

2014

**zorg** belang  
Fryslân



## **Discussienota: Naar een patiëntvriendelijke zorgorganisatie**



# Naar een patiëntvriendelijke zorgorganisatie

Discussienota van Zorgbelang Fryslân,  
als bijdrage aan de gedachtenvorming over het zorglandschap in Friesland in 2020.

Reageren?

Stuur een mail naar Harriët Hollander via [hollander@zorgbelang-Fryslân.nl](mailto:hollander@zorgbelang-Fryslân.nl)

Of surf naar website [www.zorgbelang-Fryslân.nl](http://www.zorgbelang-Fryslân.nl)

Leeuwarden, februari 2014

Harriët Hollander  
Guus Schrijvers

# Inhoudsopgave

Introductie	4
1 De eerstelijnszorg en de chronische zorg	8
2 De spoedeisende hulp	15
3 De geboorte zorg	20
4 De electieve zorg	24
5 De oncologische zorg	29
6 De ouderenzorg	33
7 Nawoord: patiënten inbreng op alle niveaus van besluitvorming	37

# Introductie

In juli 2012 gaf Zorgbelang Fryslân haar inhoudelijke visie op de Friese zorg in 2020. Die bestond uit een Verzamelnotitie met inhoudelijke aanbevelingen die zij voor het initiatief 'Friesland Voorop' van belang acht <sup>1</sup>. Zorgbelang Fryslân is de vereniging van belangenorganisaties van patiënten, consumenten, gehandicapten en ouderen in Friesland. Doel van de vereniging Zorgbelang Fryslân is opkomen voor de belangen van zorggebruikers. Vanuit die rol coördineert en ondersteunt Zorgbelang Fryslân de cliënteninbreng in het proces van Friesland Voorop, een initiatief van De Friesland Zorgverzekeraar om de Friese zorg toekomstbestendig in te richten. Friesland Voorop bestaat uit een stuurgroep met vertegenwoordigers van alle partijen in de Friese curatieve zorg: huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuizen en ook Zorgbelang Fryslân. De stuurgroep tracht te komen tot een gezamenlijke visie voor de curatieve zorg in het jaar 2020. Onder de stuurgroep werkten in 2012 zes expertgroepen voor de domeinen eerstelijns en chronische zorg, geboortezorg, acute zorg, electieve zorg, oncologische zorg en complexe vaatchirurgie.

De aanbevelingen van juli 2012 zijn gesorteerd naar de zes aandachtsgebieden van deze zes expertgroepen. Ze kwamen tot stand na uitgebreid overleg van de leden van Zorgbelang en de cliëntenraden van de vijf Friese ziekenhuizen. Achterbanraadplegingen gebeurden via de Q-sorting methode. Voor een precieze beschrijving van het opstellen van de aanbevelingen verwijzen wij naar de genoemde Verzamelnotitie.

Op basis van de Zorgbelang Visie van juli 2012 zijn de vertegenwoordigers van Zorgbelang Fryslân in expertgroepen, stuurgroepen en cliëntenraden in ziekenhuizen aan de slag gegaan. De stuurgroep Friesland Voorop ging verder met vijf inhoudelijke groepen: de groepen vaatchirurgie en acute zorg zijn samengevoegd. Daarnaast startte zij vier randvoorwaardelijke projecten, die elk één breed aspect van de zorgorganisatie onder de loep namen. Deze aspecten zijn:

1. Bestuurlijke en financiële aspecten
2. De Zorg ICT
3. De mobiliteit van personeel en professionals
4. De organisatie van de inbreng van patiënten

Binnen Zorgbelang Fryslân ontstond de gedachte om deze vier randvoorwaarden in onderling verband te bespreken, omdat de ervaring in het initiatief Friesland Voorop had geleerd dat deze samenhangen. Zo zijn bijvoorbeeld bestuurlijke en financiële aspecten slechts te bespreken in samenhang met de vierde randvoorwaarde, de organisatie van de patiënten inbreng. Verder achtte Zorgbelang Fryslân het van belang dat patiëntvertegenwoordigers zo veel mogelijk met één mond spreken over randvoorwaarden in cliëntenraden, expertgroepen, randvoorwaardenprojecten en stuurgroep. Want cliëntenparticipatie is aan de orde in alle niveaus van de zorg en wel volgens het ABC van Zorgbelang Fryslân. Bij de A gaat het daarbij om het *Adviesrecht* dat cliënten moeten hebben op koers en beleid van de zorgaanbieder. De B staat voor *Beïnvloeding van het zorgaanbod* op basis van cliëntervaringen en wensen. Er bestaan verschillende methodieken zoals focusgroepen en vragenlijsten om deze grote bron van stille kennis manifest te maken. Bij de C in het ABC gaat het om coproductie van patiënt en hulpverlener die gezamenlijk beslissen over de opties binnen het zorgaanbod en de toerusting van de patiënt.

