts, Menzis
56. Mevrouw A. Noordeloos, Orbis Thuiszorg
57. De heer B. de Paauw, Stichting Philadelphia Zorg
58. De heer J. Pepers, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

59. Mevrouw M.M. Petri MSc, Ministerie van Economische Zaken
60. De heer A.G. Pomp, Ministerie van VWS
61. De heer drs. E.P. Poortvliet, Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
62. Mevrouw mr. G.P.M. Raas, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (*spreker*)
63. Mevrouw S. van Ravenszwaaij, Tele2 Zakelijk
64. De heer G.C. Reeser
65. Mevrouw drs. J.A. Riteco, Revalidatie Nederland
66. De heer drs. P.M. de Rooij, Delta Lloyd Zorg
67. De heer mr. R.A. van Run, NEFEMED
68. De heer R. Salden, Tele2 Zakelijk
69. Mevrouw Y. Schikhof, Hogeschool Rotterdam
70. De heer mr. R.F. Schreuder, Centrum Beleidsontwikkeling Gezondheidszorg
71. De heer L.J. Simon, ActiZ
72. De heer J.F. Sijstermans, Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid
73. De heer dr. P. Smit, Philips Medical Systems
74. Mevrouw M.J. Smits, ActiZ
75. Mevrouw E. van Soelen, NU '91
76. De heer drs. E. Stigter, Mercuri Urval
77. Mevrouw S.B. Stilling, Thuiszorg West-Brabant
78. De heer I.C. Thepass, Stichting Laurens
79. Mevrouw D. Tjalsma, NPCF
80. De heer drs. Th.W. van Uum, Ministerie van VWS
81. De heer F. Vijg, Meavita Nederland
82. De heer H. Vishnudatt, AVICEN
83. De heer A. Visser, DiabetesVereniging Nederland
84. De heer S. Visser, ActiZ
85. De heer R.G. de Vries, Zorginstellingen Pieter van Foreest
86. Mevrouw drs. H.W.A. Wams, Nederlands Paramedisch Instituut
87. De heer M.J.M.F. Westerterp MBA, Leeuwendaal Advies
88. De heer C.G. Willems, IRV
89. De heer dr. R.H. Wimmers, Nederlandse Hartstichting
90. Mevrouw drs. M.E. Ypma, Ministerie van VWS

*STG/Health Management Forum:*

Mevrouw mr. A. Goris MBA

Mevrouw E.J.F. Hazelhoff

De heer drs. H.P.M. Mutsaers

Mevrouw dr. G.J. Vianen-de Mooij

### **BIJLAGE 3    GERAADPLEEGDE PERSONEN**

Mevrouw I. Borghuis, Actiz  
Mevrouw drs. E. Dahlhaus, Ministerie van VWS  
De heer dr. N. S. Hekster, IBM  
Mevrouw Y. Hiemstra, Mezzo  
De heer M. de Jong, CC Zorgadviseurs  
De heer M. Jurgens, Innovatieplatform  
Mevrouw M. Ketting, The Health Agency  
De heer P. Kruithof, Ministerie van VWS  
Mevrouw ir. A.M. Laeven MPM, Berenschot Gezondheidszorg  
De heer E. van Leussen, Achmea  
De heer J. Martina, Groot Klimmendaal  
Mevrouw drs. J.H.C.M. Meerveld, Alzheimer Nederland  
Mevrouw dr. A. Pietersen, Zonmw  
De heer drs. A.G. Pomp, Ministerie van VWS  
De heer mr. R.A. van Run, NEFEMED  
De heer drs. C.M.A. van der Togt, Osiragroep  
De heer R. Salden, Tele2  
Mevrouw drs. M. Smit, TNO  
Mevrouw J. Storm, Mark en Maas  
Mevrouw drs. H.W.A. Wams, Nederlands Paramedisch Instituut  
De heer dr. R. Wimmers, Nederlandse Hartstichting  
De heer M. Westerterp, Leeuwendaal advies  
Mevrouw drs. M.E. Ypma, Ministerie van VWS

## BIJLAGE 4 GOEDE DINGEN GOED DOEN, EEN VERKENNING

Er is een verkenning uitgevoerd om 'goede dingen' op het spoor te komen. Die 'goede dingen' zijn voorbeelden van arbeidsbesparende technologieën die 40% arbeid besparen ten opzichte van de werkprocessen waar zij voor in de plaats komen, of die 40% van de zorgvraag weten uit te stellen. Het gaat ook over de doorlooptijd van het implementeren van innovaties: dat moet in vijf jaar gedaan kunnen worden.

