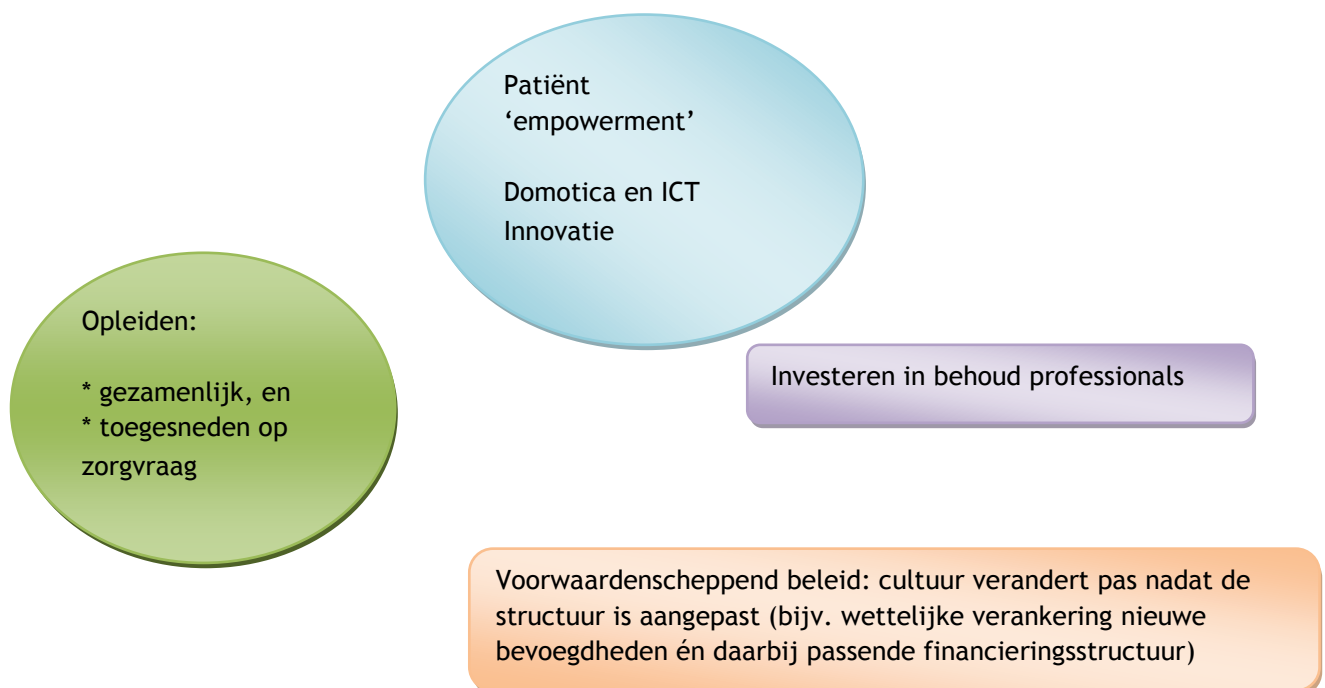


Versnellingskamer CBOG

30 juni 2010

Wat moet er gebeuren om structuur en samenhang van de beroepen
(in de gezondheidszorg) toekomstbestendig te maken?



1 Inhoudsopgave

1	Inhoudsopgave	2
2	Inleiding.....	3
2.1	Samenvatting versnellingskamer	3
2.2	Toekomst innovaties CBOG.....	6
3	Faalfactoren.....	8
3.1	Wat zijn de grootste faalfactoren op dit moment?	8
3.2	Ontdubbelen, bespreken en categoriseren faalfactoren	9
3.2.1	Cultuur	9
3.2.2	Imago & Salariering	9
3.2.3	Inrichting beroepenstelsel	9
3.2.4	Overig	10
3.2.5	Wet & Regelgeving	10
3.2.6	Financiering & Stelsel	10
3.3	Prioritering Cultuur.....	10
3.4	Prioritering Imago & Salariering	11
3.5	Prioritering Inrichting beroepenstelsel	11
3.6	Prioritering Overig.....	11
3.7	Prioritering Wet & regelgeving	12
3.8	Prioritering Financiering & Stelsel	12
4	Oplossingen.....	13
4.1	Wat zijn de meest effectieve oplossingen voor geschetste faalfactoren?	13
4.2	clusteren oplossingen	14
4.2.1	Wat zijn de meest effectieve oplossingen voor geschetste faalfactoren?	14
4.3	Prioriteren oplossingen	15
5	Sturingscriteria.....	18
5.1	Wat is er voor nodig om opleidingen aanbod toesnijden op zorgvraag te realiseren?	18
5.2	Wat is er voor nodig om het investeren in behoud van zorgprofessionals te realiseren?	18
5.3	Wat is er voor nodig om ICT en domotica oplossingen te realiseren?	18
5.4	Wat is er voor nodig om innovatie te realiseren?	19
5.5	Wat is er voor nodig om voorwaardenscheppend beleid te realiseren?	19
6	Bijlage 1: aanwezigelijst.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

2 Inleiding

Voor het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) is 2010 het jaar om de toekomst van het CBOG te definiëren en verder in te vullen. Het CBOG wil daarbij experts uit het veld betrekken. Om voor innoveren de richting wat scherper te kunnen definiëren werd op 30 juni 2010 een versnellingskamer gehouden. Hiermee kan ieders waardevolle input worden meegenomen en kan worden gekeken naar de belangrijkste richtingen om verder te gaan.

Het CBOG zelf heeft natuurlijk niet stil gezeten: bestuur en bureau hebben inmiddels een beeld gevormd van waar het CBOG in 2011 en verder op zou kunnen en ook op zou moeten richten. In deze inleiding volgt ook daar meer over. Eerst een samenvatting van de versnellingskamer op 30 juni 2010.