Om na de inhoudelijke aanbevelingen van juli 2012 ook te komen tot aanbevelingen over de randvoorwaarden schreven ondergetekenden deze discussienota. De bedoeling is dat dit stuk aan de orde komt in tal van raadplegingen en ontmoetingen met de achterban van Zorgbelang Fryslân. Die moeten plaatsvinden in de loop van 2014. Op basis van al die discussies stelt Zorgbelang Fryslân kort na de zomer een beleidsnota vast die zij in de stuurgroep inbrengt. Deze wordt vanaf dat moment de grondslag van onze inbreng in cliëntenraden van ziekenhuizen, expertgroepen,

---

<sup>1</sup> Zorgbelang Fryslân, Verzamelnotitie Cliënteninbreng ten behoeve van Friesland Voorop, Leeuwarden, juli 2012. Te raadplegen via [www.zorgbelang-fryslan.nl](http://www.zorgbelang-fryslan.nl).



randvoorwaardelijke projecten en stuurgroep. Individuele patiëntvertegenwoordigers kunnen daarvan afwijken. Natuurlijk, dat is democratie. Wel wordt hen gevraagd hun afwijkend standpunt uit te leggen.

Bij het schrijven van dit discussiestuk konden ondergetekenden niet uit de voeten met de vier voornoemde randvoorwaarden: Ze bleken te breed en te vaag. Al schrijvende en na veel onderlinge discussie en met Zorgbelangdirecteur Margreet de Graaf kwamen wij tot de elf randvoorwaarden vermeld in afbeelding 1.0. We hebben deze niet ontleend aan een boekje of een theorie. In deze afbeelding staan voorbeelden ter verduidelijking genoemd evenals overzichtspublicaties die theoretisch onderbouwen hoe de betreffende randvoorwaarde de patiëntenzorg mogelijk maakt.

**Afbeelding 1.0 Randvoorwaarden voor een duurzame, patiëntvriendelijke organisatie van de Friese patiëntenzorg in 2025.**

Naam van de randvoorwaarde	Voorbeeld ter verduidelijking	Publicatie waarop de randvoorwaarde is gebaseerd
1. Aanwezigheid gezamenlijke doelen	De Friese zorgpartijen brengen regelmatig gezamenlijke beleidsnota's uit over zorg aan mensen met een chronische aandoening	Bisagnano M. & C. Kenney, Pursuing the, Triple Aim, John Wiley, 2012
2. Continuïteit van zorg, informatie en in persoon	Na ziekenhuisontslag staat de wijkverpleegkundige direct aansluitend klaar om nazorg aan te bieden	Haggerty JL et al, Continuity of care: a multidisciplinary review, BMJ. 2003 November 22; 327(7425): 1219–1221
3. Op schrift vastgestelde, openbare taakverdeling voor zorgprofessionals	Huisartsenposten en Spoedeisende Hulpafdelingen gebruiken een gemeenschappelijke beslisboom ter bepaling van urgentie en beste zorgverlener voor de patiënt	Grol R., Variaties op een complex thema: Kwaliteit van Zorg, afscheidsrede Radboud Universiteit Nijmegen, 2010
4. Transparante verantwoording over verleende zorg ofwel governance	Een keten voor oncologische zorg kent één gemeenschappelijke klachtenprocedure voor alle betrokken zorgprofessionals	www.zorgbredegovernancecode.nl
5. Beveiligd interactief dataverkeer tussen zorgprofessional en patiënten, tussen zorgprofessionals en tussen patiënten onderling	Elektronische inzage van het digitale patiëntendossier door de patiënt	Liang LL (ed), Connected for Health, Jossey-Bass Publishers, 2010
6. Transparante besluitvorming over begroting en jaarprogramma's van zorgaanbieders en zorgprofessionals	Beoordeling door patiëntvertegenwoordigers of de begroting aansluit op eerder vastgestelde gezamenlijke doelen	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard, Achtergrondstudie van Het Expertise Centrum, consultants voor overheidsinformatisering, uitgebracht aan de Raad

		voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies De Staat van het Stelsel, Zoetermeer, 2004
7. Transparante besluitvorming over onderwerpen met een lange termijn effect	Bijtijds voorleggen van voorgenomen fusies aan andere zorgpartijen in Friesland	Zie randvoorwaarde 6
8. Werkgevers die organisatorische kaders aangeven voor zorgprofessionals	Dienstverband voor medisch specialisten bij ziekenhuizen	Weggeman M, leiding geven aan professionals?, niet doen, SClëntenradeniptum, 2008, 3 <sup>e</sup> druk
9. Bekostiging van zorgaanbieders die de vastgestelde doelen bevorderen	Een keten-DBC voor het totaal van zorg aan patiënten met een chronische aandoening	Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering, Eindrapport van de evaluatie commissie Integrale Bekostiging, Den Haag, 2012
10. Een sociaal kader voor zorgprofessionals	Een zorgprofessional wordt niet werkloos ten gevolge van het invoeren van een herverdeling van taken	Eigen inbreng
11. Adequate patiënten inbreng op alle niveaus van besluitvorming van zorgprofessional en zorgaanbieder	Bij een verwijzing biedt een huisarts ten minste twee alternatieven aan de patiënt aan voor de te kiezen specialist	Berk et al, Stille kennis, Patiënten- en gehandicaptenorganisaties: Waardevolle bronnen van informatie, Julius Centrum, Utrecht, 2008

Deze elf randvoorwaarden komen terug in de volgende hoofdstukken die stuk voor stuk gaan over één groep inhoudelijke aanbevelingen. De randvoorwaarden moeten deze mogelijk maken. Wij hebben met opzet de randvoorwaarden in deze discussienota opgeschreven in telegramstijl en Twittertaal. Dat laat de lezer vrij om een eigen invulling aan de randvoorwaarden te geven en in discussiegroepen in te brengen.

De beleidsnota van Zorgbelang die na de zomer 2014 uitkomt, schrijven wij helder uit zodat er geen misverstanden ontstaan bij zorgpartijen in Friesland.

