

WHITEPAPER

# Tien punten voor betere zorg





# De visie van Morgens op betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve zorg

Betaalbare toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Dat is de uitdaging waar we op dit moment voor staan. De urgentie is duidelijk: de zorgvraag stijgt door de vergrijzing. Tegelijkertijd hebben we – door diezelfde vergrijzing – een groot tekort aan zorgprofessionals. Bovendien mogen de kosten voor zorg minder hard stijgen. Dat roept vragen op: is ons zorgstelsel op de lange termijn wel houdbaar? Moeten we op korte termijn investeringen doen – en welke? Waar halen we personeel vandaan?

Hieronder de oplossing van Morgens: tien punten voor betere zorg. Tien punten waarmee wij denken snel resultaat te boeken én de zorg blijvend te verbeteren. We gaan hierbij niet in op het wijzigen van het stelsel of de financiering, dat is op korte termijn simpelweg niet mogelijk. We kiezen voor praktische oplossingen die werken. Oplossingen waar we liever vandaag dan morgen mee aan de slag gaan.

## 1. Digitaliseer: omarm het principe 'digitaal, tenzij'

Digitalisering is niet het toverwoord dat alle problemen verhelpt. Het levert echter wél een (significante) bijdrage aan het verkleinen van de uitdagingen. Het leidende principe daarbij: 'Digitaal, tenzij'. De voorwaarde hiervoor is dat personeel voldoende geëquipeerd is om volledig digitaal te werken én dat patiënten voldoende digitaal vaardig zijn.

### Andere mindset

Dit principe betekent voor zorgaanbieders een totaal andere kijk op de organisatie en inrichting van zorg. Er zijn al veel stappen gezet in digitalisering: de analoge bestanden zijn digitaal gemaakt, foto's en documenten worden digitaal gebruikt, gegevens worden digitaal opgeslagen en uitgewisseld. Het is tijd om een volgende stap te zetten met:

- Niet het huidige analoge proces een-op-een te digitaliseren, maar deze kans te benutten om direct het proces efficiënter in te richten.
- Door zorgprofessionals goede afspraken te laten maken over de inzet van digitalisering in hun samenwerking wordt het potentieel pas echt benut. Door de winst voor de patiënt concreet te maken, ontstaat gedeelde urgentie om werkafspraken na te leven en te blijven verbeteren.
- Kijk naar nieuwe mogelijkheden die zonder digitalisering niet mogelijk waren. Thuismonitoring en vroegsignalering zijn hier goede voorbeelden van: met beperkte inzet van personeel werden veel meer patiënten geholpen. Dit is een verrijking van het zorgaanbod. Het is het meest waardevol als zorgaanbieders deze ontwikkelingen niet zelfstandig oppakken.

### Bij banken is het ook gelukt

Een vergelijking die bij digitalisering vaak wordt gemaakt: de bankensector. Jaren geleden hebben banken de stap gemaakt naar 'digitaal tenzij'. Bijna iedereen kan tegenwoordig digitaal zijn bankzaken regelen. Fysieke diensten zijn steeds meer aan het verdwijnen. Bankafschriften zijn er alleen nog maar digitaal, loketten sluiten, cheques

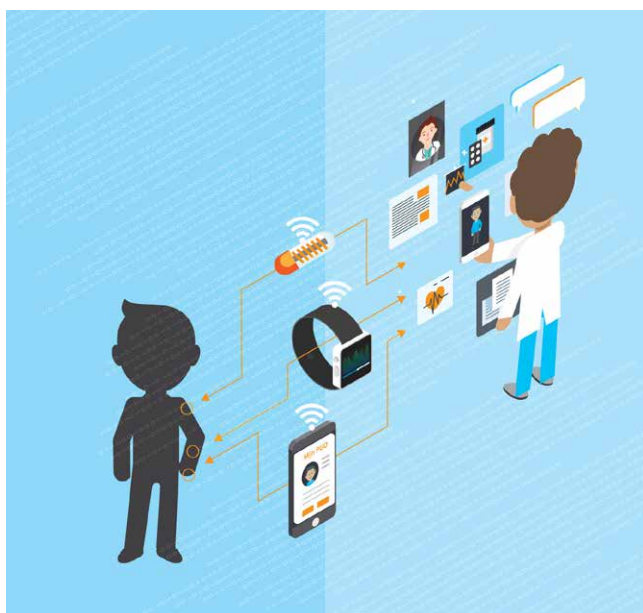


verzilveren kan niet meer, contact geld vermindert, adviesgesprekken gaan via beeldbellen.

