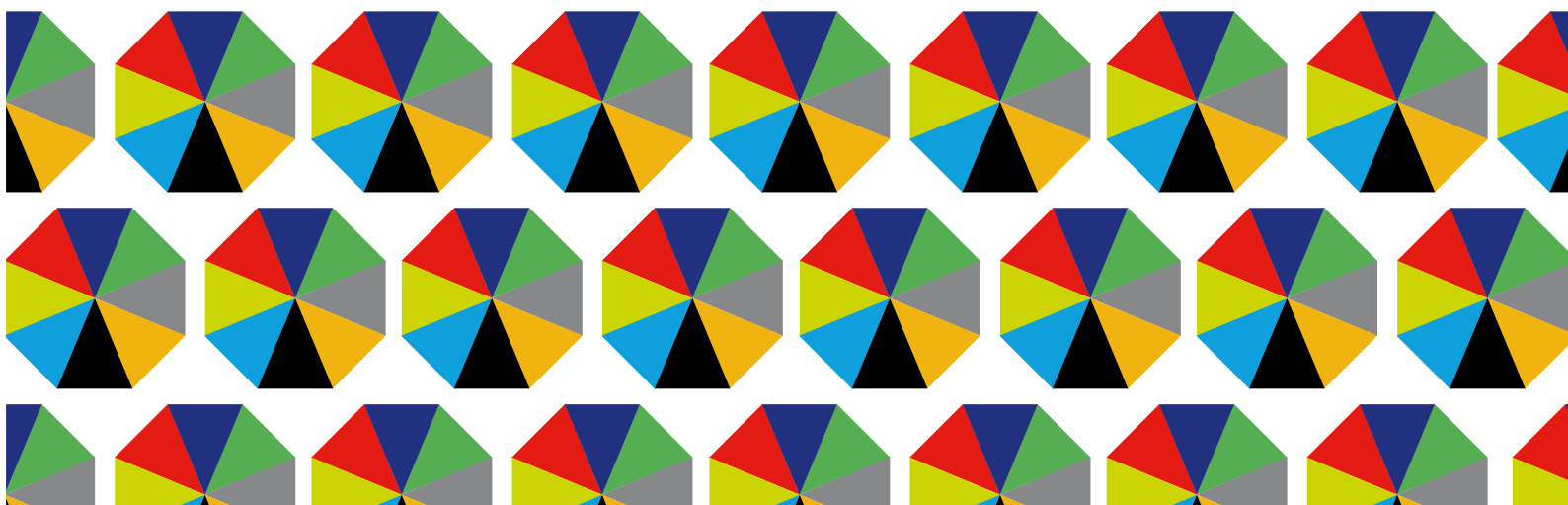
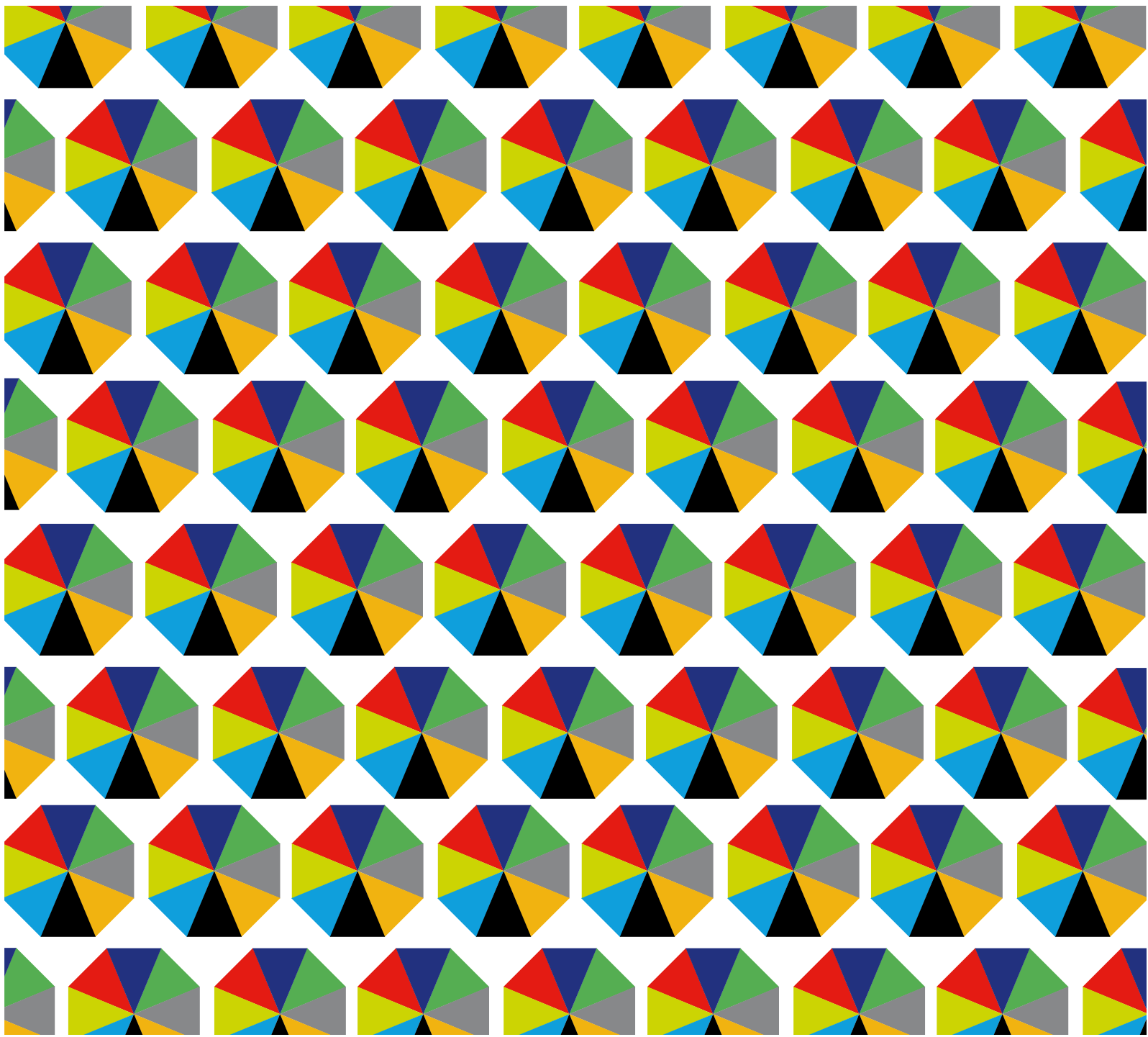


COACH, CURE & CARE 2025

Een gezamenlijke toekomstvisie van de nieuwe generatie zorgprofessionals
op het zorglandschap in Nederland







Vereniging voor Sportgeneeskunde



Vereniging van Apothekers
in opleiding tot Ziekenhuisapotheker



VOORWOORD

Hoe kunnen we de gezondheidszorg in de toekomst hoogstaand, toegankelijk én betaalbaar houden en er tegelijkertijd voor zorgen dat de kwaliteit van de patiëntenzorg centraal blijft staan?

Beleidsmedewerkers, zorgprofessionals, politici, ziekenhuisbestuurders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en economen buigen zich over deze vraag en ontwikkelen een eigen visie op de rol die zij daar in de toekomst in willen vervullen. Ook doen zij aanbevelingen voor aanpassingen van het zorglandschap.

In Coach, Cure & Care 2025 maakt u kennis met de gezamenlijke disciplineoverstijgende visie van jonge zorgprofessionals: medisch specialisten, huisartsen, sportartsen, sociaal geneeskundigen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapt, ziekenhuisapothekers en openbare apothekers in opleiding. Er zijn volop mogelijkheden om de gezondheidszorg in Nederland efficiënter in te richten. Samenwerking tussen alle betrokken beroepsgroepen (politici, beleidsmedewerkers, ziekenhuisbestuurders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en de juniorverenigingen) is hierbij een conditio sine qua non.

Met de term 'coach' in de titel doelen we op de rol die de zorgprofessional zal spelen in 2025. 'Cure' en 'care' zijn de alom bekende begrippen die van oudsher de basis vormen in de gezondheidszorg en vertaald uit het Latijn 'genezen' en 'verzorgen'

betekenen. Het behouden van gezondheid, het voorkomen van ziekte en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt staan hierbij in 2025 centraal.

Als nieuwe, frisse generatie zorgprofessionals denken wij graag actief mee over de zorg van de toekomst; wij zullen die namelijk mede vormgeven.

Wij hopen dat onze visie voor u allen (of u nu burger, patiënt, zorgprofessional, politicus, zorgverzekeraar of ziekenhuisbestuurder bent) een bron van inspiratie mag zijn.

Werkgroep Zorg 2025



1. INLEIDING	4
<ul style="list-style-type: none">• Waar staan we nu?• Waar willen we heen?	
2. HET NEDERLANDSE ZORGLANDSCHAP IN 2025	10
<ul style="list-style-type: none">• Zorg in samenhang• Zorg dicht bij huis• Zorg in instellingen	
3. WAT IS DAAR VOOR NODIG?	20
<ul style="list-style-type: none">• Digitalisering van de zorg• Bekostiging van de zorg• Samenwerken en flexibiliteit• Opleidingen	
4. SLOTWOORD	32
SAMENVATTING	35
DANKWOORD	38

The image features a solid red background. In the center, there are two concentric white octagons. The word "INLEIDING" is written in a bold, white, sans-serif font, centered within the inner octagon.

INLEIDING

1. INLEIDING

WAAR STAAN WE NU?

Het Nederlandse zorgstelsel behoort tot één van de beste in de wereld. Onze zorg is voor iedereen toegankelijk en kwalitatief van hoog niveau¹. Dit gaat wel gepaard met hoge zorguitgaven die grotendeels zijn toe te schrijven aan de langdurige zorg (de 'care'). De uitgaven aan de curatieve zorg zijn met 5,8 procent van het BBP ook iets hoger dan gemiddeld in Europa. De afgelopen dertig jaar zijn de totale kosten van de gezondheidszorg fors gestegen. In 2010 werd 13 procent van het BBP aan zorg besteed. Indien de stijging doorzet, zal dit percentage in 2040 naar verwachting oplopen tot 22 procent².

Innovaties in de gezondheidszorg hebben ervoor gezorgd dat mensen vaker genezen en een hogere kwaliteit van leven behouden, ook als ze ziek zijn. Artsen hebben de patiënt steeds meer behandelingen en nieuwe, vaak dure, technieken te bieden. Na de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 is er veel veranderd en ook door de toenemende vergrijzing consumeert een steeds grotere groep Nederlanders zorg.