De hierna te noemen randvoorwaarden wil Zorgbelang Fryslân gelijktijdig opbouwen met het realiseren van de inhoudelijke visie. Het is niet zo dat wij eerst deze laatste bottom-up willen opstarten en pas later naar de randvoorwaarden kijken. Evenmin geldt dat eerst de randvoorwaarden top-down tot stand moeten komen voordat inhoudelijke aanbevelingen een kans krijgen. Wij pleiten voor een middle-out benadering waarbij enthousiaste expertgroepen, patiëntengroepen en randvoorwaarden groepen zowel hun eigen collega's en achterban inspireren als bij hun leidinggevendend draagvlak creëren voor goede, duurzame, inhoudelijke en randvoorwaardelijke beslissingen. Wij geven hiermee aan dat randvoorwaarden niet los te zien zijn van de inhoud van de te bieden zorg en ondersteuning. De lezer die toch slechts geïnteresseerd is in het realiseren van één randvoorwaarde, bijvoorbeeld de aanwezigheid van gezamenlijke doelen bij zorgaanbieders voor cliënten met overeenkomstige zorgvragen (randvoorwaarde één, zie afbeelding 1.1), kan volstaan met het lezen van de tekst bij deze randvoorwaarde in elk hoofdstuk. Elk hoofdstuk begint met inhoudelijke aanbevelingen zoals geformuleerd in juli 2012. Daarna geven wij in staccato aan welke

randvoorwaarden daarvoor vervuld moeten worden. De nadruk ligt hierbij op te veranderen randvoorwaarden. Zo blijft achterwege dat iedere zorgprofessional adequaat is opgeleid en integer handelt. Wij noemen deze randvoorwaarden niet in de volgende hoofdstukken, omdat die nu ook al gelden. Wij merken op dat het project Friesland Voorop een oriëntatie kent op de medisch specialistische zorg en de ziekenhuizen. Deze randvoorwaarden nota doet dat daarom ook. Een onderwerp zoals mantelzorgondersteuning thuis komt daarom, hoe belangrijk ook, in dit stuk minder aan de orde.

Tijdens de discussieronde die van start gaat op basis van dit stuk, staat niet op elke bijeenkomst de hierna volgende tekst in zijn geheel ter discussie. Afhankelijk van de focus van de discussiegroep komen specifieke thema's aan de orde. Ook gaan we de tekst voorzien van YouTube filmpjes, Power Point presentaties of discussiestellingen. Verder hebben we de ambitie om ook op de social media en op een speciale website de discussie aan te gaan.

### **Ten slotte**

Wij wijzen erop dat dit een discussienota is van beide ondergetekenden. Het is nog geen stellingname van Zorgbelang Fryslân. Wij beiden nemen ons voor goed te luisteren naar de feedback op dit stuk: het gaat gebeuren dat in de definitieve nota bijstelling heeft plaats gevonden van de voorstellen. Onze ambitie is om met dit stuk zorgaanbieders te adviseren, te beïnvloeden en te verleiden tot coproductie bij het concretiseren van het zorgaanbod. Het vormt het referentiekader op basis waarvan Zorgbelang Fryslân concrete beleidsvoornemens van zorgaanbieders gaat beoordelen. Wat ontbreekt zijn SMART geformuleerde doelstellingen die in 2020 wat ons betreft bereikt moeten zijn. Zorgbelang Fryslân is al tevreden als het zorgbeleid de richting opgaat die hier staat aangegeven.

# 1. De eerstelijnszorg en de chronische zorg

In juli 2012 stelde Zorgbelang Fryslân de volgende inhoudelijke aanbevelingen op voor de zorg- verlening in 2020 die vermeld staan in afbeelding 2.1. Voor een toelichting hierop verwijzen wij naar de genoemde Verzamelnotitie.

## **Afbeelding 1.1 Inhoudelijke aanbevelingen voor de chronische zorg in 2020.**

1. De zorgverlener ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt actief.
2. Chronisch zieken ontvangen zorg op maat, afgestemd op hun behoeften en belastbaarheid.
3. De informatie-uitwisseling en afstemming over de patiënt tussen de verschillende zorgverleners is geregeld en vastgelegd.
4. Chronisch zieken kunnen dicht bij huis terecht voor de basale zorg en voor doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg.
5. Zorgverleners zijn goed op de hoogte van de medische status van hun patiënten.
6. De zorgverlener geeft toegankelijke en begrijpelijke informatie.
7. Iedere chronisch zieke heeft een crisisplan hoe te handelen bij verergering.
8. Er is altijd een hoofdbehandelaar.
9. Er is 'personal medicine', de patiënt heeft de regie over medicatie en is op de hoogte van risico's.
10. Consultatie van specialist in de eerste lijn.

*Bron: Zorgbelang Fryslân, Verzamelnotitie Cliënteninbreng ten behoeve van Friesland Voorop, Leeuwarden, juli 2012. Te raadplegen via [www.zorgbelang-Fryslân.nl](http://www.zorgbelang-Fryslân.nl).*

Wij lopen hieronder de elf genoemde randvoorwaarden uit het vorige hoofdstuk langs. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de Verzamelnotitie niet specifiek ingaat op de eerstelijnszorg. In dit hoofdstuk gaan we naast de chronische zorg wel in op de eerstelijnszorg omdat de 'pijler' van chronische zorg ligt bij de eerstelijnszorg en deze in de toekomst alleen maar zal toenemen.