In hoofdstuk 4 staan de voorbeelden die een belangrijke rol hebben in het totale rapport. Deze bijlage gaat in op overige voorbeelden. Hoeveel procent arbeidsbesparing die kunnen opleveren, is meestal niet bekend. Wel is te zien dat er veelbelovende voorbeelden tussen zitten.

### *Communicatie met familieleden*

*Care and connect* is een voorbeeld van arbeidsbesparende communicatietechnologie afkomstig uit de sector verstandelijk gehandicapten. Cliënten hebben een eigen website waarop (ook) V&V-ers informatie zetten. De arbeidsbesparing zit erin dat verzorgers vaak te maken hebben met familieleden die willen weten hoe het gaat en met kleine en grote informatievragen doorlopend contact willen opnemen. *Care and connect* biedt verzorgenden bescherming tegen overvraging. De verzorgende kan nu zelf bepalen op welk moment een nieuw bericht op de site komt en dat is dan een eenduidig bericht dat naar alle geïnteresseerden gaat. Zo kan (een deel van de) informatievoorziening aan familieleden en ook vrienden van patiënten gekanaliseerd worden en zorgvuldig plaatsvinden.

**Score op percentage arbeidsbesparing: niet bekend.**

**Score vijf jaar: kan overal ingevoerd zijn.**

### *Trouw aan richtlijnen*

Geautomatiseerde protocollen ter ondersteuning van professionals bestaan, maar worden te weinig gebruikt. Redenen: zorginhoudelijke standaarden ontbreken en artsen zijn autonoom in wat ze voorschrijven. Ook eenheid van taal over zorginhoudelijke informatie ontbreekt. De richtlijntrouw kan worden gestimuleerd door in het digitale patiëntendossier prestatie-indicatoren in te bouwen.

### *Therapietrouw*

Veel gezondheid is te winnen met terapietrouw: het innemen van medicatie volgens het voorschrift van de arts. Gewonnen gezondheid betekent een afnemende zorgvraag. Er lopen diverse programma's die daarop inspelen. Sommige van deze programma's zijn ondersteund met technologie, bijvoorbeeld elektronische monitoring van medicatie (ook wel MEMS, *Medication Event Monitoring Systems*). Enkele van deze systemen zijn al in de markt, maar ze kennen belangrijke problemen: ze zijn duur, niet altijd toepasbaar, soms niet flexibel genoeg (bijvoorbeeld beperkte mogelijkheid tot instellen/wijzigen van innametijden) en een beperkte acceptatie door de patiënt.

Het gaat niet goed met de terapietrouw. Het Nivel constateert in 2006 in een onderzoek over terapietrouw dat de belangrijkste vragen nog steeds onbeantwoord zijn: 'waar komt het door?', 'waarom is het zo moeilijk voor patiënten om hun medicatie in te nemen zoals voorgeschreven?' en 'waarom zijn de effecten van de terapietrouwbevorderende programma's zo teleurstellend?' Het onderzoek zit op dood spoor.<sup>48</sup>

We doen de dingen niet goed als we het zouden laten zitten bij de conclusie van het Nivel. De inzet van technologie, van gepersonaliseerde internetpagina's, sms-jes en andere attenderingen zijn de nieuwe oplossingen. Nieuwe, slimmere toedieningsvormen van medicijnen omzeilen de ontrouwe of slordige patiënt en V&V-er.

**Score op vijf jaar: geen score te geven;**

---

<sup>48</sup> Nivel, Patient adherence to medical treatment: a meta review. Utrecht 2006, pagina 6



Voorts: de meting van het Nivel zien als nulmeting en veel onderzoek richten op oplossingen van het probleem.