De kostenstijging kan slechts deels worden verklaard door de vergrijzing en inkomensgroei. De genoemde volume- en prijsstijgingen zijn hierdoor niet geheel te verklaren. Deze toename is duidelijk zichtbaar sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006. Uit recent onderzoek blijkt dat deze stelselwijziging ervoor gezorgd heeft dat er doelmatiger en transparanter gewerkt

wordt. Aan de andere kant heeft de overgang van budgetfinanciering naar DBC-bekostiging een duidelijke stijging in volume teweeg gebracht.^{3,4} Door de ingevoerde (gereguleerde) marktwerking wordt zorg aangeboden als product en moeten zorgaanbieders de concurrentie met elkaar aangaan. Patiënten stellen zich hierbij soms op als betalende klanten en consumenten die 'recht' hebben op goede zorg. Informatie over ziekten en mogelijke behandelingsmogelijkheden is gemakkelijker verkrijgbaar en maakt de patiënt mondiger. Iedere patiënt wil door de beste zorgverlener geholpen worden. Mede door de toename van mogelijkheden is er aldus een tendens naar behandelen, zowel vanuit de patiënt als vanuit de zorgverlener. Dit is begrijpelijk, maar als deze kostenstijgende trend doorzet, wordt het moeilijk de zorg in 2025 op hetzelfde niveau en even toegankelijk te houden.

WAAR WILLEN WE HEEN?

Patiënten, zorgverleners, overheid en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een kwalitatief hoge, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg, ook in de toekomst. Dit vraagt om flexibiliteit binnen het zorglandschap van alle betrokkenen en om een financieringsstructuur die dit ondersteunt. Wij hebben een nieuwe visie op de zorg geschetst die haalbaar en toetsbaar is en is afgestemd op de moderne patiënt in Nederland.

De volgende begrippen staan centraal in onze visie op de toekomst van het zorglandschap in Nederland:

- Gezondheid en preventie
- Zelfredzaamheid
- De menselijke maat
- Verantwoordelijkheid
- Samenwerking

Gezondheid en preventie

De WHO definitie van gezondheid stamt uit 1948 en luidt: 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity', kortom een toestand van compleet welbevinden. Ondanks dat de gezondheidszorg sindsdien een enorme ontwikkeling heeft doorgemaakt is deze brede definitie erg idealistisch en onhaalbaar gebleken. Op een internationale conferentie van de Gezondheidsraad en ZonMW is dan ook voorgesteld om deze WHO definitie te vervangen door het meer actieve 'the ability to adapt and to self manage'.^{5,6} Deze positieve definitie ondersteunen wij, omdat hiermee de nadruk gelegd wordt op de mogelijkheden van de patiënt, ondanks zijn/haar ziekte(s). Na het stellen van een diagnose worden zorgverleners betaald op basis van verrichtingen. Interventies zouden meer gericht moeten worden op het voorkomen van ziekte, op het bevorderen van gezondheid, op het behalen van gezondheidswinst en op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt. In plaats van ziekten en diagnoses moeten gezondheid en algemeen welzijn centraal komen te staan.

Door in te zetten op preventie kunnen de zorgkosten flink naar beneden. 'Voorkomen is beter dan genezen' en preventie levert een positieve

bijdrage aan de arbeidsparticipatie.

De verantwoordelijkheid voor een goed preventiebeleid ligt bij de centrale overheid, waarbij zij zorg draagt voor voldoende regievoering en financiële ondersteuning. Een gezamenlijke uitvoering van het beleid door gemeenten, maatschappelijke organisaties (zoals scholen en sportverenigingen), zorgverzekeraars, werkgevers en zorgverleners (zoals bedrijfsartsen en verzekeringsartsen) is onontbeerlijk. Hierbij moet de focus liggen op vroegtijdige (primaire) preventie gericht op grote groepen, omdat veel gezondheidsproblemen al beginnen vóórdat de zorgverlener in beeld komt.

Zorgverleners kunnen hierop aansluiten door het bespreken van gezondheidsrisico's en het geven van gerichte adviezen, behandeling en verwijzing bij signalering van specifieke risico's.

Wetenschappelijk bewezen zinvolle preventieve zorg behoort onderdeel te zijn van de vergoede zorg, evenals zorg die de algemeen sociaal maatschappelijke participatie van burgers verhoogt en gericht is op herstel van functioneren in plaats van op klinische genezing. Uitgangspunt bij het beleid dient de eigen verantwoordelijkheid en autonomie van de burger te blijven.

Zelfredzaamheid

Patiënten willen graag zo lang mogelijk voor zichzelf blijven zorgen, zonder afhankelijk te zijn van een zorgverlener of familielid. Door eigen regie te voeren voelen zij zich bovendien gezonder. Idealiter kijkt de patiënt eerst naar zijn eigen beschikbare middelen en de middelen die hij nodig heeft om bijvoorbeeld langer zelfstandig te blijven wonen.

Deze zelfredzaamheid wordt in 2025 gestimuleerd door de overheid, zorgverleners, zorgverzekeraars

en burgers zelf waarbij beter gebruik gemaakt wordt van mantelzorgers. Het is voor de patiënt prettiger om door een naaste verzorgd te worden en mantelzorg is goedkoper dan intramurale zorg. De druk op een mantelzorger is vaak wel groot. Hiervoor moet meer aandacht komen op zowel het begeleiden als financiële vlak. Te denken valt aan betere financiële compensatieregelingen voor mantelzorgers. Hierdoor kunnen zij het zich veroorloven om zo nodig (tijdelijk) minder te werken, om de benodigde zorgtaken voor hun familielid te kunnen verrichten. Zorgprofessionals hebben extra aandacht voor hen die hiertoe niet of minder in staat zijn.

De menselijke maat

De menselijke maat moet centraal komen te staan in de zorg. Van zorgverleners mag verwacht worden dat zij voldoende aandacht kunnen besteden aan de patiënt.

Dit begint bij het beschikbaar stellen van goede voorlichting en patiënteninformatie, waarmee een patiënt een consult met de arts kan voorbereiden, zodat dit contactmoment ten volle benut kan worden. Artsen luisteren vervolgens met gerichte aandacht naar de hulpvraag, weten deze in de context te plaatsen of vragen hier gericht op door. Na het diagnostische proces legt de arts vervolgens, in voor de patiënt begrijpelijke taal, uit wat er gaande is en wat de eventuele behandel mogelijkheden zijn.

De arts treedt meer op als coach voor de patiënt, waarbij gezamenlijke besluitvorming op de voorgrond staat. Door deze manier van werken nemen de therapietrouw en tevredenheid van de patiënt toe en is hun behoefte aan een second opinion afgenomen.

De zorg moet zo georganiseerd worden dat er voldoende tijd, ruimte en vergoeding is om de zorgprofessional zich primair te laten richten op de zorgtaken waarvoor hij is opgeleid. Zorgprofessionals moeten daarnaast blijven waken voor zowel het behouden van hun zeggenschap over de invulling van de zorg, alsook voor hun eigen gezondheid. Een gezonde balans tussen werk en privé is hierbij essentieel. Dit alles zal ervoor zorgen dat zij de bevoegdheid voor hun vak behouden, wat de zorg voor de patiënt rechtstreeks ten goede komt.

Verantwoordelijkheid

Burgers en patiënten hebben een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van hun gezondheid. Met een ruim aanbod aan betrouwbare informatie over gezondheidsbevordering en het stimuleren van preventie mag de maatschappij van burgers verwachten dat zij er zelf alles aan doen om zo min mogelijk zorg te hoeven consumeren. Natuurlijk moeten ze als dat nodig is te allen tijde zorg van de juiste zorgverlener, op het goede moment en op de juiste plaats kunnen krijgen. Om dit te realiseren nemen politici, beleidsmedewerkers, ziekenhuisbestuurders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars allemaal eveneens verantwoordelijkheid voor hun taken in het geheel.

Samenwerken

De zorg is door alle ontwikkelingen de laatste jaren qua organisatie en inhoud steeds complexer geworden.

De hiërarchische cultuur met individuele, autonome, paternalistische dokters en apothekers heeft in 2025 plaatsgemaakt voor een aanspreekcultuur die gebaseerd is op teamwork en

discipline. Een ieder voelt zich verantwoordelijk voor zijn of haar aandeel in de zorg voor de patiënt, maar het is ook veilig om elkaar te corrigeren op momenten dat de patiëntveiligheid gevaar loopt. Naast een verdergaande samenwerking tussen zorgverlener en patiënt is deze ook tussen de betrokken zorgverleners rondom de patiënt verbeterd.

Daarnaast is er sprake van een goede samenwerking tussen alle stakeholders, waarbij er een stevige meedenkende rol voor de zorgprofessionals is als het gaat om het maken, beslissen en uitvoeren van kwalitatief goed en doelmatig zorgbeleid.

Noten:

1. OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>
2. SER: Advies nr. 2012/06: 19 oktober 2012 (Commissie Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg): *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen.*
3. A. Klink. *Ziekenhuizen als vitale schakels*. *ned tijdschr geneeskd.* 2013 31 augustus;157(35):A5547
Proefschrift David Ikkersheim: The Dutch Health System reform: creating value; 13 mei 2013
4. Huber M et al: 'How should we define health? *BMJ.* 2011 Jul 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.
5. Schnabel P. *The definition of health, two perspectives: psychiatry of community based mental health care.* In: Gunning-Schepers L.J. et al. (eds.) *Fundamental questions about the future of health care.* The Hague: Netherlands Scientific Council for Government Policy; 1996. p. 187-216.



**HET NEDERLANDSE
ZORGLANDSCHAP
IN 2025**

2. HET NEDERLANDS ZORGLANDSCHAP IN 2025

Willen we de zorg in de toekomst betaalbaar houden én van hoge kwaliteit, dan ziet het Nederlandse zorglandschap in onze ogen er in 2025 als volgt uit. Maak kennis met meneer van Dijk, die door een kijkje in zijn leven een concreter beeld kan schetsen van het zorglandschap in 2025.

ZORG IN SAMENHANG

De heer Van Dijk heeft regelmatig contact met diverse zorgverleners, onder meer de huisarts, een praktijkverpleegkundige, de cardioloog en de openbare apotheker. Als patiënt komt hij iedere drie maanden bij de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk voor de suikercontrole. Wekelijks voert hij daartoe zelf zijn suikercurve in op het patiëntenportaal van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD).

Op aandringen van zijn kinderen is de heer Van Dijk vijf jaar geleden onder begeleiding van de praktijkondersteuner na dertig jaar gestopt met roken.