Uitgaande van de 11 randvoorwaarden is voor Zorgbelang Fryslân het volgende van belang:

### **1. Aanwezigheid gezamenlijke doelen.**

Eerstelijnsorganisaties op 'dorps/wijk' niveau brengen beleidsnota's uit waarin gezamenlijke doelen verwoord zijn. Met gezamenlijk bedoelen we alle eerstelijns organisaties en de zorgverzekeraar (of zorgverzekeraars). Ook de ziekenhuizen dienen hierbij betrokken te worden. Zorgbelang Fryslân vindt het van belang dat eerstelijns organisaties zich uitspreken over gezamenlijke doelen op lange termijn voor specifieke patiëntengroepen. Oftewel: hoe willen de eerstelijns organisaties dat de zorg voor oncologie-, diabetes-, reuma-, COPD- en hartfalenpatiënten over een aantal jaar georganiseerd is. Hierin dient ook een relatie gelegd te worden met ziekenhuiszorg en ziekenhuis verplaatsbare zorg. ROS Friesland kan het samenstellen van deze beleidsnota's stimuleren.

Daarnaast zullen gemeente, zorgverzekeraar en huisarts elkaar steeds vaker tegenkomen in de wijk. Raakvlakken tussen deze partijen nemen toe door de decentralisaties. Zij komen elkaar bijvoorbeeld tegen op het terrein van ouderenzorg, jeugdzorg, leefstijl en preventie, basis GGZ en Wmo. Een belangrijke reden om sterk met elkaar in een breed wijkteam te gaan samenwerken. Wijkteams hebben drie dimensies: breedte, lengte en hoogte.

In de breedte gaat het om het pakket dat het team aanbiedt. Indien er sprake is van alleen jeugdzorg en welzijn spreekt Zorgbelang van een smal team. Vallen eerstelijns-gezondheidszorg, basis-geestelijke gezondheidszorg, centra voor jeugd en gezin er onder, dan is het een breed team. Bij dit team dient ook de zorgverzekeraar betrokken te worden. De lengte van het team betreft het traject dat een burger kan afleggen onder begeleiding van iemand van het team. Dat traject begint met een vraag of melding van een burger. Het eindigt als de vraag opgelost is of als het wijkteam er niet uitkomt. Dan is verwijzing nodig naar een gespecialiseerd, niet-wijk gebonden team, naar de tweede lijn.



Cliëntondersteuning is een sleutelbegrip voor een wijkteam. Voor Zorgbelang Fryslân is het een voorwaarde dat leden van het wijkteam inclusief de cliëntondersteuners onafhankelijk zijn van gemeente en zorgaanbieders. Anders is het gevaar dat zij blijven denken in het bestaande aanbod van de organisaties in plaats van daadwerkelijk uit te gaan van de vraag. Creativiteit, out of the box denken en handelen, staan centraal in deze brede wijkteams. *“Als het niet kan zoals het moet, moet het zoals het kan”*. De valkuil van leden van een wijkteam en dus ook cliëntondersteuners die in dienst zijn van een zorg-/hulpverleningsorganisatie is dat zij *probleemgericht* zijn en vaak niet gelijkwaardig luisteren. En daarmee niet daadwerkelijk geïnteresseerd zijn in de echte vraag. Ook bij de cliënt is het gevaar dat deze met een gekleurde blik zal kijken naar zo'n zorg-/hulpverleners/cliëntondersteuner.

De leefwereld van de cliënt dient centraal te staan. Dat betekent dat de cliëntondersteuner echt geïnteresseerd moet zijn in de burger en de leefwereld. *“Ik heb behoefte aan iemand die (gelijkwaardig) naast mij staat en met mij/ons nadenkt over oplossingen. Iemand die denkt in mogelijkheden en niet in onmogelijkheden. En die aan mij vraagt hoe wil ik leven en niet welke zorg ik nodig heb”*. Bij het zoeken naar oplossingen is de leefwereld (inclusief naasten en mantelzorgers) uitgangspunt en **niet** de systemen en protocollen van gemeenten en aanbieders.

## **2. Continuïteit van zorg, informatie en in persoon.**

Met name voor chronische patiënten en ouderen met meerdere aandoeningen is het van groot belang dat er continuïteit is van zorg en vooral dat het duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is. Een goede afstemming tussen zorgverleners binnen de eerste en tweede lijn met behulp van standaardopbouw van verwijsbrieven of –mails (continuity of care record). Dossiers van huisartsen dienen beschikbaar te zijn voor huisartsenposten. Bij de overdracht van ziekenhuis naar thuisituatie is het voor de patiënt belangrijk dat de eerstelijns hierover snel en adequaat geïnformeerd wordt zodat zij, mits dat nodig is, de zorg weer kan overnemen.

## **3. Op schrift vastgestelde, openbare taakverdeling voor zorgprofessionals en patiënten.**

Veel chronische zorg die nu nog door specialisten in het ziekenhuis wordt geleverd, zal in de toekomst dichter bij de mensen thuis plaatsvinden. De komende jaren zullen een overgangperiode zijn. Juist in deze periode is het voor patiënten belangrijk dat zij weten welke zorg waar plaatsvindt en wie daarvoor verantwoordelijk is.