#### *Websites, zelfonderzoek en communicatie*

Informatisering is een trend. Het aanbod aan informatie is groot, en loopt ook steeds vaker via nieuwe technologieën. Steeds meer patiënten informeren zich via internet en andere bronnen voordat ze naar de zorgverlener stappen. Maar niet alle informatie is betrouwbaar of van toepassing. Bangmakerij is contraproductief. Wel productief is informatie verstrekken die patiënten stimuleert om zelf alles te doen om beter te worden of de ziekte niet te laten verslechteren.

Waar patiënten steeds meer worden aangesproken als *prosumers* met (mede)verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, sluit de industrie aan met steeds meer instrumenten voor zelfonderzoek. Deze zijn niet altijd met en door patiënten zelf getoetst op gebruikersvriendelijkheid en/of betrouwbaarheid, of goedgekeurd door de medische beroepsgroepen. Patiëntenverenigingen en verzekeraars hebben een belangrijke taak in het wegwijs maken van zorgconsumenten in de wereld van de gezondheidstests. Het is een mondiale groeimarkt, die kansen voor arbeidsbesparing in zich draagt. Dit is echter wel afhankelijk van de mate waarin patiënten houvast kunnen vinden ten aanzien van de betrouwbaarheid van zulke instrumenten. Waar men vertrouwt op onbetrouwbare instrumenten, is immers ook 'meer werk' voor zorgwerkers voorstelbaar. Een vermelding op de eigen website van relevante patiëntenorganisaties naar betrouwbare tests dan wel een keurmerk kan behulpzaam zijn.

Naast industrie zijn ook verschillende zorgaanbieders betrokken bij het aanbieden van diagnostische instrumenten op internet. De instrumenten blijken aantrekkelijk voor een groep zorgvragers die eerder niet of minder goed bereikt werd. Ook zorgprofessionals kunnen het werken met deze nieuwe instrumenten soms zeer waarderen, blijkt in de verslavingszorg. Wat werkt in de verslavingszorg, zou mogelijk ook positieve effecten kunnen hebben in de dementiezorg. Schaamte en onzekerheid over het optreden van een ziekte komen bij beide groepen zorgvragers en familieleden voor.

Informatievoorziening via websites is snel gegroeid en breed aanvaard, zeker wat gezondheidsinformatie betreft. Op dit terrein zijn snel veel partijen actief geworden, zodanig dat er behoefte kwam aan ordening en inhoudelijke weging van de aangeboden informatie. Patiëntenorganisaties en overheden, maar ook verzekeraars, industrie en aanbieders spreken nu over het belang van objectieve en betrouwbare informatie op het internet en diverse initiatieven pogen hier een standaard in te stellen. Industrie, en sinds de invoering van marktwerking ook verzekeraars en aanbieders, zien websites als een manier om zich te profileren en de klant aan zich te binden. Patiëntenorganisaties en overheid reageren op deze *push-factor*.

Het aanbieden en zoeken van gezondheidsinformatie via internet wint aan belang. Nog niet vastgesteld is in hoeverre patiënten beter geïnformeerd over hun gezondheidstoestand op het spreekuur bij de (huis)arts komen. Wel worden informatievaardigheden, zoals het kunnen beoordelen van informatie op kwaliteit en relevantie, belangrijker nu de toegang tot internet 'gewoner' is geworden.<sup>49</sup>

Wat zijn de oorzaken dat gezondheidsites op internet een steeds groter publiek krijgen? Er is een grote behoefte aan gezondheidsinformatie. Die behoefte moet bovendien meetbaar zijn en aantoonbaar via hits op een site. Die moet eenvoudig kunnen leiden tot het daadwerkelijk vinden van inhoudelijke informatie over gezondheid. Van de factoren

<sup>49</sup> Uit: *Jaarboek ICT en Samenleving: Gewoon Digitaal*; persbericht SCP 2006

die de RVZ noemt, lijkt de maatschappelijke en politieke tijdgeest een grote rol te spelen.<sup>50</sup>