2.1 Samenvatting versnellingskamer

Een belangrijk proces voordeel van een versnellingskamer is dat twintig deelnemers een gelijkwaardige inbreng hebben in een leer- en ontwikkelproces. Eerst worden alle suggesties van de deelnemers verzameld (en geclusterd) om deze vervolgens aan de deelnemers te vragen wat het relatieve gewicht is van elk van de suggesties. Het materiaal is, met andere woorden, volstrekt afhankelijk van de inbreng van de aanwezigen. Soms kan dat nogal heterogeen zijn, en soms kan het betrekking hebben op een breder vraagstuk dan oorspronkelijk beoogd. Zo ook in dit geval. Terwijl de ontwerpers van de kamer strak gefocust waren op de beroepenstelsel, gingen de antwoorden soms een stap verder, namelijk naar de randvoorwaarden voor het functioneren van het stelsel van beroepen. Omdat de deelnemers de regie voeren, hebben we tijdens de versnellingsessie extra aanpassingen gedaan.

Centrale vraag tijdens deze versnellingskamer was:

Wat moet er gebeuren om structuur en samenhang van de beroepen (in de gezondheidszorg) toekomstbestendig te maken?

- a. welke zijn de belangrijkste faalfactoren? (ranking naar belang)
- b. welke zijn de belangrijkste oplossingsrichtingen? (ranking naar belang en haalbaarheid)
- c. wat zijn de beste sturingsmechanismen voor genoemde oplossingen?

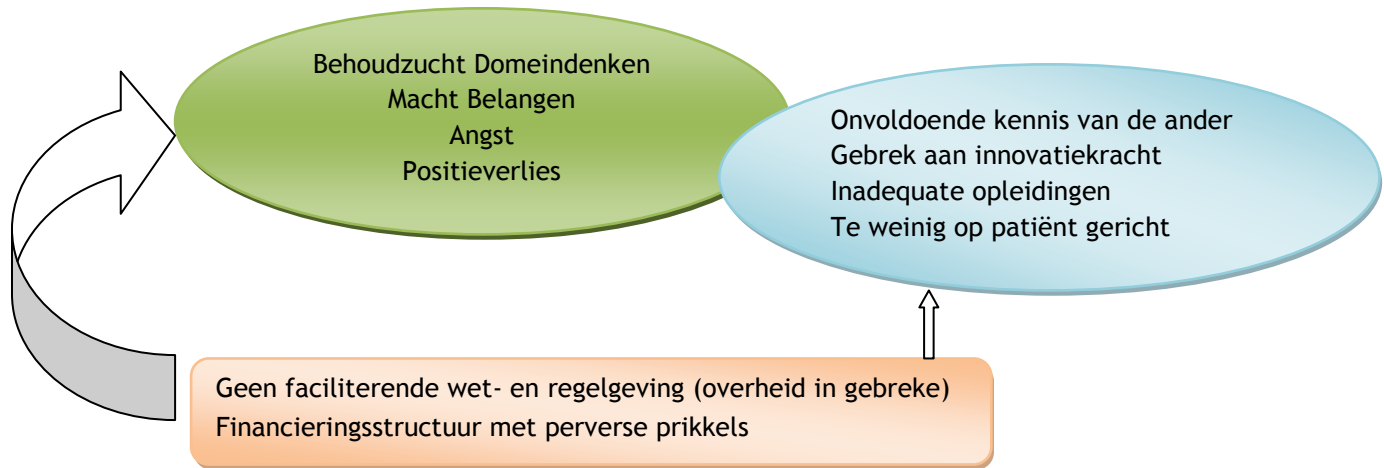
De twintig deelnemers waren afkomstig uit de medische en verpleegkundige sector, dan wel beleidsmatig betrokken bij het veld van de gezondheidszorg. Hoewel velen van hen posities bekleden binnen instellingen en brancheorganisaties, en van daaruit beschikken over een zekere mate van doorzettingsmacht, waren zij primair uitgenodigd op basis van hun expertise. Het gezelschap was noch in kwalitatieve noch in kwantitatieve zin representatief voor de sector maar het was deskundig op de langetermijn ontwikkelingen in de zorg. De uitkomsten zijn een krachtig signaal voor een ieder die nadenkt over de (on)mogelijkheden in de toekomst van de zorg.

Tijdens de sessie is er geen onderscheid gemaakt naar professionele achtergrond; in een gespecificeerde rapportage wel. Soms blijken er opmerkelijke verschillen tussen medici en, soms juist tussen beleidsmakers enerzijds en medici en verpleegkundigen anderzijds. De ranking is steeds aangebracht op basis van gemiddelden, en vervolgens de standaard deviatie. Hoe groter de standaard deviatie hoe groter de

verschillen in beoordeling. Een hoog gemiddelde met een lage SD is doorgaans een goed signaal om beleidsmatige ontwikkeling te entameren. Doorgaans kunnen suggesties met een gemiddelde lager dan een 4 niet rekenen op voldoende adhesie.

Faalfactoren

Om te beginnen werd aan de deelnemers gevraagd wat de belangrijkste faalfactoren zijn waardoor de huidige structuur en samenhang in de beroepen nog niet toekomstbestendig is. Er werden in totaal 55 antwoorden gegeven, na dubbelingen bleven er 30 over. Een tiental van deze antwoorden had betrekking op cultuur, zoals domeindenken, gebrek aan innovatiekracht, angst voor taakherschikking etc. In de groep ontstond consensus over het feit dat faalfactoren op het gebied van cultuur niet alleen het meest bepalend zijn voor (de toekomstbestendigheid van) de beroepen, maar ook het meest hardnekkig om aan te pakken.