### De 'tenzij' in dit principe

Natuurlijk zijn er altijd behandelingen en patiënten waarvoor dit principe niet passend is. Onze visie is om te focussen op waar dit wél mogelijk is. De zorg is digitaal, tenzij:

- Het niet anders kan, omdat er fysieke handelingen nodig zijn.
- Patiënten over te weinig digitale vaardigheden beschikken.
- Persoonlijk contact zwaarder weegt dan de voordelen van digitaal contact.



## 2. Vergroot de snelheid van innovatie in de zorg

Versnel de innovaties in de zorg. Niet door méér te doen, maar door het slimmer te organiseren. Innovaties zijn namelijk een voorwaarde voor het principe 'digitaal, tenzij'. Op dit moment zijn veel organisaties bezig met het uitvinden

van hetzelfde wiel. Daardoor gaat de noodzakelijke verandering te traag.

### Coördineer innovaties

Of het nou gaat om monitoring op afstand, gegevens-uitwisseling met collega zorginstellingen of de patiënt, predictive health of andere innovaties: veel organisaties in de zorg zijn met dezelfde ontwikkelingen bezig. Dat kost onnodig veel tijd en energie. We moeten af van het principe 'not invented here'. Een slimmere aanpak: coördineer en verdeel innovaties over het land. Het voordeel is dat alle kennis en expertise direct beschikbaar is, zodat andere zorgorganisatie het meteen kunnen toepassen.

### Voorbeelden van innovaties delen

Een goed voorbeeld is NAAST (dochteronderneming van Sensire): een Medisch Servicecentrum voor zorg op afstand. Zorgorganisaties kunnen hier gebruik van maken. Denk bijvoorbeeld aan [beeldzorg in de wijkverpleging](#). In één regio werkt dit goed. Opschalen naar andere regio's of zelfs landelijk niveau is technisch niet moeilijk. Toch zijn er in Nederland andere zorginstellingen bezig om een vergelijkbaar concept neer te zetten.

### Concrete adviezen

Verhoog de snelheid van innovaties door:

- Zorginnovaties te verdelen over zorgaanbieders of regio's.
- Ideeën meer uit te wisselen en gebruik te maken van wat op andere plekken is ontwikkeld.
- Zorgaanbieders belonen die innovaties delen.
- Zorgverzekeraars een actieve en stimulerende rol te laten spelen in uitwisseling van innovatie.



### 3. Verminder regels en bureaucratie

Zorgmedewerkers worden gek van administratie, regels en bureaucratie. Dit wordt voor een deel opgelegd vanuit overheden. Een andere oorzaak: eisen van wetenschappelijke beroepsverenigingen, organisaties van artsen, koepelorganisaties, ziekenhuizen of ouderenzorgorganisatie zelf.

#### Doel van vastlegging is onduidelijk

De hoeveelheid informatie die artsen moeten vastleggen is zorgwekkend. Dit is een combinatie van kwaliteits- en uitkomstregistraties en van procesindicatoren. Het is een keur aan gegevens die voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek nuttig zou kunnen zijn. Het is de vraag of we elke operatie, elke behandeling, elk patiëntcontact met zoveel detail moeten vastleggen en wat we daarmee bereiken. We zien daarnaast tijdelijke problemen in vastlegging, zoals de arts die informatie zowel in het elektronische patiëntendossier als de DICA-registratie (Dutch Institute for Clinical Auditing) moet noteren. Slimme koppelingen kunnen hier een einde aan maken. Toch is het nodig om meer te doen.