**Score op arbeidsbesparing: geen harde gegevens over gevonden.**

**Score op vijf jaar: elke vernieuwing is ruim binnen vijf jaar alomtegenwoordig**

*Bouw (onder andere ten behoeve van intramurale voorzieningen)<sup>51</sup>*

De RVZ geeft het in de achtergrondstudie voor het rapport Arbeidsmarkt en zorgvraag al aan: ruimtes waar zorg verleend wordt, kunnen zo gebouwd worden dat men met 11% minder V&V-arbeidsuren dezelfde kwantiteit en kwaliteit van zorg kan bieden. Een van de mogelijkheden is dat gemoedstoestand-beïnvloedende factoren ingezet kunnen worden om onrust van patiënten te dempen en zo zorgvraag te voorkomen of uit te stellen.

Onderzoek heeft uitgewezen dat door speciale verlichting voor dementerenden de cognitie verbetert en de nachtelijke onrust kan worden tegengegaan. Deze onrust betekent grote belasting van de (mantel)zorg en wordt veroorzaakt door een verstoorde biologische klok die voor een belangrijk deel wordt aangestuurd door licht dat in de ogen valt.<sup>52</sup> In de groepswoningen van het Leo Polakhuis wordt gebruik gemaakt van dit effect; oriëntatieverlichting en automatische verlichting schijnt daar waar gewenst. Zo'n voorbeeld laat zien wat de gebouwde omgeving kan betekenen voor de kwaliteit van leven van patiënten.<sup>53</sup>

Een zorggebouw gaat zestig jaar mee en een eerste grondige verbouwing na de initiële bouw is pas na dertig jaar. Bij gevolg duurt het een behoorlijke tijd totdat elk zorggebouw zodanig herbouwd of grondig gerenoveerd is, dat arbeidsbesparende technologie ingebouwd kan worden zonder extra kosten.

**Score op arbeidsbesparing: 11% is maximaal haalbaar.**

**Score op vijf jaar: 17% van de gebouwen is dan pas verbouwd/nieuwbouw.**

#### *Domotica*

Technologie thuis die dienstig kan zijn aan de gezondheid van de patiënt die zo lang mogelijk thuis wil (of moet) blijven wonen, is domotica.<sup>54</sup> Dit kan voor patiënten met dementie dan wel hart&vaatziekten van nut zijn. Voorbeelden van het huidige gebruik van domotica zijn alarmering (brand, personen, dwaalgedrag en dergelijke), bediening op afstand (verlichting, deuren, communicatieapparatuur enzovoort), videocommunicatie en andere data-uitwisseling in het kader van zorg thuis. De ontwikkeling van therapeutische, diagnostische en preventieve handelingen maakt meer gerichte behandelwijzen in de zorg mogelijk en maakt dat dit ook te combineren is met zwaardere zorgarrangementen aan huis.

Domotica wordt nog geassocieerd met technische snufjes voor meer wooncomfort voor ouderen met een ruime beurs. Deze associaties zijn achterhaald. Domotica moet worden bekeken als een randvoorwaarde waardoor de kwaliteit van de basiszorg overeind kan blijven bij een toenemende vraag en een geringer arbeidsaanbod. De domoticoepassingen die zorgvraag uitstellen zijn bijvoorbeeld een slimmere ondersteuning van therapietrouw, gemakkelijker toegang tot gepersonaliseerde

<sup>50</sup> RVZ, *Weten wat we doen; verspreiding en innovaties in de zorg*. Zoetermeer 2005

<sup>51</sup> RVZ, *Arbeidsmarkt en zorgvraag, achtergrondstudies*. Den Haag 2006

<sup>52</sup> Vilans Factsheet Licht voor ouderen en mensen met dementie 2007 <http://www.kenniscentrum-ouderen.nl/smartsite.dws?ch=&id=45786>

<sup>53</sup> Bouwcollege 2006.