Behoudzucht scoort bij alle groepen het hoogst, met uitzondering van de beleidsmakers. Zij vinden angst voor taakherschikking onder de medici de belangrijkste faalfactor. De medici achten de korte termijn benadering ook een faalfactor (4,3), terwijl de verpleegkundigen vooral wijzen op de archipel van clubs en belangen (4,6), taakherschikking en gebrek aan innovatiekracht (beiden 4,4).

Wat niet zo hoog scoort zijn de items betreffende imago en salariëring. Een opmerkelijk verschil van inzicht bestaat in het negatieve gewicht van de inrichting van het beroepenstelsel: verpleegkundigen geven een hoge score (4,6), terwijl de meeste items onder de medici rond de 4 scoren en de paramedici rond de 3 scoren. Zelfs het item 'patiënt niet centraal' kan niet rekenen op unanieme prioritering als faalfactor. Onduidelijk is of dit betekent dat de patiënt volgens de deelnemers wel centraal staat dan wel dat het niet van groot belang is dat de patiënt niet centraal staat bij de inrichting van het stelsel van de beroepen. Het gebrek aan (netwerk)visie in de opleidingen en het inadequaat opleiden krijgt daarentegen een van alle partijen ongeveer eenzelfde gewicht - rond de 4,0. Wet- en regelgeving wordt ook aangemerkt als een belangrijke faalfactor (tussen 4,0 en 4,6), maar meer nog het stelsel van financiering. Alle groepen scoren die 4,6 en hoger.

Kortom: het domeindenken is dominant in de cultuur, de innovatiekracht is te beperkt en de financieringsstructuur houdt alles bij het oude.

Oplossingen

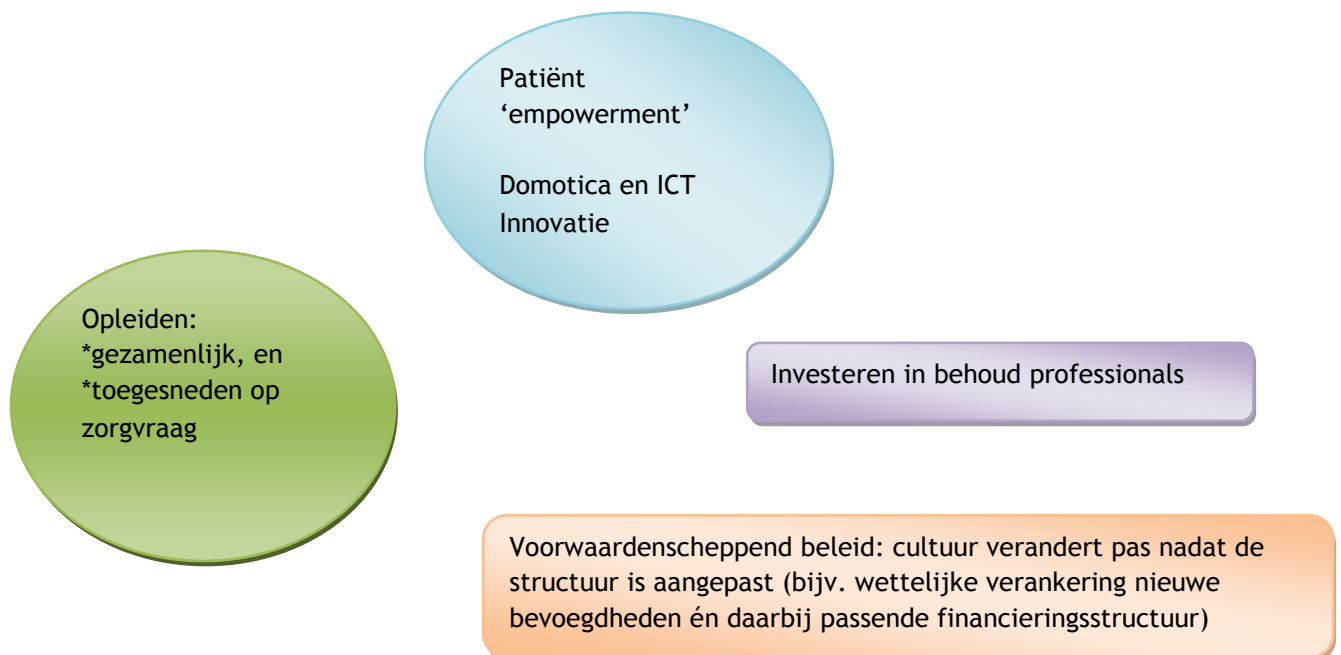
Vervolgens werd aan de groep gevraagd de meest effectieve oplossingen voor de genoemde faalfactoren te noemen. In totaal werden er 51 antwoorden gegeven, waar na clustering en ontdebelling 19 van over

bleven. Dit duidt erop dat men veelal gelijksoortige oplossingen had bedacht, maar ze net iets anders omschreef. Deze oplossingen werden door de groep op een schaal van 1 tot 5 gewaardeerd, zowel op belang als op haalbaarheid. Daarbij kwam een gemengd beeld naar voren: van oplossingen die heel erg op de inhoud van een onderwerp ingaan, zoals opleidingen beter toesnijden op de zorgvraag, tot oplossingen die meer met de structuur van doen hebben, bijvoorbeeld dat cultuur pas kan veranderen wanneer de structuur is aangepast (voorwaardenscheppend beleid).

Oplossingen die met de inhoud van beroepen te maken hebben, zijn bijvoorbeeld: rolverdeling in het zorgaanbod heroverwegen op basis van de zorgvraag, uitgaan van de zelfredzaamheid van de patiënt en gezamenlijk opleiden waar mogelijk. Oplossingen die met de randvoorwaarden om de beroepen toekomstbestendig te maken hebben, zijn onder meer: investeren in behoud van zorgprofessionals (=arbeidsmarktbeleid), andere financieringsstructuur, bestaande vernieuwingen goed implementeren i.p.v. nog meer nieuwe beroepen creëren.