Zorgbelang Fryslân vindt het essentieel dat zorg voor patiënten met een chronische ziekte wordt verwoord in een gestandaardiseerd Zorgpad. Hiermee is het voor zorgverleners en patiënten inzichtelijk wie wat doet en wie voor wat verantwoordelijk is. Met name wanneer er sprake is van multidisciplinaire samenwerking, is het een voorwaarde dat het voor patiënten transparant is wie verantwoordelijk is voor bijvoorbeeld preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg. Daarnaast is het belangrijk dat door middel van een individueel Zorgplan zorgverleners en patiënten zich committeren aan te bereiken, expliciet gemaakte gezondheidsdoelen en zich gezamenlijk inspannen om de gestelde doelen te bereiken.

Dit vereist in feite een partnerschap van patiënt en zorgverlener: patiënten moeten hun wensen en voorkeuren kenbaar (kunnen) maken en de zorgverlener moet hen helpen op basis hiervan de juiste keuzes te maken in diagnostiek en behandeling. Zij nemen met andere woorden idealiter gezamenlijk besluiten over de individuele zorgverlening (= gezamenlijke besluitvorming) en zijn actief betrokken in de uitvoering daarvan (= zelfmanagement/gedeelde uitvoering).

Het proces van gezamenlijke besluitvorming verloopt via een aantal fasen: het uitwisselen van informatie, waaronder het gegeven dat er keuzemogelijkheden zijn ('choice talk'), het beschrijven en overwegen van de mogelijke opties en de voor- en nadelen daarvan ('option talk') en het helpen ontdekken van de eigen voorkeuren van de patiënt, uitmondend in besluitvorming over de te volgen behandeling ('decision talk'). Dit proces dient zo mogelijk ondersteund te worden door keuzehulpen ('decision aids'), die beschrijven wanneer in het zorgproces keuzes gemaakt moeten worden; informatie

geven over opties, inclusief de mogelijkheid van het afzien van behandeling, en over uitkomsten op korte, middellange en lange termijn.

In deze individuele Zorgplannen worden ook de dienstverlening van andere organisaties dan eerstelijns en gemeente meegenomen zoals instellingen voor vrijwilligerswerk, kerken en basis-geestelijke gezondheidszorg.

#### **4. Transparante verantwoording over verleende zorg.**

Voor Zorgbelang Fryslân is het van belang dat patiënten inzicht hebben in de verantwoording van verleende zorg. Hiervoor is het noodzakelijk dat:

- richtlijnen en zorgpaden openbaar zijn;
- patiënten inzage hebben in (elektronisch) patiëntendossier;
- bij chronische zorg en multi morbiditeit duidelijk is wie hoofdbehandelaar is;
- klachtenprocedure in chronische zorg en multi morbiditeit via hoofdbehandelaar loopt;
- het gebruik van ICT niet top down, maar juist bottom-up up ingezet wordt. ICT kan gebruikt worden door zowel de patiënt als de arts. Daarbij moet geluisterd worden naar de gebruikers ervan, behoeften moeten nader geanalyseerd worden en op die wijze zal gezocht worden naar oplossingen. Zodoende kan ook de doelmatigheid in beeld worden gebracht en bovenal zijn patiënten meer betrokken als zichzelf gegevens aanleveren via ICT-mogelijkheden. Verder kan het consult tussen patiënt en arts gezamenlijk voorbereid worden en heeft de patiënt veel meer mogelijkheden om vanuit huis gegevens in te zien en aan te leveren. Dit maakt zorg en gezondheid transparant voor beide actoren;
- zorgverzekeraars en andere instanties gaan werken met minder indicatoren voor de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld met een set van drie indicatoren geformuleerd vanuit patiëntenperspectief. Op deze manier streeft Zorgbelang Fryslân naar minder regelkosten en een groter draagvlak bij zorgprofessionals om die paar indicatoren betrouwbaar en valide in te vullen.

Zorgbelang Fryslân vindt het een voorwaarde dat patiënten en patiëntenorganisaties hierbij betrokken worden en een verbinding gemaakt wordt met zogenaamde patiënten wijzers en keurmerken die patiëntenorganisaties hebben ontwikkeld. Een patiënten wijzer geeft aan welk ziekenhuis of andere zorgaanbieder voldoet aan 'minimale voorwaarden voor goede zorg' die de patiëntenorganisaties hebben opgesteld. Zorgbelang Fryslân is er voorstander van dat het aantal patiënten wijzers uitgebreid wordt. Friesland Voorop kan hierin een belangrijke rol vervullen. Als voorbeeld de patiënten wijzer voor darmkankerpatiënten.

#### ***Afbeelding 1.2 Patiënten wijzer voor darmkanker patiënten.***

1. De aanwezigheid van een hoofdbehandelaar.
2. Eén aanspreekpunt.
3. De aanwezigheid van twee maag-darm-lever (MDL-)artsen.
4. De aanwezigheid van een continu, multidisciplinair team rond darmkankerpatiënten, bestaande uit MFDL-arts, internist-oncoloog, chirurg, radiotherapeut, radioloog.
5. Patiënten met een erfelijke vorm van darmkanker ontvangen desgewenst een erfelijkheidsonderzoek. De circumferentiële resectie marge (CRM) (een belangrijke kwaliteitsmaat voor de endeldarmchirurgie) wordt genoteerd in 90% van de patiëntendossiers.
6. 100% aanlevering van patiënten data aan een nationaal kwaliteitsregister.
7. Na verwijdering van de tumor worden bij ten minste 80% van de patiënten minimaal tien lymfeklieren onderzocht.
8. Iedere patiënt wordt gescreend op nazorgbehoefte.
9. Preoperatief gesprek met stomaverpleegkundige over het eventueel aanleggen van een stoma na de operatie.
10. Standaard afname van een familieanamnese.