In samenwerking met de psychiater en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige begeleidt de praktijkondersteuner de patiënt bij het verminderen van alcoholgebruik. Voor het hart- en nierfalen komt hij eens per jaar op het gezamenlijke spreekuur van de huisarts en cardioloog in de huisartsenpraktijk. Zij nemen dan de medicatie door en stellen deze zo nodig bij in overleg met de apotheker. Bij calamiteiten overlegt de huisarts middels telecardiologie met de cardioloog, die via het EPD ook de bloeddruk en medicatie kan zien.

De heer Van Dijk bestelt zijn medicatie online, waar hij ook afspraken of e-consulten kan plannen. Hij krijgt een sms wanneer zijn medicatie bijna op is en wanneer hij een afspraak heeft.

De heer Van Dijk, 62 jaar

Voorgeschiedenis

Suikerziekte (type II: ouderdom), complicaties chronisch nierfalen, hartinfarct, hartfalen, jicht, alcoholmisbruik, overgewicht

Medicatie

o.a. bloeddrukverlagende medicatie, plastabletten, glucoseverlagende tabletten en insuline



Multidisciplinaire samenwerking

Zorg vindt plaats in samenhang. Goed afgestemde multidisciplinaire samenwerking is een randvoorwaarde voor het leveren van kwalitatief goede zorg die leidt tot gezondheidswinst voor de patiënt. Landelijke en regionale samenwerking voorzien in vrije locatie- en artskenkeuze. Voor zowel de patiënt als de verwijzer is duidelijk welke zorg er door wie, op welke locatie, tegen welke voorwaarden en met welke uitkomsten wordt geleverd.

Er is geen versnippering van zorg meer dankzij op maat gemaakte zorgtrajecten. Betrokken beroepsgroepen en patiëntenorganisaties hebben deze gezamenlijk opgesteld en zich daarbij gebaseerd op gestandaardiseerde landelijke en Europese richtlijnen en de behoeften van de individuele patiënt. De patiënt die zich in een dergelijk zorgtraject bevindt, heeft een vast aanspreekpunt. Veelal is dit de huisarts die de zorg coördineert en zo nodig met andere disciplines overlegt. De regie ligt echter bij de patiënt, indien gewenst samen met de huisarts of casemanager. Iedere discipline blijft daarbij verantwoordelijk voor zijn aandeel in het geheel. Kortom: samenwerking als sleutelwoord in de gezondheidszorg.

Zorg op verschillende locaties

Laagcomplexe (specialistische) zorg is transmuraal en wordt zo dicht mogelijk bij de patiënt geleverd. Hoogcomplexe zorg vindt plaats in klinieken en ziekenhuizen. Consultatiemogelijkheden met behulp van moderne communicatietechnologieën of fysiek door gezamenlijke consulten in de huisartsenpraktijk, worden maximaal benut. Ook buitenpoli's van medisch-specialistische spreekuren, extramuraal observatoria voor infusiotherapie en dagbehandelingen dragen hieraan bij.

De dokter werkt veel meer buiten de instelling en dichterbij de patiënt thuis. Tegelijkertijd begeleidt de apotheker de patiënt op persoonlijkere wijze bij zijn medicatiegebruik. Dit heeft een positief effect op de therapietrouw en op de farmacotherapeutische behandeling.

Dankzij periodiek multidisciplinair overleg tussen de betrokken zorgverleners houdt men overzicht over de geleverde zorg, leert men van elkaars expertise en worden onnodige verwijzingen en behandelingen voorkomen.

Zorg op maat

Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden, waardoor duidelijk is welke zorg bij een bepaalde aandoening op welk moment geboden kan worden. De gebruikte protocollen zijn gebaseerd op kwaliteits- en gezondheidswinst voor de patiënt. Het traject van intake, diagnose en behandelplan wordt per patiënt op maat gemaakt en zoveel mogelijk op één dag doorlopen. Dit resulteert in een betere doorstroom, grotere patiënttevredenheid en kostenbesparing.

Medicatiereviews zijn een structureel onderdeel in het werk van (huis)artsen en apothekers. Er worden duidelijke afspraken gemaakt over de overdracht van medicatie, therapietrouw en begeleiding van de patiënt. Integrale zorgplannen van complex chronische patiënten zijn vastgelegd in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Dit dossier is toegankelijk voor de patiënt en inzichtelijk voor de betrokken zorgverleners.

Taakverschuiving

Physician assistants (PA), verpleegkundig specialisten (VS), pharmacy practitioners (PP) respectievelijk

praktijkondersteuners (POH) worden ingezet ter ondersteuning van artsen en apothekers. Er is een duidelijke taakverschuiving van specifieke laagcomplexe geprotocolleerde zorg van de arts/apotheker naar de PA, POH, VS of PP. Hun rol en eigen verantwoordelijkheid zijn duidelijk gedefinieerd, waarbij artsen hoofdbehandelaar zijn en verantwoordelijk blijven voor het stellen van de diagnose en de regie van de zorg.

Apothekers optimaliseren, individualiseren en managen de zorg rondom medicatie van de patiënt. Dit ondersteunt de zelfredzaamheid van de patiënt en verbetert de samenwerking tussen de betrokken zorgverleners.

Overleg en nascholing

Multidisciplinair overleg vindt laagdrempelig en op meerdere niveaus plaats, zowel tussen specialisten onderling als met ondersteunende zorgverleners en paramedici. Zo wordt overzicht gehouden over de geleverde zorg, wordt geleerd van elkaars expertise en kunnen onnodige verwijzingen en behandelingen worden teruggedrongen.

Scholing aan elkaar is landelijk en regionaal georganiseerd. Beroepsgroepen die veel met elkaar te maken hebben op professioneel gebied, worden deels samen opgeleid in disciplineoverstijgende nascholing.

Daarnaast komen zij regelmatig bij elkaar op diverse informele en formele bijeenkomsten ter vergroting van het onderlinge contact.

Zorgbeleid

Beleidsmakers, economen, zorgverzekeraars en zorgprofessionals maken samen met de patiënt(vertegenwoordigers) het beleid, zowel landelijk als regionaal. Door periodiek wijkoverleg

met de gemeente, betrokken maatschappelijke instanties en zorgverleners in de wijk is de zorg beter geïntegreerd en toegepast op de lokale behoefte. Voor de wijkbewoner is duidelijk waar hij of zij met bepaalde zorgvragen terecht kan. Denk bijvoorbeeld aan geïntegreerde servicebalies van de gemeente in gezondheidscentra.

De (para)medische professionals zijn actief en intensief betrokken op beleidsniveau om hun expertises uit het veld te kunnen benutten bij het invoeren van nieuwe maatregelen.

ZORG DICHT BIJ HUIS

Huisartsenzorg

De samenstelling van de Nederlandse bevolking is verder veranderd: Nederland is ontgroend, vergrijsd en gekleurd. Naar schatting heeft in 2025 ongeveer 25 procent van de bevolking een allochtone achtergrond⁷. Dit zorgt voor een grotere diversiteit binnen gezinnen en samenlevingsvormen. De essentie van het huisartsenvak is en blijft het geven van generalistische, continue en persoonsgerichte zorg.

De rol van de huisarts als poortwachter voor de ziekenhuiszorg (en andere zorg in instellingen) is cruciaal, zowel in het behouden van het overzicht in de geleverde zorg aan de patiënt als in het kader van kostenbeheersing. Deze rol voert de huisarts uit met maximale ondersteuning. De huisarts wordt voorzien van informatie over de behandeling door andere zorgverleners en er bestaan laagdrempelige overlegmogelijkheden, zodat de huisarts het overzicht behoudt en fungeert als coach voor de gezondheidsbevordering van de patiënt. Huisartsen voeren hun kerntaken uit door middel van consulten en visites. Er is ruimte voor innovatie,



De heer Van Dijk meldt zich bij de huisarts met braken en buikpijn, hij heeft hiervoor zelf al een paar dagen naproxen als pijnstiller ingenomen.

Uit angst voor een acute verergering van de nierfunctie stuurt de huisarts de patiënt naar de Spoedeisende Hulp. De klachten blijken voort te komen uit nierstenen, die kunnen ontstaan bij jicht. De nierstenen vormen al langer een obstructie, waardoor de patiënt minder goed kan plassen.

Door de chronische obstructie, het gebruik van naproxenen de reeds aanwezige schade, zakt de nierfunctie van patiënt helemaal in. De metformine is niet aangepast aan de acuut verminderde nierfunctie, waardoor serieuze bijwerkingen optreden. Tot slot ontstaan er ritmestoornissen als gevolg van een te laag kaliumgehalte door het braken en het gebruik van plastabletten.

Tijdens de opname wordt de patiënt dan ook multidisciplinair behandeld door de SEH-arts, internist, ziekenhuisapotheker, cardioloog en uroloog. De nierstenen worden verwijderd en de medicatie wordt geoptimaliseerd.

zowel in taakgebieden (kaderhuisartsen, uitbreiding van mogelijkheden) als in werkvorm (e-consulten, avondspreekuren).

Een deel van de taken wordt uitgevoerd door praktijkondersteuners en -assistentes, maar de huisarts heeft de regie.

Spoedeisende zorg buiten kantoortijden wordt geleverd via regionale huisartsenposten die zijn geïntegreerd met spoedeisende hulpposten.

Huisartsen hebben flexibele werktijden die op de behoeften van de patiënt zijn afgestemd.

Acute zorg

Alle spoedzorg is gezamenlijk georganiseerd, met een huisartsenpost in de nabijheid van een Spoedeisende Hulp van een regionaal ziekenhuis. De triage vindt gezamenlijk plaats en wordt door een speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundige verricht. In de buurt is een speciale avond-weekend- en nachtapotheek gevestigd, vaak een combinatie van een dienstapotheek en gewone apotheek. Hier haalt de patiënt direct de voorgeschreven medicatie af. Voor patiënten is het duidelijk wanneer deze acute zorg nodig is en waar deze te vinden is.

Ouderenzorg

Het aantal ouderen met multimorbiditeit is in 2025 naar verwachting gestegen tot 1,5 miljoen. Tweederde van de 65 tot 75 jarigen en 85 procent van de 85 plussers heeft hiermee dan te maken⁸.

De zorg voor de kwetsbare oudere patiënt is dan ook goed georganiseerd in een multidisciplinaire setting, zo dicht mogelijk bij huis.