Kijken we naar de verschillende beroepen, dan zien we dat de verpleegkundigen doorgaans meer aspecten benoemen die betrekking hebben op kwaliteiten en patiënten, terwijl de medici vooral oplossingen zoeken in de financieringsstructuur en de structuur van de opleiding. Het zal niet verwonderen dat beleidsmakers de innovatie benoemen als belangrijkste kracht.

Welke zijn de belangrijkste oplossingsrichtingen: aanbod opleidingen toesnijden op zorgvraag (4,6) en financiële incentives anders beleggen (4,6), innovatie (4,5) en structuurveranderingen (4,5). Van deze vier factoren wordt de haalbaarheid van een andere financieringsstructuur het laagst ingeschat (3,3)!! Dat betekent dat de financieringsstructuur een echte hindermacht vormt. Aanpassing van de opleidingen wordt relatief het meest haalbaar geacht.



Sturingsmechanismen

Bij de hoogst gewaardeerde oplossingen -zowel op belang als haalbaarheid- werd aan de deelnemers gevraagd sturingsmechanismen te noemen die nodig zijn om tot de oplossingen te komen.

A: Om opleidingen beter op de zorgvraag te kunnen toesnijden werd genoemd:

- de integrale zorgvraag als uitgangspunt
- ervaringsdeskundigheid in opleidingen
- flexibilisering van het onderwijs, bijvoorbeeld in modulair onderwijs.

B: Het investeren in behoud van professionals:

- goed HRM beleid
- goed salaris
- faciliterend management
- mogelijkheden tot groei en ontwikkeling
- een passende organisatieambitie.

C: Innovatie en ICT:

- zorgverzekeraars kunnen innovatie steunen door dit als voorwaarde te stellen (EPD)
- traditionele aanpak ontmoedigen
- rendement terug naar investeerder
- regelruimte instellingen
- geduld om te implementeren
- sectoroverstijgende erkenning van urgent probleem

D: Voorwaardenscheppend beleid:

- value (=kwaliteit/kosten) based competitie op basis van resultaten (Michael Porter)
- integrale bekostiging van de resultaten los van het volume of de beroepsbeoefenaar.

In de daaropvolgende discussie ontstond een hoge mate van consensus over de noodzaak tot een meer waardegedreven inrichting van de zorg.

- **Value based competition on the basis of results (Porter)**
- **Een minister die aanwijzingsbevoegdheid heeft en daarmee ook een zekere regiefunctie vervult**

2.2 Toekomst innovaties CBOG

Het CBOG heeft een verbetercyclus ontwikkeld waarmee ontwikkelingen in de zorgvraag en de effecten daarvan op beroepen en opleidingen kunnen worden bestudeerd. De rol die het college hierbij heeft is het leggen van verbanden, het signaleren van aandachtspunten en het bevorderen van vernieuwingen en veranderingen die leiden tot een betere aansluiting van het aanbod van beroepen en opleidingen op de zorgvraag. In de toekomst wil het CBOG deze cyclus als leidraad gebruiken. Aanvullend aan de verbetercyclus is het CBOG van mening dat vooral daar waar innovaties moeilijk van de grond komen, zoals tussen beroepsgroepen, een rol voor het CBOG is weggelegd. Innovaties in beroepen die bijvoorbeeld voortvloeien uit technologische ontwikkelingen en zich tot één beroepsgroep dan wel één aandoening beperken vinden veelal eigenstandig een plek, zo blijkt uit de praktijk. Daar waar meerdere sectoren zijn betrokken, dan wel meerdere aandoeningen, zoals in de ouderenzorg, is innovatie vaak

beroepsgroepoverstijgend. Ondanks dat vrijwel unaniem gedacht wordt dat de patiënt meer centraal dient te staan en de zorg meer in netwerkverband moet worden geleverd zien we in de praktijk dat dit lastig is te realiseren omdat er een meer vanzelfsprekende aandacht is voor specialisering dan voor integratie. Het gevolg is een verre gaande vorm van fragmentatie in de zorg. Gecombineerd met het domein denken dat ook door de deelnemers is aangeduid als belangrijkste faalfactor zien we dat verandering - ondanks de consensus - niet zomaar gerealiseerd zal worden. Het CBOG ziet dat er in het veld een dringende behoefte is aan een integrale en samenhangende analyse van vraag en aanbod in de zorg, en van de implicaties die dat heeft voor het stelsel van beroepen en de opleidingenstructuur in Nederland.

Deze principes zullen ten grondslag liggen aan de activiteiten en projecten in 2011. Zo wil het CBOG verder gaan met projecten op het gebied van Ouderenzorg waarmee in 2010 al het begin is gemaakt. In 2010 gaat het CBOG bijvoorbeeld goede voorbeelden verzamelen van multidisciplinaire samenwerking tussen MBO en HBO opgeleide professionals. Deze goede voorbeelden zullen worden gecombineerd met een analyse van de kwalificaties (vanuit de beroepsuitoefening) die nodig zijn om integrale, vraaggerichte zorg te leveren. In 2011 kan dan naar verwachting de stap naar interdisciplinaire scholingsmogelijkheden worden gemaakt. Op dit gebied zal het CBOG als onafhankelijke partij, samen met het veld de gevonden resultaten verder verdiepen en verrijken, en waar mogelijk op te schalen. Het opschalen gebeurt door de resultaten te verspreiden en opdat deze waar mogelijk elders kunnen worden geïmplementeerd. Verder wil het CBOG in 2011 bijeenkomsten blijven organiseren, om signalen op te vangen en goed in contact te blijven met de praktijk. Ook op andere gebieden, die voort vloeien uit projecten van het CBOG nu, zoals bijvoorbeeld In VIVO, wil het CBOG een actieve rol blijven spelen door partijen en initiatieven met elkaar te verbinden. Voortbouwend op onder andere de uitkomsten van de bijeenkomsten op 1 en 30 juni 2010 wil het CBOG voor 2011 en verder komen met een bredere visie op het beroepenstelsel, voorzien van een grondige analyse van krachten die inwerken op de huidige structuur.