11. Het ziekenhuis roept patiënten en familieleden met een verhoogd risico op colorectaal carcinoom op.

- Zorgbelang Fryslân vindt het van belang dat eerstelijns/multidisciplinaire organisaties geregeld casuïstiek van 'uitersten' bespreken. Denk aan:
  - (bijna) fouten in de zorgverlening of juist heel goede voorbeelden;
  - palliatieve zorg waarin alle organisaties goed **en** niet goed met elkaar hebben samengewerkt;
  - vreemde sterfgevallen;
  - zelfstandig wonende kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld ZZP 1, 2, 3 en 4 en mensen met een psychische beperking.
- Ook patiënten dienen transparant te zijn over hun rol:
  - patiënten dienen eerlijk te zijn naar hun behandelaars, over medicijngebruik, leefstijl, voeding, etcetera.;

bij onvrede over een behandeling verdient het de voorkeur dat er eerst een gesprek komt met de behandelaar (eventueel samen met een klachtenfunctionaris). Als het signaal/de onvrede niet naar tevredenheid opgelost is kan er een klacht via de gebruikelijke procedure gestart worden;

bij alle te maken zorgpaden en richtlijnen staat aangegeven wat de patiënt of diens partner geacht wordt te doen.

##### **5. Beveiligd interactief dataverkeer tussen zorgprofessional en patiënten, tussen zorgprofessionals en tussen patiënten onderling.**

Vanzelfsprekend is het voor Zorgbelang Fryslân een voorwaarde dat ieder gebruik van ICT in de zorg betrouwbaar en beveiligd is. ICT/e-Health dient geen doel op zichzelf te zijn maar altijd een middel. ICT is bijvoorbeeld ondersteunend bij het stimuleren van zelfmanagement bij patiënten en ondersteunend aan integrale samenwerking (communicatie) tussen zorgprofessionals onderling en zorgprofessionals en patiënten, waarbij zo min mogelijk dubbele registratie en rapportage plaatsvindt.

Op dit moment vinden veel patiënten het al een voorwaarde dat zij hun eigen dossier digitaal kunnen inzien, online afspraken kunnen maken en vragen aan behandelaars kunnen stellen via Skype of mail. Ook in relatie tot zelfmanagement vinden wij het van groot belang dat zorgorganisaties hun werkwijze hieraan gaan aanpassen. Dit is bottom-up te realiseren. We hoeven niet tot sint-juttemis te wachten totdat in geheel Friesland het digitale inzagerecht als één systeem is gerealiseerd.

##### **6. Transparante besluitvorming over begroting en jaarprogramma's van zorgaanbieders en zorgprofessionals.**

De begroting en jaarprogramma dienen zo opgesteld te worden dat het inzichtelijk is welke stappen er gezet worden om doelen te verwezenlijken. Voor vertegenwoordigers vanuit patiënten en cliëntenraden is het van essentieel belang dat zij kunnen controleren of de doelen die zorgorganisaties hebben verwoord in hun jaarprogramma en begroting uitgevoerd zijn. Bijvoorbeeld voor diabeteszorg. Voor patiëntenorganisaties en cliëntenraden is het ook van belang dat onderwerpen zoals verbetering van kwaliteit en veiligheid transparant in de begroting en jaarprogramma verwoord worden, zodat er naderhand gecontroleerd kan worden welke activiteiten hierop ondernomen zijn.

##### **7. Transparante besluitvorming over onderwerpen met een lange termijn effect.**

Bij onderwerpen die een effect hebben op lange termijn denken wij aan een voorgenomen aanschaf van grote softwaresystemen, grote verbouwingen, sluiting van afdelingen, reorganisaties en fusies. Hierbij is het voor patiëntvertegenwoordigers en cliëntenraden van belang dat zij in een vroegtijdig stadium worden betrokken en dat het inzichtelijk is waarom er voor welk besluit gekozen wordt/is.

## **8. Werkgevers die organisatorische kaders aangeven voor zorgprofessionals.**

Zorgbelang Fryslân is er geen voorstander van dat gemeenten zelf hulpverleners of ondersteuners in dienst nemen. Zo dienen nieuw aan te stellen wijkverpleegkundigen onafhankelijk van de gemeente en van een thuiszorgorganisatie te opereren.

Zorgverzekeraars en werkgevers bemoeien zich niet met de inhoudelijke aspecten van eerstelijnszorg. Dat geldt wel voor organisatorische kaders zoals te hanteren prestatie indicatoren, software programma's en in te voeren kwaliteitsborging. Voor Zorgbelang Fryslân is het vanzelfsprekend dat patiëntvertegenwoordigers invloed hebben op de jaarlijks vast te stellen organisatorische kaders.

## **9. Bekostiging van zorgaanbieders die de vastgesteld doelen bevorderen.**

Zorgbelang Fryslân is voorstander van een bekostigingssystematiek die samenwerken en kwaliteit bevordert. In Duitsland worden mensen met een chronische ziekte gestimuleerd twee dagen per jaar naar een cursus te gaan. Zelfmanagement speelt hierbij een belangrijke rol. Hiermee ontvangen patiënten een korting op hun zorgverzekering.