Naast de huisarts speelt de specialist ouderengeneeskunde hierin een grote rol. Deze is vaak ook extramuraal, in de wijk, actief. Samen met de lokale

apotheker, thuiszorg, wijkverpleegkundigen en paramedici leveren zij als team proactief zorg aan de patiënt, met tevens aandacht voor de mantelzorgers. Door deze ondersteuning wordt intramurale opname zo lang mogelijk uitgesteld.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Onder invloed van toegenomen levensverwachting (ook in deze patiëntengroep), oudere moeders en meer alloctonen, maar aan de andere kant ook meer erfelijkheidsvoorlichting en prenatale diagnostiek, is het aantal mensen met een verstandelijke beperking in 2025 ongeveer gelijk gebleven.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben grotere gezondheidsrisico's dan mensen zonder verstandelijke beperking⁹. Toch wonen zij waar mogelijk thuis of in kleinschalige woonvoorzieningen in de samenleving en slechts waar nodig in een zorginstelling. Iedereen met een verstandelijke beperking heeft toegang tot de zorg van een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en waar nodig medisch-specialistische en spoedzorg.

Om optimale zorg te waarborgen, werkt de AVG multidisciplinair met onder andere huisartsen, apothekers, gedragsdeskundigen en medisch specialisten. Mensen met weinig gezondheidsproblemen en een lichte zorgzwaarte ontvangen primair zorg van de huisarts. Bij moeilijkere vraagstukken verwijst de huisarts voor specialistische zorg de patiënt naar een AVG-polikliniek in de regio. Mensen bij wie sprake is van complexere problematiek en een hogere zorgzwaarte, ziekenhuisbezoek of bij opname ontvangen zorg primair van een AVG, al dan niet bijgestaan door een medisch specialist of huisarts.

Geestelijke gezondheidszorg

Door betere diagnostiek en vermindering van stigmatisering van psychische problemen is er blijvend vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Milde psychische problemen (circa 60 procent van alle klachten) worden behandeld door de huisarts, ondersteund door een GGZ-praktijkondersteuner en/of gesteund door consulten van de psychiater. Bij ernstigere problematiek die de huisarts niet meer zelf op kan vangen, verwijst deze direct door naar de basis GGZ of de meer gespecialiseerde psychiatrie.

In de basis GGZ is de behandelaar bijvoorbeeld een GZ-psycholoog of verpleegkundig specialist. De psychiater treedt in de basis GGZ vooral op als consulent bij de diagnostiek en medicatieadviezen. Complexe problematiek wordt multidisciplinair georganiseerd onder coördinatie van de psychiater in de gespecialiseerde GGZ.

Farmaceutische zorg

In 2013 zijn er 4,5 miljoen chronisch zieken, waarvan ongeveer 1,3 miljoen meer dan één chronische aandoening heeft¹⁰. Het aantal chronisch zieken is in 2025 verder toegenomen. Al deze mensen gebruiken chronisch medicijnen en vaak meerdere middelen tegelijk.

Op het terrein van goed gebruik van geneesmiddelen is veel winst behaald. De patiënt wordt bij medicatiegebruik intensief begeleid door de openbaar apotheker, wat juist gebruik van het geneesmiddel ten goede komt. De patiënt behaalt zijn individuele behandeldoelen met behulp van medicatiebegeleiding van de apotheker als medicijncoach. Daarnaast krijgen patiënten met meerdere medicijnen en aandoeningen jaarlijks een medicatiecheck van de apotheker. Hiervoor raadpleegt de apotheker labwaarden en indicaties

via het landelijke EPD.

Zo is een veilige medicatiebewaking bij de aflevering van medicijnen gewaarborgd en is deze afgestemd op de individuele patiënt. Openbaar apothekers hebben zo een toegevoegde waarde voor de huisarts en specialist op het gebied van patiëntveiligheid.

Sportgeneeskunde

Naast het algemeen bekende heilzame effect van bewegen wordt het naast een gezonde vorm van ontspanning in 2025 nog meer ingezet als middel ter preventie en behandeling van chronische aandoeningen ("exercise is medicine").

De sportgeneeskunde richt zich op het bevorderen, waarborgen en herstellen van de gezondheid van mensen die (willen gaan) sporten en/of bewegen en het bevorderen en herstellen van de gezondheid van mensen met chronische aandoeningen. Bij beide facetten wordt uitdrukkelijk rekening gehouden met de belastbaarheid en specifieke belasting.

De sportarts werkt aan de curatieve kant in de vorm van (blessure)consulten en behandeling. Daarnaast verricht de sportarts preventieve sportmedische onderzoeken bij (beroeps)sporters, topsporters en risicosporters.

Het is van wezenlijk belang om de gezonde én de chronisch zieke populatie in beweging te houden. De zorg hiervoor wordt transmuraal en multidisciplinair geleverd door betrokken specialisten en paramedici. Er wordt samengewerkt met de orthopedisch chirurg, cardioloog, longarts, revalidatiearts en met paramedici, zoals fysiotherapeut, inspanningsfysioloog, psycholoog en diëtist.

Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

Door de verschuiving van de pensioenleeftijd en met de toename van arbeidsgerelateerde gezondheidsvragen, is een goede bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige zorg van belang. De bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige zorg heeft een specifieke focus op de gezonde levensverwachting en ervaren gezondheid gedurende het werkzame leven. Hierdoor wordt de arbeidsparticipatie gemaximaliseerd en de mogelijkheden tot sociaal-maatschappelijke participatie verbeterd.

Voor een snelle, effectieve terugkeer naar (passend) werk vindt adequate samenwerking (vroegtijdige informatie-uitwisseling en overleg) tussen de behandelende sector en de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde plaats.

Publieke gezondheid

De vertaling van gezondheidsvraagstukken op het niveau van de publieke gezondheid naar individuele patiëntenzorg en vice versa vindt explicieter plaats. Dit biedt de basis voor een geïntegreerde, populatiegerichte zorg. De mens wordt benaderd als geheel, in zijn totale context, als onderdeel van de populatie, niet opgedeeld in partjes.

De patiënt is een burger in zijn eigen sociale omgeving met eigen verantwoordelijkheden en zelfredzaamheid ten aanzien van zijn gezondheid en gedrag. Daarom wordt de nodige aandacht besteed aan de maatschappelijke mogelijkheden binnen de klassieke domeinen van preventie, welzijn, wonen en werk.

Rondom de huisarts en wijkverpleegkundige functioneren professionals met collectiefpreventieve en klinisch-specialistische expertise. Artsen Maatschappij & Gezondheid (AMG) geven mede

inhoud aan een brede basisgezondheidszorg. Hierbij is er verbinding met de sociale sector en brede jeugd(gezondheids)zorg, die begint bij het veilig en gezond opgroeien van de jeugd. Vanuit de sociale geneeskunde is er ook een link met de curatieve zorg, waarbij de overheid de verantwoordelijkheid draagt voor een goed preventiebeleid.

ZORG IN INSTELLINGEN

Medisch-specialistische zorg

Door spreiding van laagcomplexe hoogvolume zorg en concentratie van hoogcomplexe laagvolume zorg vindt zorg op meerdere locaties in de regio plaats.

Ziekenhuizen en klinieken zijn servicelocaties waar de verschillende typen zorg geconcentreerd geleverd worden. Er zijn themaklinieken, maar de algemene (basis)zorg is overal voldoende beschikbaar. De patiënt en de specialist verplaatsen zich door de regio heen om zorg op de juiste plaats te ontvangen respectievelijk te verlenen.

Zorgverleners, instellingen en zorgverzekeraars zorgen ervoor dat de zorg niet versnipperd en de patiënt niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Ook zorgen zij ervoor dat alle zorg op een redelijke afstand bereikbaar blijft. Hiertoe werken alle zorgverleners op hoog niveau per regio samen en hebben zij zich flexibel georganiseerd.

ZBC's zijn een integraal onderdeel van regionale samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen. Hierdoor wordt optimaal gebruik gemaakt van de kleinschalige en efficiënte organisatie mogelijkheden van dergelijke klinieken en vinden er laagdrempelige uitwisselingen plaats tussen de

specialisten onderling, waardoor aanwezige kennis en kunde gemakkelijk gedeeld worden.

In de psychiatrie oftewel gespecialiseerde GGZ worden patiënten behandeld bij wie sprake is van complexe ziekte of de nadruk is gelegd op de complexiteit van diagnostiek en zorg, waaronder ook de bijzondere (gedwongen) opnames vallen. De tweedeling tussen somatiek en psyche is opgeheven en er wordt geïntegreerde zorg aangeboden met voldoende oog voor somatische comorbiditeit.

De geleverde zorg is vooral gericht op herstel, stabilisatie en re-integratie, waarbij het streven is om de patiënt zo snel mogelijk weer vrijwillig en bij voorkeur ambuland, dus dicht bij huis, te behandelen.

Op de psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen en in de psychiatrische instellingen is de psychiater hoofdbehandelaar. Daar waar mogelijk kan de klinisch psycholoog hoofdbehandelaar zijn, bijvoorbeeld bij complexe persoonlijkheidsproblematiek.

Verpleeghuiszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg

In het verpleeghuis zijn alleen ouderen met complexe problematiek opgenomen. Zorg in het ziekenhuis en in het verpleeghuis zijn een verlengstuk van elkaar en geriater, apotheker en specialist ouderengeneeskunde vervullen een cruciale, complementaire rol.

De specialist ouderengeneeskunde levert daarnaast in gespecialiseerde psychogeriatrische verpleeghuizen zorg aan mensen met dementie.

De arts verstandelijk gehandicapten (AVG) werkt vooral in instellingen voor mensen die dusdanig

complexe zorg nodig hebben dat deze niet in de thuissituatie door de huisarts kan worden geleverd. Daarnaast blijft de AVG beschikbaar voor hulpvragen van mensen in de thuissituatie.

Farmaceutische zorg

De kennis van de ziekenhuisapotheker op het gebied van geneesmiddelen wordt in 2025 nog steeds breed ingezet bij de behandeling van de (complexe) patiënt met specialistische farmaceutische zorg.

De ziekenhuisapotheker adviseert over de medicamenteuze behandeling door de geneesmiddelen-therapie op individueel niveau te optimaliseren op basis van de werking van het geneesmiddel op het lichaam, interacties tussen verschillende geneesmiddelen en bijwerkingen.

Hiernaast blijft de ziekenhuisapotheker op het gebied van intoxicaties, laboratoriumtechnieken en therapeutisch drug monitoring de specialist in het instellen van de juiste dosering van gebruikte geneesmiddelen en advisering bij overdoseringen. Correcte medicatiegegevens van en naar verschillende zorglocaties is van essentieel belang voor veilige farmaceutische zorg. Het landelijk EPD speelt hierin een grote rol.

De ziekenhuisapotheker is de spil in de begeleiding van deze overdracht voorafgaand, tijdens en na afloop van de opname en zorgt zo voor optimale farmaceutische zorg, zowel tijdens klinische opname als thuis.