Margo Brouns, Patricia Huijbregts en Olivia Buttermann

3 Faalfactoren

3.1 Wat zijn de grootste faalfactoren op dit moment?

Invuladvies: U kunt maximaal 3 factoren noemen.

Aantal antwoorden 55

Antwoord

ontbreken verzorging op niveau 4 en 5
 onvoldoende aandacht in basis en voortgezet onderwijs voor de zorg
 onvoldoende bereidheid
 te veel specialismen
 sociale status/autonomie beroepsgroepen
 men is niet trots om in de zorg te werken
 onvoldoende samenwerking med- vpk
 trage innovatie van zorgprocessen
 onbekendheid met competenties en ontwikkelingen over en weer
 scheiding welzijn en zorg in financiering leidt tot gebrek aan samenhang
 financieringssystematiek, geld en salaris gedreven
 Perverse prikkels in het financieringssysteem / taakherschikking
 te weinig visie
 te veel deeltijdwerkers en uittrekkers
 traditioneel opleidingsgeoriënteerd en niet op de nodige taken en functies
 te lage parttimefactor
 Concurrentie van andere beroepen buiten de zorg
 Domein denken
 onvoldoende verbinding in opleidingen med-med en med-verpl
 korte termijn benaderingen
 waterscheiding tussen specialisten en andere functionarissen
 angst voor taakherschikking
 huisartsen niet meer toegerust tot het werk
 te weinig aandacht voor integrale antwoord op vraag cliënt
 Domein denken (zeer sterk aanwezig in de zorg)
 domeinstrijd macht en geld
 te weinig sturing door de overheid gerelateerd aan zorgbehoefte
 gebrek aan goede samenwerking in het veld
 rigide regelgeving mbt verantwoordelijkheden en bevoegdheden
 onvoldoende "match" van vraag naar opleidingen en aanbod van opleidingen
 Ontbreken van centrale regie
 wettelijk vastgelegde domeinen
 kenniscirculatie moet beter en sneller
 wettelijk kader ontbreekt
 vertegenwoordigende organen worden gedomineerd door ouderen die niet of onvoldoende zijn opgegroeid met internet
 te veel versplintering van partijen
 financieringsstructuur zorg/opleidingen
 schotten in de zorg
 organisatie- en financieringstructuur niet toegesneden op gewenste ontwikkelingen

Antwoord

geen netwerk visie op opleidingen
domeingedrag van beroepsorganisaties
gebrek maatschappelijke waardering
Domein denken
afschermen beroepsgroepen (mensen kunnen meer dan een diploma)
onvoldoende zicht op kennis en vaardigheden van andere beroepen
bekostigingsstructuur van de gezondheidszorg
patiënt niet centraal
ongelijke verdeling macht/invloed
inadequaat opleiden
geen gezamenlijk beleid van de veldpartijen
archipel clubs/belangen
onvoldoende overdracht van verantwoordelijkheden
weinig proactief, gebrek aan innovatiekracht
behoudzucht beroepsgroep
onderschatting van de snelheid en impact van de internet ontwikkelingen

3.2 Ontdubbelen, bespreken en categoriseren faalfactoren

3.2.1 Cultuur

Aantal antwoorden 10

behoudzucht beroepsgroep
weinig proactief, gebrek aan innovatiekracht
archipel clubs/belangen
ongelijke verdeling macht/invloed
onvoldoende zicht op kennis en vaardigheden van andere beroepen
afschermen beroepsgroepen (mensen kunnen meer dan een diploma)
kenniscirculatie moet beter en sneller
angst voor taakherschikking (medici)
korte termijn benaderingen, beleid volhouden
te weinig visie

3.2.2 Imago & Salariëring

Aantal antwoorden 4

men is niet trots om in de zorg te werken
gebrek maatschappelijke waardering (mensen die in de zorg werken)
onvoldoende aandacht in basis en voortgezet onderwijs voor de zorg
Concurrentie van andere beroepen buiten de zorg

3.2.3 Inrichting beroepenstelsel

Aantal antwoorden 5

onvoldoende overdracht van verantwoordelijkheden
patiënt niet centraal

Ontbreken van centrale regie
te weinig sturing door de overheid gerelateerd aan zorgbehoefte
ontbreken verzorging op niveau 4 en 5

3.2.4 Overig

Aantal antwoorden 5

onderschatting van de snelheid en impact van de internet ontwikkelingen
inadequaat opleiden
geen netwerk visie op opleidingen
vertegenwoordigende organen worden gedomineerd door ouderen die niet of onvoldoende zijn opgegroeid met internet
te hoge parttimefactor

3.2.5 Wet & Regelgeving

Aantal antwoorden 3

wettelijk kader ontbreekt
wettelijk vastgelegde domeinen
sociale status/autonomie beroepsgroepen

3.2.6 Financiering & Stelsel

Aantal antwoorden 3

bekostigingsstructuur van de gezondheidszorg
Perverse prikkels in het financieringssysteem / taakherschikking
financieringssysteem, geld en salaris gedreven

3.3 Prioritering Cultuur

Invuladvies: Geef een score tussen 1 en 5; waarbij 1= weinig impact en 5 = veel impact.