<sup>54</sup> zie: [www.domoticawonenzorg.nl](http://www.domoticawonenzorg.nl). De website is bedoeld voor zorgaanbieders voor ouderen, gehandicapten, thuiszorginstellingen, woningaanbieders, consumentenorganisaties en overheden.

informatie en geïntegreerde beeld/spraakverbindingen. Domotica geeft een integratieplatform voor arbeidsbesparende technologie.

Niet altijd leidt de invoering van technologie in het primaire zorgproces tot arbeidsbesparing. Er zijn videosystemen (beeld/spraakverbinding) in gebruik die leiden tot een verhoogde zorgvraag van de patiënten die aangesloten zijn op een videonetwerk, en daarmee tot meer werk bij de zorgaanbieders in plaats van minder. Zorgvragers ervaren de communicatietechnologie als een goede aanvulling op het huidige zorgaanbod.<sup>55</sup> Zij zien het als kwaliteitsverbetering, en de zorgmedewerkers blijkbaar ook. Misschien is algehele robotisering van de beeld/spraakverbinding (vergelijkbaar met een stemcomputer) met een achtereenvolgende voor noodgevallen de betere oplossing.

**Score op arbeidsbesparing: onbekend.**

**Score op vijf jaar: idem.**

#### *Medische hulpmiddelen*

Voor de komende 15 jaar wordt een stijging van het gebruik van medische hulpmiddelen<sup>56</sup> verwacht in zowel de *cure* als de *care*. De industrie zet de komende 15 jaar meerdere technologische vernieuwingen in de etalage (nieuwe materialen, microsysteem- en nanotechnologie, intelligente labels voor verpakkingen). Zo wordt bijvoorbeeld verwacht dat een bredere verspreiding van *drug eluting stents* bij mensen met hart&vaatziekten de kans op herhaling ten gevolge van restenose aanzienlijk zal verminderen.<sup>57</sup>

#### *Van thuiszorg naar zelfzorg*

Een V&V-er heeft ook als taak de patiënt te begeleiden naar zelfmanagement, ofwel zelfzorg. In het geval van bijvoorbeeld algemene dagelijkse verrichtingen is zelf laten doen beter dan overnemen. Dat komt goed uit in een situatie met wachtlijsten en een groeiende zorgvraag. Patiënten die hun regie terugwillen, of mantelzorgers die dat samen met hun patiënt willen, kunnen daarin geholpen worden door technologie. Een handige mantelzorger moet met een tillift om kunnen gaan. Maar ook andere vormen van ondersteuning en uitleg aan mantelzorgers over technologische toepassingen in zorgarrangementen zijn heel belangrijk. Van de mensen met dementie in Nederland woont 65% in 2007 thuis en het is de verwachting dat mantelzorgers ook in de toekomst de meeste zorg aan deze patiëntengroep blijven geven.

Zelfmanagement bij patiënten zullen we meer gaan zien, vooral rond hart&vaatziekten. Dan gaat het erom dat patiënten professionele zorg een zo gering mogelijk aandeel willen geven in hun leven. Dat kan de kwaliteit van leven ten goede komen.

Die overdracht van thuiszorg naar zelfzorg gaat niet vanzelf. Er is een financieel belang bij de thuiszorg om niet meteen mee te gaan met zo'n overdracht, behalve natuurlijk als er zodoende een andere patiënt van een wachtlijst af kan.

**Score op arbeidsbesparing: onbekend.**

**Score op vijf jaar: veel belemmeringen zullen weggenomen zijn.**

#### *Gepersonaliseerde informatie*

Gepersonaliseerde ondersteuning op internet geeft de patiënt informatie die toegespitst is op zijn eigen specifieke situatie, in tegenstelling tot de huidige overvloed aan informatie. Waar deze ondersteuningsvormen worden aangeboden, is te zien dat patiënten goed in staat zijn om 'regie te nemen voor de eigen gezondheid en een

---

<sup>55</sup> Ilse Bierhoff, *Beeldcommunicatie en cameratoezicht in de zorg*, 2006

<sup>56</sup> Voor de twee patiëntengroepen die we hier bespreken gaat het bijvoorbeeld om hartkleppen, pacemakers, stents, wondbehandeling (decubitus) en incontinentiemateriaal.