Voor de honorering van aanbieders van eerstelijnszorg denkt Zorgbelang Fryslân aan een drieslagmodel ofwel cappuccinomodel met:

1. een abonnementstarief (bijvoorbeeld 80%);
2. een tarief per verrichting (bijvoorbeeld 10%);
3. een tarief indien de kwaliteit bereikt is die vastgelegd is in de beleidsnota (bijvoorbeeld 10%).

Het abonnementstarief leidt tot continuïteit in de zorg (bijvoorbeeld vaste huisarts). Het tweede tarief is een kleine volumen prikkel. Die spoort aan tot productiviteit, maar is ook weer niet zo sterk dat deze stimuleert tot overdiagnostiek, overbehandeling en het centraal stellen van het eigen inkomen. Het derde tarief stimuleert zorgprofessionals om zich aan de lange termijn doelen te houden en de waan van de dag te relativiseren. Dit cappuccinomodel werkt niet alleen voor huisartsen, maar voor de gehele eerste lijn.

Gezamenlijke besluitvorming (arts en patiënt) kost initieel meer tijd. Het probleem met het huidige financieringssysteem is dat zorgverleners te eenzijdig worden betaald voor verrichtingen: doen levert geld op, praten niet. Goede zorg kan ook bestaan uit niet-behandelen. Zo blijkt uit onderzoek dat het conservatief behandelen van een hernia op de lange termijn hetzelfde resultaat oplevert als opereren. Een neuroloog die zorgvuldig met de patiënt overlegt, waarna gezamenlijk wordt besloten om niet te behandelen, vermindert de zorgproductie en daarmee de inkomsten van het ziekenhuis. Het financieringssysteem moet daarom veranderen. Dat kan in gezamenlijke besluitvorming mogelijk zelfs tot lagere kosten van de zorg leiden.

Zorgverleners moeten niet (enkel) op basis van verrichtingen betaald worden. Gezamenlijke besluitvorming betekent dan ook niet dat ze meer of minder moeten gaan verdienen, maar het honorarium moet anders opgebouwd worden.

## **10. Een sociaal kader voor zorgprofessionals.**

Indien zorgprofessionals hun baan dreigen te verliezen ten gevolge van de realisatie van de inhoudelijke visie en van de hier genoemde randvoorwaarden, komen zij als eersten in aanmerking voor een andere positie binnen de nieuwe visie en randvoorwaarden. Hierdoor ontstaat draagvlak bij zorgprofessionals om mee te doen aan de gewenste veranderingen en blijft hun ervaring met de alledaagse zorg behouden. Denk aan een transitie van de tweede naar de eerste lijn. Taken, werk en mensen dienen als een geheel gezien te worden. Dit betekent dat ziekenhuizen met een afnemende omzet als eerste professionals kunnen voordragen die gaan werken in de zich uitbreidende eerste lijn.



**11. Adequate patiënteninbreng/invloed op alle niveaus van besluitvorming van zorgprofessional en zorgaanbieder.**

Voor Zorgbelang is de Participatieladder een meetinstrument om de participatie van patiënten te toetsen.

De Participatieladder onderscheidt verschillende niveaus van betrokkenheid:

1. Informeren: toegang tot basisinformatie.
2. Consulteren: patiënten-/cliëntenraden mogen hun mening geven.
3. Adviseren: patiënten-/cliëntenraden adviseren.
4. Beoordelen: patiënten-/cliëntenraden beoordelen feiten, visies, doelen, oplossingen en keuzes.
5. Besluiten: patiënten-/cliëntenraden formuleren besluiten. De zorgorganisatie neemt de besluiten mee in beslissingsproces.
6. Beslissen: de zorgorganisatie beslist.

Voor alle partijen is het van belang van tevoren duidelijk aan te geven op welk niveau patiënten-inbreng/invloed zich begeeft.

## 2. De spoedeisende hulp

In juli 2012 stelde Zorgbelang Fryslân de volgende inhoudelijke aanbevelingen op voor de zorgverlening in 2020 die vermeld staan in afbeelding 3.1. Voor een toelichting hierop verwijzen wij naar de genoemde Verzamelnotitie. Wij lopen hieronder de elf genoemde randvoorwaarden uit hoofdstuk 1 langs.

### **Afbeelding 2.1 Inhoudelijke visie van Zorgbelang Fryslân op de spoedeisende hulp.**

1. Eén alarmnummer voor alle acute eerstelijnszorg (huisarts, GGZ, et cetera.).
2. Acute hulp ter plaatse, binnen 15 minuten is een ambulance ter plaatse (of bij spoedpost).
3. Een juiste inschatting door het ambulancepersoneel.
4. Er is tijdig een deskundige oproepbaar.
5. Aandacht van het ambulancepersoneel ook tijdens de rit naar de SEH.
6. Artsen/verpleegkundigen zijn goed op de hoogte van de medische status van de patiënt.
7. Een duidelijke regiehouder tijdens aankomst/verblijf SEH.
8. Een deskundige professional.
9. Goede inschatting van de ernst van de aandoening (triage SEH; stoplichtmethode).
10. Inzicht hebben in de behandeling (wat gaat wanneer gebeuren) en deskundige professional.