Alle gebruikers

Onderdeel	-	Gemiddelde score	St.dev.
behoudzucht beroepsgroep		4,6	0,8
archipel clubs/belangen		4,1	1,0
angst voor taakherschikking (medici)		4,1	0,9
korte termijn benaderingen, beleid volhouden		4,1	1,0
weinig proactief, gebrek aan innovatiekracht		4,1	0,8
te weinig visie		3,7	1,2
ongelijke verdeling macht/invloed		3,5	1,2

Onderdeel	-	Gemiddelde score	St.dev.
onvoldoende zicht op kennis en vaardigheden van andere beroepen		3,3	0,8
kenniscirculatie moet beter en sneller		3,3	1,0
afschermen beroepsgroepen (mensen kunnen meer dan een diploma)		3,2	1,1
		3,8	1,1

3.4 Prioritering Imago & Salariëring

Invuladvies: Geef een score tussen 1 en 5; waarbij 1= weinig impact en 5 = veel impact.

Alle gebruikers

Onderdeel	-	Gemiddelde score	St.dev.
gebrek maatschappelijke waardering (mensen die in de zorg werken)		3,4	1,1
Concurrentie van andere beroepen buiten de zorg		3,2	1,2
men is niet trots om in de zorg te werken		2,9	0,9
onvoldoende aandacht in basis en voortgezetonderwijs voor de zorg		2,7	0,9
		3,1	1,1

3.5 Prioritering Inrichting beroepenstelsel

Invuladvies: Geef een score tussen 1 en 5; waarbij 1= weinig impact en 5 = veel impact.

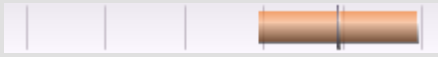





Alle gebruikers

Onderdeel	-	Gemiddelde score	St.dev.
onvoldoende overdracht van verantwoordelijkheden		3,9	0,8
patient niet centraal		3,7	1,2
te weinig sturing door de overheid gerelateerd aan zorgbehoefte		3,5	1,1
Ontbreken van centrale regie		3,5	1,2
ontbreken verzorging op niveau 4 en 5		2,2	1,1
		3,4	1,3

3.6 Prioritering Overig

Invuladvies: Geef een score tussen 1 en 5; waarbij 1= weinig impact en 5 = veel impact.

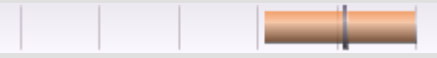

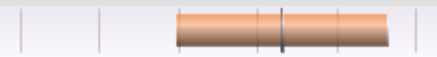

Alle gebruikers

Onderdeel	-	Gemiddelde score	St.dev.
geen netwerk visie op opleidingen		3,9	1,0
inadequaate opleiden		3,7	0,9
te hoge parttimefactor		3,6	1,4
onderschatting van de snelheid en impact van de internet ontwikkelingen		3,6	1,2
vertegenwoordigende organen worden gedomineerd door ouderen die niet of onvoldoende zijn opgegroeid met internet		3,0	1,0
		3,6	1,2

3.7 Prioritering Wet & regelgeving

Invuladvies: Geef een score tussen 1 en 5; waarbij 1= weinig impact en 5 = veel impact.





Alle gebruikers

Onderdeel	-	Gemiddelde score	St.dev.
sociale status/autonomie beroepsgroepen		4,1	1,0
wettelijk vastgelegde domeinen		3,9	1,2
wettelijk kader ontbreekt		3,3	1,3
		3,8	1,2

3.8 Prioritering Financiering & Stelsel

Invuladvies: Geef een score tussen 1 en 5; waarbij 1= weinig impact en 5 = veel impact.

Alle gebruikers

Onderdeel	-	Gemiddelde score	St.dev.
Perverse prikkels in het financieringssysteem / taakherschikking		4,6	0,6
bekostigingsstructuur van de gezondheidszorg		4,4	0,9
financieringssysteem, geld en salaris gedreven		4,2	1,0
		4,4	0,8

4 Oplossingen

4.1 Wat zijn de meest effectieve oplossingen voor geschetste faalfactoren?

Aantal antwoorden 51

Antwoord

slimmer organiseren
cultuur verandert pas nadat structuur is aangepast:wettelijke verankering nieuwe bevoegdheden/ verantwoordelijkheden én tgt bijpassende financieringsstructuur
Financiering vereenvoudigen geen DBC's
taakherschikking
opleiden is nooit klaar
dejuridisering verantwoordelijkheid
Functionerings- en beoordelingssystematiek van zorgprofessionals verbeteren
een netwerkvisie ontwikkelen op beroepen in de zorg
slim honoreren van goed gedrag ten aanzien van taakherschikking)
besturingsfilosofie van zorginstellingen vernieuwen, clinical governance (o.a. SAMEN verantwoordelijk)
aandacht voor ondersteuning zelfredzaamheid cliëntsysteem
financiering van de keten
Het ministerie van de Patiënt
uitgaan van de zelfredzaamheid van patiënten
fixeren naast innoveren
aanpassing van opleidingen aan de zorgbehoefte en de gewenste taakverdeling
meer transparantie en openheid ten aanzien van de diverse belangen
financiering moet cliënt en professional de ruimte geven in langdurende zorg
meer overlap in opleidingen med en verpl
herijking dbc structuur,
Opleidingenstructuur flexibiliseren
overnemen van succesvolle projecten beter faciliteren ook financieel
meer R&D ruimte voor zorginstellingen
in opleiding veel meer aandacht voor samenwerking en concept van taakherschikking
beloning op kwaliteitsuitkomsten
opleiden voor nieuwe taken en vaardigheden
bestaande vernieuwingen goed implementeren i.p.v. nog meer nieuwe beroepen creëren
slimmer opleiden: brede basis, specifieke uitstroom
passende financieringsstructuur en salariëring
structuur van de opleidingen in (mn medische) beroepskolom flexibiliseren
ICT en domotica oplossingen
ander financieringsstelsel, hoezo is marktwerking noodzakelijk?
vraag cliënt uitgangspunt organisatie zorg én beroepenstructuur
taakherschikking en innovaties
effectief toezicht op taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling
investeren in behoud van zorgprofessionals
machtsverhoudingen aanpassen: patient empowerment bevorderen
bestaande netwerken versterken