<sup>57</sup> TNO Kwaliteit van Leven, *Maatschappelijke relevantie van medische hulpmiddelen*. 2007, p. 46

autonome gesprekspartner kunnen zijn voor de behandelaar'.<sup>58</sup> Zo kunnen ook werkprocessen worden versneld en dus arbeidsuren bespaard. In tijden van arbeidskrapte moeten overheid en zorgaanbieders patiënten laten wennen aan zelfzorgmodules.

Uitrol van gepersonaliseerde informatie voor de patiënt via een persoonlijke website is een omvangrijk proces. *The Health Agency*, aanbieder van een informatiesysteem dat meerdere innovatieprijzen ontving, stuit hier en daar op weerstand ten opzichte van meer zelfzorg. De implementatie gaat gestaag, maar niet snel. Elke zorginstelling moet afzonderlijk gewonnen worden. Bestuurders en vervolgens ook de medische beroepsgroepen moeten meewerken, en dat kost tijd. Steeds meer zorginstellingen zien nut en noodzaak van meer autonomie van de patiënt, maar de eindbeslissing moet genomen worden in gezamenlijk overleg van bestuur en artsen. Ook al staat de Nederlands Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) als mede initiatiefnemer pal voor het product, nog niet alle relevante zorginstellingen doen mee. Waarom eigenlijk niet? Gaat het om verlies van macht (kennismonopolie), desinteresse, bejegening, te veel andere zaken aan het hoofd?

De vertaling van het *Infodoc* systeem naar nieuwe ziektegroepen neemt veel tijd. Inhoudelijke kennis en beschikbare technologie zitten in één hand; eerder genoemd bedrijf ontwikkelt de gepersonaliseerde, aan EPD gekoppelde voorlichting in samenwerking met verschillende categorale patiëntenorganisaties, verschillende medische beroepsgroepen enzovoort. Deze partijen hebben soms een andere kijk op nut en noodzaak van deze vormen van ondersteuning van patiënten en/of mantelzorgers. Welke patiënten- en wetenschappelijke verenigingen bereiden hun achterban al voor op een nieuwe werkelijkheid waarin zelfzorg en zelfmanagement gewoon wordt gevonden? Dringt de boodschap al in de brede patiëntenbeweging door? Is misschien de financiering een belemmering, of het feit dat in de zorg niemand 'de baas' is, waardoor er te veel sprake is van fragmentatie en tegengestelde belangen?

**Score op arbeidsbesparing:** 9% (zegt *The Health Agency*). *Er komen veel minder telefoontjes binnen, er is meer therapietrouw, patiënten zijn beter voorbereid op gesprekken.*

**Score op vijf jaar:** weinig van te zeggen.

#### *Steunkousen*

De verstrekking van hulpmiddelen voor het aan- en uittrekken van steunkousen zal spoedig in de Zorgverzekeringswet worden opgenomen, zo heeft de staatssecretaris van VWS in september 2007 aan de Tweede Kamer gemeld. Dat zal in de plaats komen van de veel duurdere thuiszorg. Staatssecretaris Bussemaker neemt daarmee een advies over van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Het gebruik is mogelijk zowel in de thuissituatie door de patiënt/mantelzorger/V&V-er, als door een V&V-er intramuraal. Al jaren zijn er geluiden dat de op de markt zijnde steunkousenaantrek machines *value for money* zijn. Toch duurde het een aanzienlijke tijd voordat de staatssecretaris besloot om het in het pakket op te nemen. En het is nog maar de vraag of de verspreiding nu snel zal gaan. Oorzaken? Weerstand uit de beroepsgroep/thuiszorgorganisaties ('We zitten niet op zo'n machine te wachten!'), onbekendheid bij klanten, geen financiering.