#### Kijk kritisch naar vastlegging

Bepaal welke gegevens nuttig zijn en waarde toevoegen: de gegevens die gebruikt worden om zorg beter te maken. Automatiseer dit zoveel mogelijk om te voorkomen dat medewerkers gegevens dubbel registreren. Bekijk daarnaast welke gegevens niet of nauwelijks (nog) door iemand gebruikt worden. Onze adviezen:

- Maak registraties tijdelijk: soms is het goed gegevens vast te leggen om te leren, om een bepaalde oorzaak van een probleem te achterhalen of om efficiënter te kunnen werken. Is het klaar? Stop dan met registreren.
- Voor een onderzoeksproject kun je gegevens tijdelijk vastleggen. Bovendien hoeft dat niet in alle ziekenhuizen tegelijk.
- Voorkom te veel registraties van procesindicatoren.

- Komt er een nieuwe registratie of regel bij? Schrap er dan één of twee.

### 4. Maak iedereen mantelzorg

Het uitbreiden van het aantal mantelzorgers kan helpen om de zorg te ondersteunen. Immers: het personeelstekort in de zorg zelf is niet oplosbaar. Digitaliseren helpt, maar neemt niet alle problemen weg. We moeten op een andere manier het aantal handen vergroten. "Iedereen is mantelzorg" is wat ons betreft een passend mantra. Zo is het veel logischer dat een buurvrouw voor iemand boodschappen doet dan dat een dochter of zoon daarvoor van ver moet komen.

#### Afnemend aantal mantelzorgers per oudere

De druk op de mantelzorg neemt enorm toe. De reden is dat het aantal mantelzorgers per oudere steeds verder afneemt. In 2020 waren er nog negen personen in de grootste groep potentiële mantelzorgers (leeftijdsklasse 50-64 jaar per 85-plusser). In 2040 daalt dit tot onder de vier (Volksgezondheid Toekomst Verkenning RIVM, 2018).



#### Maak iedereen mantelzorg

Wij pleiten ervoor om iedereen boven de achttien te stimuleren om een zorgrol op zich te nemen. Dit kun je stimuleren door mantelzorg te belonen. Op dit moment zijn mantelzorgers een beperkter groep. De percentages van



mantelzorgers (bron: SCP/CBS (IZG'14-'16):

- 60% is 50 – 74 jaar
- 28% is 18 – 49 jaar
- 12% is leeftijdsgenoot

### Kijk goed wie wat doet

Aan de ene kant hebben we dus méér mantelzorgers nodig. Daarnaast kunnen we mantelzorgers breder inzetten. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat mantelzorgers voorbehouden handelingen overnemen (handelingen die je alleen als deskundige mag verrichten). Toch zien wij wel ruimte om eenvoudige verrichtingen aan te leren. Denk daarbij aan het toedienen van oogdruppels of het aantrekken van steunkousen, dat nu door thuiszorgmedewerkers gedaan worden. Enkele VVT-instellingen in Maastricht passen deze aanpak al succesvol toe ([In Maastricht worden mantelzorgers ingezet om thuiszorg te verlichten](#), NOS, 22 december 2021).

## 5. Maak werk van schaalvergroting in de 1<sup>e</sup> lijn

De eerstelijns is de spil in de zorg. Om de rol van poortwachter in de toekomst te blijven vervullen, is het noodzakelijk dat huisartspraktijken meer samenwerken of kiezen voor schaalvergroting. Op die manier krijgt digitalisering, specialisatie én aandacht voor patiënten die het nodig hebben meer ruimte.

### Huisartspraktijk zijn te klein

Op dit moment zijn huisartspraktijken vaak te klein. Dit maakt het lastig om innovaties te absorberen, contacten met ziekenhuizen te onderhouden of om zorgtaken van anderen in de zorgketen over te nemen. Er zit een grens aan wat we kunnen vragen aan een individuele huisarts. Dat gaat van het contact met tien vakgroepen van het ziekenhuis voor betere diagnosestelling, het monitoren van specifieke patiënten en nazorg tot voldoende vakkennis van heel veel ziektebeelden.