Antwoord

bekostiging aanpassen aan gewenste ontwikkeling in zorgvraag gestuurde zorgopleidingen en -aanbod
financiële structuur aanpassen aan systeem van taakherschikking en verantwoordelijkheden van verschillende beroepen
beroeps cultuur dient een plaats in de opleiding te krijgen
financiering regelen
taakgerichte (deel)opleidingen en beroepen
gezamenlijk opleiden waar mogelijk
Elkaars kwaliteiten benutten en erkennen
zelfstandig kunnen declareren voor herschikte taken
Bestaande beroepenstructuur drastisch vernieuwen
financiële incentives anders beleggen/andere financieringsstructuur
innovatie
opleidingen aanbod toesnijden op zorgvraag
rolverdeling in zorg aanbod heroverwegen op basis van zorgvraag

4.2 clusteren oplossingen

4.2.1 Wat zijn de meest effectieve oplossingen voor geschetste faalfactoren?

Aantal antwoorden 19

1. Rolverdeling in zorg aanbod heroverwegen op basis van zorgvraag
 - taakgerichte (deel)opleidingen en beroepen
 - vraag cliënt uitgangspunt organisatie zorg én beroepenstructuur
2. Opleidingen aanbod toesnijden op zorgvraag
 - structuur van de opleidingen in (mn medische) beroepskolom flexibiliseren
 - slimmer opleiden: brede basis, specifieke uitstroom
3. Innovatie
4. Financiële incentives anders beleggen/andere financieringsstructuur
 - zelfstandig kunnen declareren van herschikte taken
 - financiële structuur aanpassen aan systeem van taakherschikking en verantwoordelijkheden van verschillende beroepen
 - beloning op kwaliteitsuitkomsten
 - herijking dbc structuur,
 - financiering moet cliënt en professional de ruimte geven in langdurende zorg
 - financiering van de keten
 - slim honoreren van goed gedrag ten aanzien van taakherschikking)
 - Financiering vereenvoudigen geen DBC's
5. Bestaande beroepenstructuur drastisch vernieuwen
6. Gezamenlijk opleiden waar mogelijk
 - Elkaars kwaliteiten benutten en erkennen
 - beroeps cultuur dient een plaats in de opleiding te krijgen (reflectief vermogen)
 - meer overlap in opleidingen med en verpl



7. Cultuur verandert pas nadat structuur is aangepast: wettelijke verankering nieuwe bevoegdheden/verantwoordelijkheden én tgt bijpassende financieringsstructuur (voorwaarden scheppend beleid)
 - bekostiging aanpassen aan gewenste ontwikkeling in zorgvraag gestuurde zorgopleidingen en -aanbod
 - effectief toezicht op taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling
8. Bestaande netwerken versterken (organisatie netwerken)
9. Machtsverhoudingen aanpassen: patient empowerment bevorderen
 - Het ministerie van de Patiënt
10. Investeren in behoud van zorgprofessionals
11. ICT en domotica oplossingen
12. Bestaande vernieuwingen goed implementeren i.p.v. nog meer nieuwe beroepen creëren
 - overnemen van succesvolle projecten beter faciliteren ook financieel
 - fixeren naast innoveren
13. Meer R&D ruimte voor zorginstellingen
14. Meer transparantie en openheid ten aanzien van de diverse belangen
15. Uitgaan van de zelfredzaamheid van patiënten
 - aandacht voor ondersteuning zelfredzaamheid cliëntensysteem
16. Besturingsfilosofie van zorginstellingen vernieuwen, clinical governance (o.a. SAMEN verantwoordelijk)
17. Een netwerkvisie ontwikkelen op beroepen in de zorg
18. Functionerings- en beoordelingsystematiek van zorgprofessionals verbeteren
19. Dejuridisering verantwoordelijkheid

4.3 Prioriteren oplossingen


Invaladvies: Geef een score tussen 1 en 5, waarbij: 1 = klein belang/lastig haalbaar en 5 = groot belang/heel erg goed haalbaar.

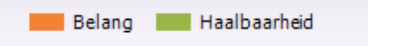
1. Rolverdeling in zorg aanbod heroverwegen op basis van zorgvraag:
 - Taakgerichte (deel)opleidingen en beroepen
 - Vraag cliënt uitgangspunt organisatie zorg én beroepenstructuur
2. Opleidingen aanbod toesnijden op zorgvraag:
 - Structuur van de opleidingen in (mn medische) beroepskolom flexibiliseren
 - Slimmer opleiden: brede basis, specifieke uitstroom
3. Innovatie
4. Financiële incentives anders beleggen/andere financieringsstructuur:
 - Zelfstandig kunnen declareren van herschikte taken
 - Financiële structuur aanpassen aan systeem van taakherschikking en verantwoordelijkheden van verschillende beroepen