**Score op percentage arbeidsbesparing:** 100% als er geen V&V-er meer aan te pas komt.

**Score op vijf jaar:** algemeen gebruik van deze machine.

#### *Tillift*

De tillift verlicht het zware fysieke werk waar veel V&V-ers dagelijks mee te maken hebben. De arbeidsbesparing zit hier niet zozeer in sneller werken, maar in het langer

---

<sup>58</sup> Infodoc Voorlichting op Maat van *The Health Agency* won verschillende prijzen als systeem van gepersonaliseerde medische voorlichting en zelfmanagement. Het citaat is afkomstig uit het laatste juryrapport EPN/Nitel Telemedicine prijs 2007. Zo is er op het terrein van hart&vaatziekten een telemedicine trombose webomgeving gebouwd.

kunnen doorwerken van V&V-ers in de zorg. Toch zien menige V&V-ers niet graag dat een patiënt 'in de touwen' hangt en tillen ze liever zelf, ook al betekent het dat ze met versleten rug hun werk op te vroege leeftijd moeten verlaten. Zorg is emotie, en een tillift past niet in dat beeld. Met een te zware lichamelijke belasting verlaat de V&V-er snel de zorg. De emotie van de patiënt in de touwen moet weggestreept worden tegen de emotie van een versleten V&V-er. Je werkt hier veilig of je werkt hier niet, de Shell slogan lijkt hiervoor geschreven. Oorzaken liggen bij vaste patronen en aard van de zorgverlening.

**Score op arbeidsbesparing: 7 jaar langer in de zorg kunnen blijven werken, is 15%**

**Score op vijf jaar: de tillift is dan overal en wordt overal gebruikt.**

## **BIJLAGE 5**

### OVERZICHT DEELNEMERS IN HEALTH MANAGEMENT FORUM

#### **Zorginstellingen**

Albert Schweitzer Ziekenhuis  
Altrecht  
Amant  
Aveant  
AVICEN  
Bartiméus  
Bouman GGZ  
Bronovo - NEBO  
Carante Groep  
De Open Ankh  
Groene Hart Ziekenhuis  
Groot Klimmendaal  
's Heeren Loo  
Jeroen Bosch Ziekenhuis  
Medisch Centrum Alkmaar  
Medisch Centrum Boerhaave  
Nederlandse Rode Kruis  
Orbis Medisch en Zorgconcern  
PsyQ Regio Rijnmond/Parnassia Bavo Groep  
RIBW ZWWF  
Sint Maartenskliniek  
Stichting Groenhuysen  
Stichting de Hartekamp groep  
Stichting Icare  
Stichting Laurens  
Stichting Symfora Groep  
Thuiszorg Groningen  
Thuiszorg West-Brabant  
UMC St. Radboud  
Vierstroom  
Vlietland Ziekenhuis  
Westfriesgasthuis  
De Zonnehuisgroep  
Zorggroep Almere  
Zorggroep STR  
Zorginstellingen Pieter van Foreest  
Zozijn

#### **Overheden**

Ministerie van Economische Zaken  
Ministerie van VWS  
Provincie Noord Brabant

#### **Zorgverzekeraars**

Achmea Zorg  
Agis Zorgverzekeringen  
CZ/OZ Zorgverzekeringen  
Delta Lloyd/OHRA  
Fortis Ziektelkosten  
Menzis  
UVIT

**Patiënten/consumentenorganisaties**

CG-Raad  
Diabetesvereniging Nederland  
Huis voor de Zorg – Netwerk van Patiënten Consumenten Organisaties in Limburg  
Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)  
NPCF  
Per Saldo  
Stichting Bloedlink  
Zorgbelang Brabant Regio West

**Branche- en beroepsorganisaties**

ActiZ  
FHI Het Instrument  
GGD Nederland  
KNGF  
LVG  
NEFARMA  
NEFEMED  
NMT  
NVZ  
SAN  
STING  
VGN  
VNO-NCW  
V&VN  
Zorgverzekeraars Nederland

**Advies- en uitvoeringsorganen**

Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)  
College bouw zorginstellingen (Cbz)  
College voor Zorgverzekeringen (CVZ)  
RVZ

**Gezondheidsfondsen**

Aids Fonds – Soa Aids Nederland  
KWF Kankerbestrijding  
Nederlands Astma Fonds  
Nederlandse Hartstichting (NHS)