De vraag naar niet commercieel verkrijgbare geneesmiddelen en complexe toedienmethoden is nog steeds aanwezig. Ziekenhuisapothekers zijn in staat om deze geneesmiddelen zelf te ontwerpen, bereiden en voortoediening gereed te maken zodat de patiënt in alle gevallen een adequate behandeling ontvangt.

Tijdens de opname blijkt de nierfunctie van de heer Van Dijk dermate achteruit te zijn gegaan dat hij gedialyseerd moet worden en moet worden overgeplaatst naar een regionaal ziekenhuis waar deze hoogcomplexere laagvolumezorg wordt aangeboden.

Dankzij de directe elektronische verzending van de overdrachtsbrief en de medicatiegegevens en diagnostieuitslagen in het EPD verloopt de overname soepel.

Helaas moet de heer van Dijk blijvend worden gedialyseerd. De dialyse kan thuis plaatsvinden, onder begeleiding van een dialyseverpleegkundige die regelmatig overleg voert met de huisarts.

Als hij op vakantie gaat, wordt de dialyse zonder probleem geregeld op andere locaties (inclusief medicatie en hulpmiddelen). De zorgverleners kunnen informatie immers gemakkelijk overdragen. Hierdoor is de patiënt ook flexibel.


Dankzij thuiszorg wordt het een en ander in goede banen geleid. De heer van Dijk heeft contact met de bedrijfsarts over zijn arbeidsongeschiktheid.

Omdat hij thuis kan dialyseren kan hij nog een paar uur per week blijven werken als verkoopmedewerker bij een warenhuis. Dit geeft hem persoonlijk veel voldoening en draagt dus bij aan zijn kwaliteit van leven.



Noten:

7. CBS, 10 maart 2010.
8. CBS, 10 maart 2010.
9. (1) W. van Staalduinen, F. ten Voorde. Trendanalyse Verstandelijk Gehandicapten. TNO (2011).
(2) Het zorgaanbod van de AVG, Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten (2012).
10. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multi-morbiditeit/hoeveel-mensen-hebben-een-of-meer-chronische-ziekten/>



**WAT IS DAAR
VOOR NODIG?**

3. WAT IS DAAR VOOR NODIG?

Voor een gezond zorglandschap is het cruciaal dat er een stelsel is waarin zorgverzekeraars, apothekers en artsen gezamenlijk en in wederzijds vertrouwen de zorg voor de patiënt op elkaar afstemmen.

Om de gezondheidszorg in 2025 zo te realiseren als in hoofdstuk 2 beschreven, is het noodzakelijk om de zorg verder te digitaliseren, de bekostiging van zorg anders in te richten, samenwerkingsverbanden te bestendigen en ook de opleidingen hierop aan te passen. Zo kunnen we tegemoet blijven komen aan de wensen van de patiënt, kunnen zorgverleners hun werk met passie en voldoening blijven doen en kunnen de kosten van de zorg beteugeld worden.

In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe deze noodzakelijke benodigheden in 2025 zijn vormgegeven.

DIGITALISERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG

E-health

Eén van de pijlers binnen de modernisering is zelfredzaamheid van de patiënt. Door gebruik van E-health kan hier op worden ingesprongen. E-health bestaat uit zowel digitale communicatietools ter ondersteuning van het live contact tussen de zorgverlener en de patiënt, als uit middelen die kunnen worden ingezet bij zelfdiag-

nostiek, monitoring en behandeling. Door online en digitaal met elkaar te communiceren, hoeft de patiënt de zorgverlener minder vaak op te zoeken. Vanzelfsprekend zijn deze middelen een aanvulling op het fysieke contact tussen zorgverlener en patiënt. Dit contact blijft de gedegen basis in de arts-patiëntrelatie.

Patiëntenvoorlichting

De beroepsgroepen van alle zorgverleners zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor adequate patiëntenvoorlichting, zowel mondeling als met (digitale) voorlichtingsfolders en websites. De patiënt wordt door betrouwbare informatie een beter geïnformeerde gesprekspartner in de spreekkamer, waardoor er betere gezamenlijke beslissingen over de behandeling kunnen worden genomen. Een overkoepelende website biedt een overzicht van alle relevante informatiesites. De informatie op de website is consistent en gebaseerd op de multidisciplinair ontwikkelde richtlijnen. Goede voorbeelden van al bestaande websites zijn www.thuisarts.nl en www.sportzorg.nl. Daarnaast kunnen patiënten en mantelzorgers, ter ondersteuning van elkaar, op hieraan gekoppelde forums gemakkelijk ervaringen uitwisselen.

Elektronisch patiëntendossier (EPD)

Belangrijk en onmisbaar voor samenwerking en een efficiënte uitoefening van het vak is een veilige digitale uitwisseling van patiëntgegevens

Ondanks alle begeleiding en ondersteuning gaat de heer Van Dijk toch langzaam achteruit.

In dit stadium van de ziekte wordt er met hem gesproken over eventuele behandelbeperkingen. Dit gebeurt met shared decision making, waarbij meerdere zorgverleners én de patiënt zijn betrokken. Ter voorbereiding op dit gesprek hebben de betrokken specialisten en de huisarts via Skype de mogelijkheden besproken.

In samenspraak met de heer van Dijk wordt daarna afgesproken dat hij niet meer in aanmerking zal komen voor een niertransplantatie. Deze behandelbeperking wordt opgenomen in het EPD en via e-mail naar alle behandelaars teruggekoppeld.



via een landelijk EPD. Het landelijk georganiseerde EPD is een initiatief van de overheid. De hierin verwerkte protocollen zijn vastgesteld door de beroepsgroepen gezamenlijk. De primaire voorwaarden privacy en veiligheid zijn voor het EPD gewaarborgd door beveiligingsprogramma's van het ministerie van VWS. Zorgverleners mogen geen informatie over patiënten delen of inzien wanneer dit niet relevant is. Inloggen in het landelijk EPD gebeurt met toestemming van de patiënt en op controleerbare wijze.

De inhoud van het EPD bevat verschillende onderdelen. Het totale dossier kan alleen worden ingezien door de hoofdbehandelaar en door de patiënt zelf, wanneer deze dit opvraagt. Iedere betrokken zorgverlener kan een zogenaamd basisdossier raadplegen. Dit is een extractie van het volledige digitale dossier en bevat alleen cruciale informatie die is vastgesteld door de verschillende beroepsgroepen.

Terugkoppeling van behandelingen naar de verwijzer of medebehandelaars wordt via e-mail verricht en automatisch aan het digitale dossier van de betreffende patiënt toegevoegd. Uitslagen worden gekoppeld aan het dossier zodra ze door de arts met de patiënt besproken zijn.

Het EPD bevat ook een uitgebreide online inzage-mogelijkheid voor de patiënt in zijn eigen dossier, met voornamelijk informatie ten behoeve van zelfmanagement. Mogelijkheden voor het (thuis) online invullen van een anamneselijst voorafgaand aan een eerste consult, is hier een voorbeeld van. Ook bijhouden van glucosecurves of functionele scoringslijsten, zoals Patient Related Outcome Measures (PROMs), die op ieder gewenst moment gedurende de behandeling kunnen worden gecoörd en vastgelegd, op een moment dat het de patiënt schikt, is gemeengoed geworden.

Het zorgplan van de patiënt en multidisciplinaire behandelprotocollen worden aan het EPD toegevoegd. Dit stelt de patiënt beter in staat de regie over zijn zorg te behouden. Er dient echter wel voor gewaakt te worden dat de patiënt niet onnodig ongerust gemaakt wordt, wanneer er in het EPD onderzoeksresultaten ter beschikking komen die de patiënt niet goed in zijn context weet te plaatsen.

Deze en andere mogelijkheden, die het EPD biedt, stellen de patiënt in staat regie te voeren over zijn eigen zorg. De behandelend arts geeft daarbij uitleg en begeleiding met als doel de patiënt deze regie zo optimaal mogelijk uit te laten uitvoeren.

Functionele websites

Ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en apotheken ondersteunen het EPD met een functionele eigen website. Hierop plannen patiënten afspraken in, vragen zij herhaalrecepten aan en maken zij gebruik van programma's voor online zelfmanagement. De patiënt voert zijn gegevens in en de arts/apotheker geeft hem advies en ondersteuning. Daarnaast zijn er via deze beveiligde verbinding mogelijkheden om voor digitale spreekuren in te schrijven en e-consulten af te spreken, bijvoorbeeld ter beantwoording van eenvoudige vragen en voor bepaalde vervolgsconsulten. Hierdoor reduceert het aantal live artsbezoeken, terwijl optimale service gehandhaafd blijft.

De online portal biedt monitoring en advies op afstand, met direct menselijk contact tussen patiënt en zorgverlener als centrale basis.

Mobile devices

Piepers en buzzers zijn vervangen door mobiele

moderne apparaten, zoals tablets en smartphones, die tegelijkertijd ook geschikt zijn voor e-consulting en het gebruik van multidisciplinair ingerichte tools voor telemedicine. Op de operatiekamers worden steriele touchscreens met ingebouwde camera's gebruikt, waarmee het mogelijk is om in te bellen voor bijvoorbeeld een live advies van een collega-expert op afstand.

De ontwikkeling van dergelijke technologie, die ervoor bedoeld is om het werk van zorgprofessionals doelmatiger en efficiënter te maken, zal een verdere vlucht nemen. De Google Glass, die momenteel voor medische toepassingen wordt getest, is hier een goed voorbeeld van¹¹.

Datamanagement

Meten en verbeteren vindt op alle niveaus van de gezondheidszorg plaats en is vakoverschrijdend. Het EPD kan met zijn digitaal vastgelegde gegevens goed worden ingezet als database ten behoeve van wetenschap en voorzien in de maatschappelijke behoefte aan transparantie over de kwaliteit van geleverde zorg. Uiteraard zijn de gegevens uit het EPD ten behoeve van dit doeleinde geheel geanonimiseerd.

Relevante kwaliteitsinformatie, inhoudelijk bepaald door de beroepsgroepen zelf, wordt structureel en vanuit een centraal punt verzameld en verwerkt door een onafhankelijke partij. Het datamanagement is efficiënt ingericht, zodat de administratieve last voor de zorgverlener zo beperkt mogelijk is gebleven.

Naast het gebruik voor wetenschappelijk onderzoek zullen uitkomstmaten ook gelden als spiegelinformatie voor de zorgprofessional ter zelfreflectie. Zorgverleners die hun eigen zorg vergelijken met dezelfde geleverde zorg van

andere zorgverleners, kunnen hiervan leren en raken gemotiveerd om zichzelf verder te verbeteren.