### Samenwerking of schaalvergroting

Vergaande samenwerking of een grotere schaal van praktijken is nodig om dit financieel en veranderkundig voor elkaar te krijgen. Daarnaast helpt schaalvergroting bij de verdere specialisatie in de eerstelijns. Huisartsen specialiseren zich in een vakgebied of aandoening (ouderen, hart/ vaat, long et cetera). Deze specialisatie voorkomt dat huisartsen vastlopen in contacten met specialisten, bijvoorbeeld als het gaat om steeds weer andere zorg over te nemen of om de diagnosestelling op verschillende gebieden te veranderen.



### Digitalisering

Huisartsen hebben een belangrijke poortwachtersfunctie. Toch denken wij dat digitalisering nodig is om het aantal patiëntbezoeken te beperken. Alleen op die manier kunnen we de bevolkingsgroei én het afnemend aantal huisartsen verenigen. Vooral buiten de Randstad is dit een probleem: huisartsen die met pensioen gaan kunnen lastig een opvolger vinden. Bij punt 1 (digitaal, tenzij) lichtten we al een tipje van de sluier. Specifiek voor huisartsen gaat het bij digitalisering bijvoorbeeld om:

- Vragen aan de huisarts via de app of thuisarts.nl, zodat patiënten niet naar de praktijk gaan.
- De ontwikkeling van digitale praktijken: zoals bijvoorbeeld Arene online huisartsenpraktijk in Etten-Leur of DocLine in Utrecht.



- Verzamelen van patiëntinformatie via apps of wearables.
- Apps die zorgvragen van huisartsen opvangen (Quin).
- Digitale communicatie: video, mail, whatsapp.

Deze vormen van digitalisering zijn complex en vragen grote investeringen.

## 6. Lever minder zorg

We moeten minder zorg leveren. Dat doen we door minder te medicaliseren en ons meer te richten op het voorkomen van ziekten: aandacht voor leefstijl en rekening houden met wensen van patiënten. Kijk niet uitsluitend naar de ziekte of aandoening, maar beschouw de mens als geheel en zoom in op de individuele kwaliteit van leven. Hoe gezonder de bevolking, zowel mentaal als fysiek, hoe minder instroom.

### Meer aandacht voor leefstijl, preventie en positieve gezondheid

Als maatschappij is het belangrijk om oog te hebben voor beweging, gezond eten en de sociale context waarin mensen leven. Met andere woorden: een focus op leefstijl, preventie en positieve gezondheid ([www.iph.nl](http://www.iph.nl)). Zorgprofessionals spelen hier een grote rol in. Zij kunnen meer vanuit een holistische bril naar patiënten kijken. Niet: "What's the matter with you?". Maar: "What matters to you?". Zorgprofessionals hebben een coachende rol, kijken samen met de patiënt naar gezonde keuzes en stimuleren hen daarin. Dit gaat niet alleen over medische aspecten, maar ook over welzijn, sociale omstandigheden, leefstijl, hoe om te gaan met ziekte. Natuurlijk worden er nog steeds mensen ziek. Bespreek op dat moment hoe mensen de ziekte kunnen dragen.

### Zet in op Advanced Care Planning (ACP)

ACP gaat over keuzes en afwegingen vóór een behandeling of traject. Op die manier voorkom je uitkomsten die voor de patiënt niet wenselijk zijn. Hulp- of zorgverleners stellen bijvoorbeeld de vraag: hoe ver wil je gaan? Het is goed om hier maatschappelijk meer aandacht aan te besteden.

Bewustzijn over 'kwaliteit van leven' en eigen grenzen bevordert het nemen van de verantwoordelijkheid op de eigen gezondheid. Bovendien voorkomt dit het onbeperkt aanbieden van zorg die geen waarde toevoegt.

### Voorbeeld: transmurale ambulante zorgbrug

Een transmurale ambulante zorgbrug zorgt voor een zachte landing na Geriatrische revalidatiezorg. Hoe werkt het? Een multidisciplinair team komt bij ouderen thuis en brengt het systeem van de patiënt in kaart. De volgende stap is om maatwerk te leveren. Denk aan: aanpassingen in het huis, zorgen dat patiënten in beweging blijven, aandacht voor welzijn, voeding, vroeg signaleren van achteruitgang door het monitoren van vitale functies.