**Onderwijsinstellingen**

De Baak  
De Haagse Hogeschool Academie voor Gezondheid  
Hogeschool INHOLLAND  
Hogeschool Rotterdam/Transfergroep Rotterdam

**Industrie en dienstverlenende instellingen**

Astellas Pharma  
AstraZeneca  
Disk@d  
Getronics PinkRocade Healthcare  
GlaxoSmithKline  
Novo Nordisk Farma  
Nutricia Nederland BV  
Pfizer  
PGGM Pensioenfonds  
PharmaPartners BV

Philips Medical Systems Nederland  
Randstad Gezondheidszorg  
Roche Nederland  
sanofi-aventis  
Schering-Plough  
Tempo-Team Uitzendbureau  
Wyeth Pharmaceuticals

**Kennisinstituten/adviesbureaus**

BMC  
C3 Adviseurs en Managers  
CC Zorgadviseurs  
Deloitte  
Florence Nightingale Instituut  
FunktieMediair  
Galan Groep  
Leeuwendaal  
LEV  
Nederlands Paramedisch Instituut (NPI)  
PricewaterhouseCoopers  
TNO Kwaliteit van Leven  
Trimbos-instituut  
Twynstra Gudde  
Vilans  
ZonMw  
Zorg Consult Nederland



## BIJLAGE 6

### STG/HMF PUBLICATIES

- \* Toekomst vaccinaties in Nederland **2007**
- \* Medische ouderenzorg in de toekomst - Anticiperen op ziekte en welbevinden **2007**  
ISBN 978-90-75425-16-1
- \* Gezond ouder worden, deelrapportage 5:  
Signalement: Toekomstagenda innovatieve oncologische zorg in Nederland **2007**  
ISBN 978-90-75425-15-4
- \* Naar een volwaardige marktpositie van patiëntenorganisaties **2007**  
ISBN-13: 978-90-75425-14-7
- \* Marktgedrag en innovatie. Over de ruimte voor innovatie tussen samenwerking en concurrentie **2007**  
ISBN-13: 978-90-75425-13-0
- \* Taakherschikking in de neurologie – De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen **2006**  
ISBN-13: 978-90-75425-12-3
- \* Maatschappelijke participatie. Perspectieven voor de WMO. Drie toekomstscenario's – Bijlage bij RMO rapport 'Inhoud stuurt de beweging' **2006**  
ISBN-13: 978 90 6665 812 7
- \* Hart voor preventie – Een verkenning van preventie van chronische ziekten (Casus: Hart- en vaatziekten) **2006**  
ISBN-13 9789075425116
- \* Taakherschikking en taakverdeling in de huisartspraktijk. De taakverdeling tussen huisarts, praktijkassistente, praktijkondersteuner en nurse practitioner **2006**
- \* Van Zorg het Goede – Toekomstverkenning Gehandicaptenzorg **2006**
- \* Herwaardering Machtigingensysteem  
Resultaten van de gelijknamige projectgroep **2006**
- \* Gezond ouder worden; Deelrapportage 4 – Toekomstverkenning  
Patiëntenorganisaties **2005**  
ISBN-13: 9789075425109
- \* Taakherschikking in de oogzorg - De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen **2005**  
ISBN 90-75425-08-2
- \* Taakherschikking in de huisartsenzorg – De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen **2005**  
ISBN 90-75425-09-0
- \* Gezond ouder worden; Deelrapportage 3 – Toekomstagenda dementie **2005**  
ISBN-13: 9789075425079
- \* Jubileumpublicatie "Inspiratie voor de toekomst" **2005**  
ISBN 90-75425-06-6
- \* De expertise van koplopers **2005**  
Overdracht van 'best practices' in behoud van personeel in de zorgsector  
ISBN 90-808200-4-0
- \* Ruimte voor Jong Talent (v/m) **2005**  
ISBN 90-808200-3-2
- \* Gezond ouder worden; Deelrapportage 2 – Diabetes Mellitus **2005**  
ISBN 90-75425-05-8

Voor de volledige lijst en informatie over de wijze van bestellen, kijk op:  
[www.stg.nl/publicaties.htm](http://www.stg.nl/publicaties.htm)