Transparantie van deze kwaliteitsinformatie heeft nadrukkelijk tot doel om zorgverleners objectief en op positieve wijze te stimuleren en om patiënt- en inzicht te geven in de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen. Kortom: transparantie is geen doel op zich, maar wordt gebruikt als middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

BEKOSTIGING VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Kostenbeheersing

Voor het behouden van een gezond zorglandschap is het van cruciaal belang dat er een stelsel is waarin zorgverzekeraars, apothekers en artsen in wederzijds vertrouwen de zorg voor de patiënt op elkaar kunnen afstemmen.

Patiënten, zorgverzekeraars, artsen en apothekers hebben ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid in het financieel houdbaar houden van de zorg. Uitgangspunt is dat burgers, waar mogelijk, hun best doen om gezond te blijven en dat zorgverleners waar nodig de best mogelijke zorg bieden aan hun patiënten, zonder zorg te verspillen en onnodige kosten te maken. Artsen en apothekers voelen zich medeverantwoordelijk voor de zorgkosten en willen ook mee blijven denken over de wijze waarop zij de best mogelijke zorg, zo doelmatig mogelijk kunnen leveren.

De taak die de zorgverzekeraar heeft is het beheersen van de zorgkosten. Selectieve inkoop van zorg door zorgverzekeraars is gebaseerd op

kwaliteit, rekening houdend met een goede prijs-kwaliteitverhouding.

De medisch professional is echter de enige die, op basis van zijn achtergrond en opleiding, goed kan bepalen wat kwalitatief goede zorg is. De zorgverzekeraar dient de zorgprofessional dus actief te betrekken bij deze selectieve zorginkoop. Hierbij worden maatregelen die doelmatige en kwalitatief goede samenwerking tussen verschillende zorgverleners tegengaan, voorkomen.

Van volume- naar kwaliteitsbekostiging

De volumebekostiging wordt uit de markt gehaald en vervangen door een bekostigingssysteem dat gebaseerd is op kwaliteit van zorg, waarbij vooral gekeken wordt naar welke 'toegevoegde waarde' een bepaalde behandeling heeft voor de patiënt. Deze uitkomstbekostiging vindt plaats op vakgroepspecifiek en regionaal niveau, zodanig dat onderlinge samenwerking wordt gestimuleerd en alleen geconcurrereerd wordt op basis van (basisnormen) kwaliteit en richtlijnen.

De overgang van volume- naar kwaliteitsbekostiging vindt plaats via een overgangsmodel, vergelijkbaar met het Geisinger model ¹².

In dit model wordt een deel van de honorering (te beginnen met 20 procent) vervangen door bekostiging op kwaliteitsparameters. Aanvankelijk blijft de volumebekostiging met productieprikkel deels bestaan, maar aangezien de zorgverlener financieel wordt aangemoedigd om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zal deze hiertoe al extra gemotiveerd zijn.

Naarmate er betere, zich bewezen kwaliteitsparameters, voorhanden zijn, zal de verdeling tussen volume- en uitkomstbekostiging geleidelijk verlegd worden, tot idealiter 100 procent kwaliteitsbe-

kostiging. Deze bekostiging is gebaseerd op het voldoen aan standaardnormen. Steek je je hoofd boven het maaiveld uit, dan mag zich dat laten uitbetalen. Deze financiële beloning gaat niet per definitie naar de betreffende zorgverlener of zorginstelling, maar is een beloning die de zorg verder ten goede komt. De beloningen worden bijvoorbeeld gebruikt ter uitbreiding van faciliteiten om de zorg in de regio verder te verbeteren, maar ook voor het mogelijk maken van cursussen en training aan collega's van andere praktijken en afdelingen.

Ontschotting

In 2025 is er sprake van een evenredige en inzichtelijke financiering van zorg op verschillende plaatsen, zodat de gewenste zorg plaats kan vinden op de voor de patiënt meest logische en juiste plek. Het onderscheid tussen de eerste- en tweedelijnszorg verdwijnt. In 2025 spreken we dan ook zoveel mogelijk van transmurale zorg.

Voorwaarde is volledige ontschotting van het budget, zodat er geen barrières meer bestaan voor substitutie van zorg tussen de huidige eerste en tweede lijn. Selectieve inkoop vindt plaats op het niveau van het zorgpad van de patiënt en niet op het niveau van de instelling of zorgverlener. Zorgverzekeraars worden actief betrokken bij de ontwikkeling en het bepalen van de vergoeding van deze zorgpaden, zodat de patiënt zich hier geen zorgen over hoeft te maken.

Selectieve inkoop door zorgverzekeraars hierin betekent echter niet dat zij voor 100% bepalen waar de patiënt zorg vergoed kan verkrijgen.

De patiënt heeft nog steeds de mogelijkheid om niet-gecontracteerde zorg af te nemen, waar een redelijke vergoeding vanuit de zorgverzekeraar

tegenover blijft staan, ongeacht de gekozen zorgpolis.

De restitutiepolis bestaat dus naast de naturapolis in het basispakket. Op deze manier kan de patiënt zelf blijven meebepalen wat hij onder kwaliteit van zorg verstaat en waar hij die wenst te ontvangen. Dit is van belang om de eigen verantwoordelijkheid te ondersteunen en versnippering van zorg voor een patiënt met comorbiditeit te voorkomen.

Nieuwe behandelingen en innovatie

De 'trechter van Dunning' beoordeelt of nieuwe behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen. Volgens dit principe wordt aan de hand van achtereenvolgens de bepaling van mate van noodzaak, werkzaamheid en doelmatigheid de bekostiging van een bepaalde behandeling bepaald.

Daarnaast blijft het belangrijk om innovatie te stimuleren. Nieuwe behandelingsmodaliteiten, samenwerkingsverbanden of initiatieven worden in 2025 gefinancierd en gefaciliteerd vanuit een gezamenlijk innovatiefonds van de zorgverzekeraars. Op die manier krijgen deze methoden ook de kans om zich te bewijzen op een wetenschappelijk verantwoorde manier.

Onder toezicht van de overheid worden kwaliteitsbevordering en samenwerking gestimuleerd.

Organen als de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Kwaliteitsinstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voorzien samen met verzekeraars in de controle op kwaliteit en gepast gebruik.

Kritisch en doelmatig behandelen

Artsen en apothekers hebben zoveel mogelijk kennis van de kosten in de gezondheidszorg. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om aan hen laagdrempelig een overzicht van de kosten van diagnostiek en behandeling beschikbaar te stellen.

Deze worden, waar mogelijk, ook in kaart gebracht voor de patiënt, alvorens een behandeling gestart wordt. Op deze manier hebben alle partijen helder inzicht in de kosten en wordt in samenspraak met de betreffende patiënt weloverwogen besloten waar en tegen welke prijs behandeld wordt.

Bij de besluitvorming over behandeling worden vragen meegenomen, zoals 'wanneer is een behandeling voor deze patiënt zinvol?' en 'wanneer brengt een behandeling mogelijk te hoge kosten met zich mee in verhouding tot de te verwachten gezondheidsbaten?'

Wensen van patiënten ten aanzien van behandelbeperkingen dienen vroegtijdig te worden besproken. Het is daarbij zaak dat artsen geschoold worden in het begeleiden van dergelijke besluiten.

Om een gezamenlijke, weloverwogen en op de patiënt toegesneden besluitvorming over de behandeling in de spreekkamer mogelijk te maken, zijn duidelijke kaders nodig. Deze worden gezamenlijk ontwikkeld door artsen, overheid en verzekeraars.

Oneigenlijke zorg en bewezen ineffectieve zorg worden ontmoedigd door artsen en apothekers en niet meer vergoed door zorgverzekeraars.

De overheid stelt duidelijke kaders waarbinnen vergoedingen plaatsvinden. Dit gebeurt aan de hand van richtlijnen die door de betrokken beroepsgroepen zijn opgesteld. Ook generiek voorschrijven van geneesmiddelen is een manier om kosten te besparen.

Om het overzicht te bewaren, bepalen zorgverzekeraars en apothekers eenmaal per jaar de leveranciers, waarvan de preferente middelen door alle zorgverzekeraars worden vergoed.

Doordat alle beroepsgroepen op deze wijze gebruik maken van gelijke behandeling gebaseerd

De conditie van de heer Van Dijk is achteruitgegaan door de dialyse en hij wil graag een trainingsadvies. Op verwijzing van de huisarts doet een sportarts een sportmedisch onderzoek om te kijken of er beperkingen zijn voor de training. Zij schrijft een persoonlijk trainingsadvies waarmee de patiënt samen met de fysiotherapeut aan de slag kan om zijn conditie en kracht te verbeteren.

Na de tussenrapportage door de fysiotherapeut en de sportarts in een MDO, wordt de sportarts gebeld door de fysiotherapeut dat de heer van Dijk tijdens de training last gekregen heeft van zijn linkerknie. De fysiotherapeut denkt aan een meniscusletsel. Omdat de sportarts na het klinisch onderzoek nog twijfelt aan de diagnose, wordt een MRI aangevraagd. De heer van Dijk kan zeer spoedig terecht voor de MRI aangezien deze diagnostische modaliteit 24 uur beschikbaar is. Er wordt inderdaad een meniscusletsel vastgesteld.

Na een elektronisch MDO tussen orthopeed, radioloog en sportarts zou hij op korte termijn geopereerd kunnen worden. De overwegingen uit het overleg worden met de heer van Dijk besproken en volgens het shared decision making model besluit hij zich te laten opereren.

Na de operatie wordt er via het MDO met de fysiotherapeut een revalidatieschema opgesteld. Zes weken na de operatie is hij weer volledig belastbaar.



op multidisciplinaire richtlijnen, wordt 'shoppen' voor patiënten minder heilzaam. Patiënten die beter geïnformeerd zijn, zijn ook minder geneigd om meerdere artsen te raadplegen. Hoewel de behoefte aan een second opinion hierdoor wordt verkleind, moet deze wel als (eenmalige) mogelijkheid voor de patiënt beschikbaar blijven in het basispakket. Patiënten zijn in het vraagstuk rondom zinvolle zorg een essentiële gesprekspartner en zijn daarom via de Patiëntenfederatie NPCF actief bij deze discussie betrokken.

SAMENWERKING EN FLEXIBILITEIT

Samenwerking

Om kwaliteitsverbetering te kunnen realiseren is het belang van samenwerking op alle vlakken en tussen alle betrokken partijen onontbeerlijk gebleken. Allereerst is er sprake van samenwerking tussen patiënt en zorgprofessional, maar ook tussen verschillende zorgverleners rondom de patiënt. Daarnaast is er een goede samenwerking tussen alle stakeholders (zorgverzekeraars, beleidsmakers, raden van bestuur van ziekenhuizen, zorgprofessionals).