## 7. Accepteer kwaliteitsverlies in de zorg

Dit is wellicht de moeilijkste van onze tien punten. De realiteit is echter dat er simpelweg niet voldoende personeel is om aan de stijgende zorgvraag te voldoen. We ontkomen er niet aan om kwaliteitseisen naar beneden bij te stellen.

### Ideeën voor anders werken

We moeten op een andere manier het schaarse personeel inzetten. Dat kan bijvoorbeeld op de volgende manieren:

- Zijn er personeelstekorten op de IC? Dan kunnen we daar ook minder hoog opgeleide medewerkers inzetten. Tijdens de Covid-pandemie gebeurt dit al: ondersteunend personeel helpt met keren van patiënten en verpleegkundigen van andere afdelingen draaien diensten op de IC.
- Zijn er geen medewerkers beschikbaar die Nederlands spreken? Dan moeten we het doen met medewerkers die de taal minder goed beheersen.
- Is er te weinig personeel? Dan moeten we vol inzetten op de meest waarde toevoegende activiteiten voor de patiënt: de directe zorg (en niet de administratie).



### **Nieuwe regels en registraties zijn geen oplossing**

We moeten eerlijk zijn: bij kwaliteitsverlies gaan er zaken mis. Patiënten kunnen zieker worden of zelfs overlijden. En ja, dat zal op social media ongezellig zijn. We hebben sterke bestuurders en politici nodig die vertellen wat er gebeurt, waarom zaken fout gaan. We moeten vooral voorkomen dat we bij elk incident grijpen naar nieuwe regels, wetten aanpassen of registraties toevoegen. Want dat verergert de problemen, zoals we bij punt 3 aangaven. De ultieme vraag is of we in de toekomst, gezien de personele tekorten, het recht op zorg in de huidige vorm überhaupt in stand kunnen houden.

## **8. Zet alles op alles om personeel in de zorg te behouden**

We moeten voorkomen dat mensen de zorg verlaten. De voorwaarde is dat werken in de zorg aantrekkelijk is en blijft. Op dit moment is de uitstroom enorm. Een focus op meer opleiden helpt niet als de achterdeur open staat. Ook hierbij geldt dat niet slechts één interventie voldoende is om de uitdagingen aan te pakken.



### **Maak het carrièreperspectief interessanter**

Het perspectief is op dit moment beperkt, met name voor verpleegkundigen en verzorgenden. We kunnen het werk interessanter maken door verbreding van het vak. Een goed

voorbeeld is Duitsland, waar verpleegkundigen breder in de organisatie werken. Personeel draait daar niet altijd vast op één afdeling, maar werkt soms ook op andere afdelingen. Denk bijvoorbeeld aan een afwisseling tussen een aantal zware weken op de IC en minder belastend werk. Hierdoor is het werk voor mensen beter vol te houden en is het uitdagender door meer afwisseling.

### **Bied meer flexibiliteit**

Door flexibiliteit kunnen medewerkers het werk beter combineren met hun thuissituatie. Daarnaast gaat het vooral om flexibiliteit van de organisatie. Zo kun je denken aan het differentiëren van beloningen voor diensten. Of anders verwoord: betere betaling voor diensten die moeilijk in te vullen zijn. Ga in gesprek met deeltijdmedewerkers: onder welke voorwaarden willen jullie meer werken? Al langer is bekend dat een deel van de deeltijdmedewerkers wel meer willen werken. Het gesprek én de oplossing ontbreken echter. Een succesvol voorbeeld is hoe Thebe dit heeft aangepakt in het project '[het potentieel pakken](#)'.

## **9. Schaf organisaties af die geen waarde toevoegen**

In Nederland zijn heel veel organisaties bezig met zorg. In dit punt richten we ons op de organisaties die zelf geen directe zorg leveren. Ze maken, overigens vanuit de beste intenties, beleid en regels. Dit zorgt voor meer overleg, afstemming en coördinatie, ook voor zorgmedewerkers. Ons advies is om met een stofkam door dit woud aan organisaties te gaan met de vraag: wie voegt daadwerkelijk waarde toe? Verminder de administratie- en regeldruk.