- Beloning op kwaliteitsuitkomsten
 - Herijking dbc structuur
 - Financiering moet cliënt en professional de ruimte geven in langdurende zorg
 - Financiering van de keten
 - Slim honoreren van goed gedrag ten aanzien van taakherschikking)
 - Financiering vereenvoudigen:geen DBC's
5. Bestaande beroepenstructuur drastisch vernieuwen
 6. Gezamenlijk opleiden waar mogelijk:
 - Elkaars kwaliteiten benutten en erkennen
 - Beroepscultuur dient een plaats in de opleiding te krijgen (reflectief vermogen)
 - Meer overlap in opleidingen med en verpl
 7. Cultuur verandert pas nadat structuur is aangepast:wettelijke verankering nieuwe bevoegdheden/verantwoordelijkheden én tgt bijpassende financieringsstructuur (voorwaarden scheppend beleid):
 - Bekostiging aanpassen aan gewenste ontwikkeling in zorgvraag gestuurde zorgopleidingen en - aanbod
 - Effectief toezicht op taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling
 8. Bestaande netwerken versterken (organisatie netwerken)
 9. Machtsverhoudingen aanpassen: patient empowerment bevorderen:
 - Het ministerie van de Patiënt
 10. Investeren in behoud van zorgprofessionals
 11. ICT en domotica oplossingen
 12. Bestaande vernieuwingen goed implementeren i.p.v. nog meer nieuwe beroepen creëren
 - Overnemen van succesvolle projecten beter faciliteren ook financieel
 - Fixeren naast innoveren
 13. Meer R&D ruimte voor zorginstellingen
 14. Meer transparantie en openheid ten aanzien van de diverse belangen
 15. Uitgaan van de zelfredzaamheid van patiënten:
 - Aandacht voor ondersteuning zelfredzaamheid cliëntensysteem
 16. Besturingsfilosofie van zorginstellingen vernieuwen, clinical governance (o.a. SAMEN verantwoordelijk)
 17. Een netwerkvisie ontwikkelen op beroepen in de zorg
 18. Functionerings- en beoordelingssystematiek van zorgprofessionals verbeteren
 19. Dejuridisering verantwoordelijkheid

	Belang	Haalbaarheid	-
opleidingen aanbod toesnijden op zorgvraag	4,6	4,0	
investeren in behoud van zorgprofessionals	4,3	3,9	

	Belang	Haalbaarheid	
ICT en domotica oplossingen	4,1	3,9	
innovatie	4,5	3,5	
cultuur verandert pas nadat structuur is aangepast: wettelijke verankering nieuwe bevoegdheden/verantwoordelijkheden én tgt bijpassende financieringsstructuur (voorwaarden scheppend beleid)	4,5	3,4	
financiële incentives anders beleggen/andere financieringsstructuur	4,6	3,3	
rolverdeling in zorg aanbod heroverwegen op basis van zorgvraag	4,4	3,4	
bestaande vernieuwingen goed implementeren i.p.v. nog meer nieuwe beroepen creëren	3,9	3,5	
uitgaan van de zelfredzaamheid van patienten	4,1	3,3	
machtsverhoudingen aanpassen: patient empowerment bevorderen	4,0	3,1	
gezamenlijk opleiden waar mogelijk	3,7	3,4	
besturingsfilosofie van zorginstellingen vernieuwen, clinical governance (o.a. SAMEN verantwoordelijk)	4,0	2,9	
Bestaande beroepenstructuur drastisch vernieuwen	3,7	2,7	
meer R&D ruimte voor zorginstellingen	3,4	2,9	
functionerings en beoordelingsystematiek van zorgprofessionals verbeteren	3,1	3,1	
bestaande netwerken versterken (organisatie netwerken)	3,1	3,1	
meer transparantie en openheid ten aanzien van de diverse belangen	3,3	2,8	
een netwerkvisie ontwikkelen op beroepen in de zorg	3,0	2,8	
dejuridisering verantwoordelijkheid	2,9	2,6	
	3,8	3,2	





5 Sturingscriteria

De gehele groep werd in 5 subgroepen verdeeld. Elke groep moest bij een oplossingsrichting de meest effectieve sturingscriteria benoemen.

5.1 Wat is er voor nodig om opleidingen aanbod toesnijden op zorgvraag te realiseren?

Aantal antwoorden 5

Antwoord

integraal zorgvraaggeïntereerd onderwijs, met per zorgvraag modules diagnostiek, therapie, begeleiding, verpleging en verzorging

integrale zorgvraag als uitgangspunt

ervaringsdeskundigheid in opleiding

zorgvraaggeïntereerd onderwijs, ervaringsdeskundigheid,

modulaire en flexibele opleidingsstructuren

5.2 Wat is er voor nodig om het investeren in behoud van zorgprofessionals te realiseren?

Aantal antwoorden 5

Antwoord

P en O beleid, goed salaris,

faciliterend management, organisatieambitie

mogelijkheden tot groei en ontwikkeling

passende verantwoordelijkheid en ruimte om die te realiseren

werkklimaat, serieus nemen van professional

5.3 Wat is er voor nodig om ICT en domotica oplossingen te realiseren?

Aantal antwoorden 4

Antwoord

Waar domotica kan alleen vergoeden als dit wordt ingezet

Zorgverzekeraars en patiënten alleen naar instellingen/professionals met een epd

traditionele aanpak ontmoedigen (vooroorlogs gedrag financieel afstraffen)

rendement van de investering terug naar de investeerder

5.4 Wat is er voor nodig om innovatie te realiseren?

Aantal antwoorden 7

Antwoord

bekendheid en consensus urgente problemen over zorggrenzen heen
cultuur met ondernemerszin
geduld om te implementeren
budget
regelruimte binnen de instellingen
experimenteerruimte (ook wettelijk)
geld binnen de instellingen

5.5 Wat is er voor nodig om voorwaardenscheppend beleid te realiseren?

Aantal antwoorden 3

Antwoord

value (= kwaliteit/kosten) based competition on the basis of results (Porter)
integrale bekostiging van resultaten los van volume/beroepsbeoefenaar
aanwijzingsbevoegdheid minister VWS in wet BIG opnemen; geeft pas regiefunctie