Deze uitgebreide vormen van samenwerking vereisen wel flexibiliteit. Zowel patiënten als zorgprofessionals moeten soms reizen om zorg te kunnen ontvangen respectievelijk te kunnen verlenen. Zorginnovatieve initiatieven en onderzoek hiernaar worden gestimuleerd om voortdurende kwaliteitsverbetering na te blijven streven.

Flexibiliteit

Met flexibiliteit in werkplaatsen en in werktijden van de zorgprofessional is ingespeeld op de behoeften van de patiënt. Naast toegankelijke

openingstijden ondersteunt de arts waar gewenst zijn patiënt met avondspreekuren. Door efficiënter gebruik te maken van diagnostische apparatuur en testen, zoals CT- en MRI-scans, kan de patiënt aangeven wanneer een afspraak hem of haar schikt, worden wachttijden voorkomen en kosten bespaard door optimaal gebruik van dergelijke dure apparatuur.

OPLEIDINGEN

In een maatschappij met toenemende vergrijzing en complexiteit van zorgvragen is er behoefte aan een goede generalistische basis in de medische en farmaceutische opleidingen. Deze moet al worden gelegd in de studies geneeskunde en farmacie. Door te focussen op integrale zorg met aandacht voor zorgintegratie en samenwerking, kan vervolgens worden voortgeborduurd tijdens de eerste fase van de vervolgoopleidingen.

Door de verdergaande modernisering van de zorg, de complexiteit van het zorgstelsel en maatschappelijke belangen zijn aandacht voor en bekwaming in algemene competenties in alle opleidingen een must om voldoende uitgerust als zorgprofessional aan de slag te kunnen.

De eerste twee jaar van de vervolgoopleiding moeten een brede basis geven voor elke professional in zijn of haar vakgebied. Het vervolg van de opleiding richt zich op specialisatie en differentiatie, waarbij de kanttekening dat alleen daarin wordt opgeleid waar behoefte aan is.

Onafhankelijke coach

De splitsing in laagvolume hoogcomplexe zorg en hoogvolume laagcomplexe zorg heeft gevolgen voor de medische vervolgoopleidingen en vereist

flexibiliteit van alle betrokkenen, dus van zowel opleiders, aios, instellingen als registratiecommissie. Klinieken kunnen namelijk niet allemaal meer voldoen aan de erkenningseisen van de Registratiecommissie Geneeskundige Specialismen (RGS) en Specialisten Registratie Commissie (SRC) en niet alle klinieken kunnen meer alle onderdelen van de opleidingen blijven verzorgen. Een direct gevolg is dat aios in meerdere opleidingsklinieken de opleiding zullen moeten volgen. Om de continuïteit in de begeleiding te waarborgen, wordt elke aios gedurende zijn gehele opleidingsperiode begeleid door een onafhankelijke coach. De coach bewaakt zowel de kwaliteit van de doorlopen opleiding, als die van de jonge zorgprofessional.

Gevolgen van taakherschikking

Taakherschikking en het inpassen van multidisciplinaire zorg heeft ook grote consequenties voor de inrichting van de opleidingen. Door het inzetten van physician assistants, pharmacy practitioners, verpleegkundig specialisten respectievelijk praktijkondersteuners worden bepaalde taken overgenomen van de anios en de aios. Dit mag niet ten koste gaan van de blootstelling aan opleidingsmomenten van de aios, noch van invloed zijn op de rol van de anios/project-apotheker. Bij jong afgestudeerden zijn deze tijdelijke schakelfuncties namelijk vaak gewenst om tot een meer onderbouwde keuze voor een bepaalde medische vervolgopleiding te komen. De opleider gebruikt deze tijd ook om een zorgvuldigere inschatting van geschiktheid van een kandidaat te kunnen maken alvorens deze aan te nemen voor de opleiding. Door deze manier van selecteren kan onnodige uitval onder aios worden voorkomen.

Competentiegericht opleiden

Medische en farmaceutische opleidingen werken volgens het CanMeds model. De modernisering van de patiëntenzorg heeft onder andere geleid tot 'shared decision making', de inzet van E-health en digitalisering en een toenemend belang van multidisciplinaire samenwerking. Kennis van ouderenzorg is door de vergrijzing een structureel onderdeel van de opleidingen geworden, evenals kennis over 'global health' en omgang met culturele diversiteit in patiëntengroepen. Het coördineren van ketenzorg en grotere groepen patiëntenstromen is een nieuw element binnen de gevraagde competenties van de zorgprofessional. Ook voor het uitvoeren van het dagelijkse werk van iedere medische professional dienen 'algemene competenties' beheerst te worden. Denk aan samenwerking en communicatie met collega's of het leiden van zorgteams. Deze competenties worden beschouwd als een vast en volwaardig onderdeel van het artsen- en apothekersvak.

Kennis van zorgstelsel

Kennis van financiering, organisatie en management in de zorg is een must voor elke zorgprofessional van de toekomst. Om te komen tot systemen die kwaliteit en efficiëntie verbeteren en kosten reduceren, is kennis van deze zaken voor alle medici cruciaal. Deze bagage is onmisbaar voor bestending van de leiderschapsrol van medici in de gezondheidszorg, opdat zij inspraak kunnen houden en besluiten worden genomen op basis van kwaliteit van zorg en niet alleen op basis van kosten. Als we van zorgprofessionals verwachten dat zij een vakkundige gesprekspartner zijn voor bestuurders, beleidsmakers en zorgverzekeraars, dan zullen leer-

modules over kosten en financiering van de gezondheidszorg en over medisch leiderschap volledig geïncorporeerd moeten zijn in de opleidingen. Het is noodzakelijk om daarnaast de mogelijkheden voor aios die zich verder willen bekwamen in organisatorische- en management-kwaliteiten uit te breiden.

Het Platform Medisch Leiderschap is in 2025 het geëigende kanaal dat kennis, onderwijs, onderzoek en netwerken over medisch leiderschap samenbrengt en ervoor zorgt dat de arts zich deze competentie eigen kan maken en zich hierin kan blijven ontwikkelen. Dit is een continu gewaarborgd proces, waardoor op elke sleutelpositie artsen kunnen zitten die meewerken aan het vormgeven en organiseren van goede zorg. Voor medisch leiderschap geldt dezelfde piramide als voor de wetenschap: iedere arts moet onderzoeksresultaten kunnen interpreteren, maar niet iedereen wordt professor. Zo zal niet iedere arts in de raad van bestuur of in de politiek hoeven zitten, maar heeft wel iedere arts enige kennis van medisch leiderschap. Leerhuizen in de regio hebben hun krachten gebundeld, waardoor een efficiënte en doelmatige onderwijsinstelling is ontstaan waar jonge professionals elkaar kunnen ontmoeten.

Doelmatigheid

Deze uitbreiding in de opleiding leidt niet tot een langere opleidingsduur. Door efficiënter om te gaan met diensten, compensatie en mogelijke opleidingsmomenten is de opleiding doelmatiger ingericht. Het bevorderen van algemene competenties begint namelijk al in de universitaire opleidingen (farmacie en geneeskunde). De vervolgoopleidingen organiseren centraal disciplineoverstijgende nascholing, waarin jonge

professionals in elkaars keuken kijken en elkaars vak leren kennen. De vervolgoopleidingen zijn flexibeler en individueler ingericht. Excellente aios kunnen eerder hun competenties bereiken binnen de opleiding en zijn daardoor eerder klaar met de opleiding. Daarnaast zijn vrijstellingen die opgedaan zijn tijdens de anios-periode aftrekbaar van de aios-periode.

Diensten worden dusdanig ingericht dat er een optimaal leereffect van uitgaat. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat aios in het ziekenhuis in het laatste jaar minder nachtdiensten draaien en hierdoor overdag geen compensatie hoeven op te nemen. Zij krijgen meer een superviserende rol om zich optimaal te kunnen voorbereiden op de toenemende verantwoordelijkheid wanneer zij bijna klaar zijn. Dit levert een aanzienlijke kostenbesparing op zonder de kwaliteit van de opleiding te schaden. Deze gaat er zelfs op vooruit.

Financiering

Verschillende veldpartijen hebben eraan bijgedragen dat de kostprijs van de opleiding per aios berekend kan worden. Deze globale berekening is noodzakelijk om te inventariseren of de kosten per aios per opleiding kunnen dalen. Voorwaardelijk aan een lager bedrag per aios per instelling is dat de opleiding doelmatiger is ingericht.

Verder is kritisch gekeken naar de benodigde instroom van zorgprofessionals. Het is immers kapitaalvernietiging om een dure medische (vervolg)opleiding te financieren als er later geen ruimte is voor deze zorgprofessional op de arbeidsmarkt. Idealiter resulteert een vraaggestuurd aanbod van differentiatiemogelijkheden c.q. fellowships dan ook in een beperking van werkloosheid onder de jonge klare zorgprofessionals.

Toegankelijkheid

De medische en farmaceutische vervolgopleidingen zijn toegankelijk voor iedereen die de basisopleiding met goed gevolg heeft afgerond. Dit mag niet afhankelijk zijn van de financiële situatie waarin iemand zich bevindt of de bereidheid om schulden aan te gaan. Daarom bestaat er geen eigen bijdrage voor de vervolgopleidingen.

Artsen en apothekers zijn intrinsiek gemotiveerd en moeten daarop geselecteerd worden. Talent is belangrijker bij de selectie dan financiële middelen. De selectie van potentiële kandidaten voor de vervolgopleidingen is gebaseerd op talent en interesse, waarbij de keuze voor de opleiding niet geleid wordt door financiële prikkels.

De heer Van Dijk prijst zich gelukkig dat de zorg zo soepel is georganiseerd rond zijn persoonlijke gezondheidssituatie.

Toen zijn moeder deze leeftijd had, was er op dat gebied nog de nodige verbetering mogelijk. Dankzij gezamenlijke inspanningen van jonge zorgprofessionals is de zorg uitstekend geregeld en nog steeds van hoge kwaliteit.

Noten:

11. www.googleglass.nl
12. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22949457



The logo consists of two concentric white octagons on a dark blue background. The word "SLOTWOORD" is centered between the two octagons.

SLOTWOORD

De Nederlandse gezondheidszorg behoort tot de beste van de wereld. Om deze positie te behouden, is het van groot belang dat we met onze tijd meegaan, optimaal profiteren van de technologische mogelijkheden en ons aanpassen aan de toenemende invloed van de patiënt.