### **Ruim tweehonderd organisaties**

En snelle optelsom leert ons dat er minimaal tweehonderd organisaties en verenigingen actief zijn in de zorg, waarschijnlijk ligt dit aantal nog een stuk hoger. Beroepsverenigingen, brancheorganisaties, wetenschappelijke verenigingen, verenigingen per aandoening (soms ook nog



per beroepsgroep), onderzoeksinstanties, toezichthouders en ga zo maar door.

### **Minder regels en bureaucratie**

Minder organisaties die zich bemoeien met de zorg betekent minder regels en bureaucratie. Hierdoor blijft er voor de zorgverleners meer tijd over om écht zorg te verlenen.

## **10. Regionaliseer de zorg**

Wij pleiten ervoor om het aantal zorgindelingen in Nederland te beperken. Met een eenduidige regio-indeling kunnen zorgaanbieders, gemeenten, welzijnsorganisaties en financiers beter samenwerken. Daarnaast kan soms natuurlijk landelijk worden samengewerkt, bijvoorbeeld als het gaat om oncologische netwerken of zeldzame aandoeningen.

### **Veel verschillende indelingen**

Er bestaan in Nederland allerlei zorg regio-indelingen: ROAZ indeling voor acute zorg, GGD/GHOR-regio's, provincies. Daarnaast werken zorgorganisaties soms samen met andere zorgaanbieders binnen deze regio-indelingen, maar soms ook met organisaties buiten deze indelingen om. Kortom: de eenduidigheid is ver te zoeken.

### **Eén indeling voor de juiste zorg**

De voordelen van een duidelijke regio-indeling waarin zorgaanbieders, gemeenten, welzijnsorganisaties en financiers samenwerken:

- Voorkomen dat mensen zorg nodig hebben, dus met elkaar investeren in welzijn, preventie en positieve gezondheid.
- De juiste zorgverlener biedt de juiste zorg op de meest kosteneffectieve manier.
- Belangen van inwoners en patiënten worden belangrijker dan het individuele organisatiebelang.

Het maakt ons niet daarbij uit welke regio-indeling wordt

gehanteerd, als het maar duidelijk is. Daarnaast moet er sprake zijn van één indeling (dus zowel voor ROAZ, GGD/GHOR, VNG, zorgverzekeraars et cetera).

### **Ontwikkel een regiovisie**

Maak per regio een visie. Daarin staat hoe de betrokken partijen de uitdagingen in de zorg aanpakken, wie daarin wat doet en hoe ze dat zo slim mogelijk doen. Let hierbij ook op de aspecten die een succesvolle samenwerking in de weg staan:

- Een veelvoud aan betrokken actoren.
- De grootste remmer bepaalt het tempo.
- De verschillen in implementatiekracht tussen ziekenhuizen, VVT-instellingen en andere organisaties.
- De complexiteit van het woud aan bestaande netwerken binnen de zorg.

Deze factoren kunnen in sommige gevallen de overhand krijgen. Met als gevolg dat waardevolle samenwerkingsverbanden vroegtijdig eindigen. Daarom is het noodzakelijk om hierbij ook een autoriteit te hebben die als het nodig is ook kan afdwingen dat partijen nader tot elkaar komen en slimmer, beter en effectiever samenwerken.





## Tot slot

Betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Dat is het doel van deze tien punten. Onze visie om de zorg op korte termijn beter te maken. Voor de lange termijn maakt het duidelijk welke keuzes we nu moeten maken en wat de

consequenties zijn. Hoe eerder we beginnen, hoe kleiner die consequenties zijn. Wat ons betreft gaan we niet morgen, maar vandaag al aan de slag. Bij Morgens zijn we ervan overtuigd dat het kan.

Wil je meer informatie, of heb je vragen over betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg? Neem dan contact op met Frank van Berkel of Herbert Fetter.



**Frank van Berkel**  
Partner bij Morgens  
[vanberkel@morgens.nl](mailto:vanberkel@morgens.nl)



**Herbert Fetter**  
Consultant bij Morgens  
[fetter@morgens.nl](mailto:fetter@morgens.nl)

**Morgens**  
Kanaalpark 140  
2321 JV LEIDEN  
071 - 3313 640

[www.morgens.nl](http://www.morgens.nl)