In dit rapport hebben wij als Werkgroep Zorg 2025 een visie geschetst over hoe wij vinden dat de nabije toekomst van het Nederlandse zorgland- schap er uit moet komen te zien.

Wij zijn de nieuwe generatie zorgprofessionals die dit landschap mede vorm kunnen geven. Samen met alle andere betrokken partijen (politiek, verzekeraars, patiëntenorganisaties, etc.) willen wij ons inzetten om daad bij het woord te voegen en ervoor zorgen dat onze Nederlandse gezondheidszorg tot de beste van de wereld blijft behoren.

Een doel van dit visiedocument is om te laten zien dat wij als intrinsiek gemotiveerde jonge zorg- professionals de belangen van de patiënt te allen tijde voorop hebben staan. Verder hopen wij dat het voor beleidsmakers aanleiding zal zijn om ons, als professionals uit de praktijk, actief te betrek- ken bij het zorgbeleid, dat invloed heeft op onze gezamenlijke toekomst.

Zoals benoemd in de inleiding, hebben al vele partijen in het recente verleden nagedacht over de zorg van de toekomst en deze beschreven in een visiedocument.

De unieke samenstelling van onze werkgroep heeft daarbij geleid tot een voortzetting, verfijning en verdere concretisering van deze eerdere rapporten over de zorg in de toekomst. Bovendien hebben wij met dit breed gedragen visiedocument een eerste stap gezet op weg naar 2025, het jaar waar wij samen met én voor de patiënt gaan zorgen.

HOE NU VERDER?

Symposium

Door middel van het organiseren van het sympo- sium Coach, Cure & Care 2025 op 8 oktober 2013 willen wij ons visiedocument de verdiende aandacht geven.

Het doel van deze avond is tweeledig. Wij hopen allereerst hiermee onze eigen achterban te prikkelen om samen met ons actief na te denken over de zorg van de toekomst. Want helaas wordt de huidige generatie artsen en apothekers nog niet opgeleid volgens het door ons geschetste ideale beeld. Kennis over financieringsstromen, organisatie van de zorg en medisch management wordt niet overal standaard aangeboden. Het is dan ook nog niet gebruikelijk om als zorgprofes- sional in wording op deze manier na te denken over het toekomstige werk en jouw betekenis als professional in het grote geheel.

We hopen onze collega's door middel van het visiedocument en symposium mede bewust te kunnen maken van het belang hiervan.

Daarnaast hebben wij een groot aantal stakeholders en geïnteresseerden uitgenodigd. Uit de vooraankondigingen bleek al dat ons initiatief vanuit diverse kanten gewaardeerd wordt en wij hopen dan ook dat wij door middel van dit symposium een eerste gelegenheid scheppen om met de verschillende partijen kennis te maken en in gesprek te raken. Wij zijn dan ook zeer vereerd dat de huidige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Edith Schippers, bereid is om op deze avond persoonlijk het visiedocument van ons in ontvangst te nemen.

Aan tafel

Momenteel is de sectie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bezig met het voorbereiden van

een advies aan de overheid. Het doel hiervan is om de toekomstige beroepenstructuur en een daarop afgestemd flexibel opleidingscontinuüm te ontwikkelen voor de zorg.

Wij, als jonge zorgprofessionals, zijn van mening dat wij op basis van onze ervaringen uit de praktijk een belangrijke meedenkende partij zijn voor zowel patiënten, beleidsmakers, zorginstellingen als zorgverzekeraars.

Wij hopen dat dit visiedocument een bron van inspiratie en informatie is voor velen, waarmee bij het maken van beleid rekening gehouden zal worden. Wij zijn graag bereid om bij beleidsmakers aan tafel te komen indien onze visie verdere vragen oproept en op momenten wanneer onze expertise gewenst is. Nu en in de toekomst!

‘Samen op weg naar een kwalitatieve, efficiënte en doelmatige gezondheidszorg in 2025!’

SAMENVATTING

De zorg wordt steeds duurder, patiënten zijn mondiger en de ontwikkeling van nieuwe technieken denderd voort. Patiënten, zorgverleners, overheid en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een kwalitatief hoge en betaalbare gezondheidszorg, ook in de toekomst.

Dit vraagt om verdergaande samenwerking op alle vlakken, flexibiliteit van alle betrokkenen binnen het zorglandschap en om een financieringsstructuur die dit ondersteunt.

Wij hebben, als nieuwe generatie zorgprofessionals, een visie op de zorg van de toekomst in Nederland geschetst die haalbaar en toetsbaar is en is afgestemd op de moderne patiënt in Nederland.

In onze visie staan de volgende begrippen centraal:

Gezondheid en preventie: gezondheid en algemeen welzijn staan boven ziekte en het stellen van diagnoses. Maximaal inzetten op preventie draagt hieraan bij.

Verantwoordelijkheid: de burger/patiënt is verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid en welbevinden; de zorgprofessional is verantwoordelijk voor goede zorg op het goede moment en om dit mogelijk te maken zijn politici, beleidsmedewerkers, ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars samen met zorgprofessionals de verantwoordelijkheid voor hun taken.

Zelfredzaamheid: patiënten zorgen zo lang mogelijk voor zichzelf. De mensen en middelen die hieraan een belangrijke bijdrage kunnen leveren dienen volledig benut te worden.

De menselijke maat: deze staat weer centraal in de zorg. De zorgprofessional heeft aandacht voor de patiënt, treedt op als coach en gezamenlijke besluitvorming staat op de voorgrond.

Samenwerking: de zorg is gebaseerd op teamwork waarbij een goede samenwerking tussen alle betrokken partijen essentieel is.

Het Nederlandse zorglandschap in 2025 biedt zorg op maat en in samenhang. De zorg vindt zo lang mogelijk thuis/in de buurt van huis plaats. Er heeft een taakverschuiving plaatsgevonden naar physician assistants (PA), verpleegkundig specialisten (VS), pharmacy practitioners (PP) en praktijkondersteuners (POH). Deze verschuiving biedt specialisten en apothekers ruimte voor andere specialistische taken. Ziekenhuizen en klinieken zijn servicelocaties waar de verschillende typen zorg geconcentreerd geleverd worden. Er zijn themaklinieken, maar de algemene (basis) zorg is overal voldoende beschikbaar.

Dit nieuwe zorglandschap vraagt om **flexibiliteit en samenwerking** van alle betrokkenen en om een financieringsstructuur die dit ondersteunt. Daarnaast moet de zorg verregaand gedigitaliseerd worden, waarbij de mogelijkheden van **E-health** optimaler benut worden. Uiteraard zullen de

opleidingen tot specialist en apotheker aangepast moeten worden op de eisen die deze toekomstige gezondheidszorg en de daarvoor benodigde competenties met zich meebrengen.

Met Coach, Cure & Care 2025 hopen wij een eerste actieve bijdrage te kunnen leveren aan het gezamenlijk ontwikkelen van een daadwerkelijk kwalitatieve, efficiënte en doelmatige gezondheidszorg in 2025.

Over het ontwerp:

De achthoeken die in dit visiedocument steeds terugkomen, symboliseren de acht samenwerkende partijen: ieder levert vanuit zijn eigen invalshoek een onmisbare bijdrage aan de stevige gezamenlijke toekomst. De kleuren van de achthoeken zijn afkomstig uit de logo's van de deelnemende partijen.

Het kleurrijke karakter van het ontwerp symboliseert zowel het kleurrijke gezelschap als de veelheid aan onderwerpen die in dit visiedocument besproken worden.

Wij danken eenieder die een bijdrage geleverd heeft om dit visiedocument en/of het symposium ten behoeve hiervan mogelijk te maken. Enkele mensen willen wij speciaal benoemen:

- **Wil Bosch:** de door jouw georganiseerde discussiedag op 20 oktober 2012 met als titel 'De geschiedenis herhaalt zich, maar de toekomst is niet te voorspellen' was aanleiding voor ons om met elkaar aan tafel te gaan en was dus het begin van Werkgroep Zorg 2025.
- **Winnie Sorgdrager:** dankzij uw bezielende leiding werden wij op deze dag geprikkeld om met elkaar in discussie te gaan. Ook op ons symposium bent u bereid om uw steentje bij te dragen.
- **Wilna Wind:** dankzij uw bijdrage aan ons symposium wordt nogmaals benadrukt dat dit visiedocument de patiënt centraal stelt.
- **Marian Kaljouw:** als voorzitter van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen heb je ons een ingang gegeven om daadwerkelijk aan tafel te komen! Ook heb je een waardevolle rol gespeeld bij het zoeken naar een externe spreker en bereid gevonden om zelf een presentatie te geven. We hopen in de toekomst vaker met je te mogen sparren.
- **Besturen van De Jonge Orde, LOVAH, VAZA, VJA, juniorkamer van VSG, VASON, LOSGIO en VAAVG** voor het klankborden voor de inhoud en de financiële bijdrage om het opstellen van het document en het symposium mogelijk te maken.
- **Dorinda Maas, Michiel Moormann en Lynette Wijgergangs:** dankzij jullie strakke vormgeving, ontworpen casusillustratie respectievelijk tekstuele aanpassingen heeft ons visiedocument de gewenste uitstraling gekregen.

WERKGROEP ZORG 2025

De Werkgroep 2025 is opgesteld uit een aantal belangenbehartigers van diverse medisch professionals in opleiding en bestaat uit:

- Suzanne Witjes (coördinatie), Hanneke Verheijde (secretaris), Jesse Habets, Sam Schoenmakers en Jeroen Steenmeijer namens De Jonge Orde (DJO)
- Marjan Kruijer, Lotje Vernooy en Jolien Glaudemans namens de Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen (LOVAH)
- Lieke Mitrov-Winkelmoen en Emilie Gieling namens de Vereniging van Apothekers in opleiding tot Ziekenhuisapotheker (VAZA)
- Romy de Groot namens de Vereniging van Jonge Apothekers (VJA)
- Suzan de Jonge en Elsbeth van Dorssen namens de Juniorkamer van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
- Janine van Kooten namens de Vereniging voor aios specialisme ouderengeneeskunde Nederland (VASON)
- Marinus Popeijus en Maud Boiten namens het Landelijk Overleg Sociaal Geneeskundigen In Opleiding (LOSGIO)
- Willemijn Hensbroek namens de Vereniging voor Artsen in opleiding tot Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (VAAVG)



Vlnr: Marjan Kruijer, Hanneke Verheijde, Jolien Glaudemans, Suzanne Witjes, Lieke Mitrov-Winkelmolen, Sam Schoenmakers, Janine van Kooten, Romy de Groot, Susan de Jonge, Marinus Popeijus, Jesse Habets en Lotje Vernooy.