*Bron: Verzamelnotitie Cliënteninbreng ten behoeve van Friesland Voorop, juli 2012.*

Uitgaande van de elf randvoorwaarden is voor Zorgbelang Fryslân het volgende van belang:

#### 1. **Aanwezigheid gezamenlijke doelen.**

1. Zorgbelang Fryslân verwacht van ambulancevervoerders, huisartsenposten, Cliëntenraden, crisisdiensten GGZ en Spoedeisende Hulpafdelingen van ziekenhuizen een gezamenlijke beleidsnota met daarin tenminste een prognose van het aantal spoedpatiënten in 2020 en de benodigde capaciteit om deze hulp te bieden.
2. Een preventie hoofdstuk om bijvoorbeeld het optreden van geweldletsel, acute hartdood en alcoholvergiftiging te reduceren.
3. Verkenning van kostenbesparende innovaties door bijvoorbeeld samenvoegen van nachtdiensten.
4. Een hoofdstuk over competentieverhoging bij mantelzorgers met een partner met verhoogd risico op acute incidenten.

Zorgverzekeraars Nederland heeft in 2013 de nota Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg (SEH) uitgebracht<sup>2</sup>. Daarin onderscheidt zij zich voor deze zorg een bodemkwaliteit en een optimale kwaliteit van zorg. Zorgbelang Fryslân gaat ervan uit dat de zorgaanbieders in Friesland in de uit te brengen eigen beleidsnota streven naar optimale kwaliteit en argumentatie aanreiken indien zij hiervan toch willen afwijken.

#### 2. **Continuïteit van zorg, informatie en in persoon.**

Alle aanbieders van spoedzorg (waaronder ook apothekers) hebben samenwerkingsafspraken over gezamenlijk professioneel taalgebruik, gezamenlijke triage, op elkaar afgestemde verwijs- en intake cliënten criteria en hantering van

---

<sup>2</sup> Zorgverzekeraars Nederland, Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg, Onderbouwende bijlage, rapport Zorgverzekeraars Nederland, Zeist, 2013.

privacy in spoedeisende situaties. Immers: acute nood breekt wet. Patiëntvertegenwoordigers zijn betrokken bij het maken van deze afspraken.

Door langere openingstijden van huisartspraktijken (avondsprekeuur? weekeinde spreekuur?) en inloopsprekuren wordt bevorderd dat zo veel mogelijk zorgvragen bij de eigen reguliere huisarts terecht komen. Dit levert meer continuïteit in persoon op.

Vanuit het centrale alarmnummer voor Friesland is directe telefonische en digitale doorverwijzing mogelijk naar specifieke zorgaanbieders. Zo lang het gemeenschappelijke telefoonnummer er nog niet is, hebben de nummers van huisartsenposten, ambulancediensten, cliëntenraden crisisdiensten en SEH directe telefoonlijnen naar elkaar en kunnen zij de patiënt doorschakelen. De patiënt gaat dus niet van het kastje naar de muur.

### 3. Op schrift vastgestelde, openbare taakverdeling voor zorgprofessionals en patiënten.

Spoedzorgaanbieders maken op lokaal en regionaal niveau een sluitende taakverdeling op hoofdlijnen en op basis van zorgpaden voor wie bij voorkeur zorg biedt aan specifieke patiënten groepen zoals:

1. patiënten met een beroerte;
2. patiënten met een hartinfarct;
3. zwangeren in barensood thuis;
4. personen met een ernstige psychiatrische aandoening;
5. gering letsel (snee in de vinger);
6. ernstig letsel (vermoedelijke botbreuken en hersenletsel).

Deze taakverdeling wordt regelmatig geactualiseerd.

Bij alle te maken zorgpaden en richtlijnen staat aangegeven wat de patiënt of diens partner zelf geacht worden te doen.

Burgers krijgen informatie over:

1. Alarmsignalen waarbij zij spoedzorg moeten vragen. Zij moeten dit niet te vroeg en niet te laat doen.
2. Welke EHBO en andere spoed(mantel)zorg zijzelf kunnen aanbieden.
3. De taakverdeling van de spoedzorgaanbieders. Dan weten zij wanneer zij moeten bellen om een ambulance of naar de huisartsenpost, of moeten rijden naar de SEH.

Mensen met een chronische, lichamelijke of psychische aandoening krijgen een individueel cliënten crisisplan waarin staat wie zij moeten bellen als hun aandoening plotseling verergert en een calamiteit dreigt. Ook staat daarin wat zij zelf moeten doen bij een crisis totdat de hulpverlener arriveert.

Ook patiënten dienen transparant te zijn over hun rol. Patiënten dienen eerlijk te zijn naar hun behandelaars, over medicijngebruik, leefstijl, voeding, etc. Bij onvrede over een behandeling dient er eerst een gesprek (eventueel met klachtenfunctionaris) te komen met de behandelaar. Als het signaal/onvrede niet naar tevredenheid opgelost is kan er een klacht via de gebruikelijke procedure gestart worden.

Zorgbelang Fryslân en haar aangesloten leden organiseren cursussen voor patiënten en hun partners over handelend optreden in geval van nood.

### 4. Transparante verantwoording over verleende zorg ofwel governance.

Zorgverzekeraars en andere instanties gaan werken met minder uit te vragen indicatoren voor de zorg, bijvoorbeeld met een set van drie indicatoren. Zij gaan namelijk werken met alleen cliëntenraden screeningsindicatoren. Als een daarvan een grens overschrijdt, gaan instanties meer indicatoren uitvragen. Op deze manier streeft Zorgbelang Fryslân naar

minder regelkosten en een groter draagvlak bij zorgprofessionals om die paar indicatoren betrouwbaar en valide in te vullen.

Zorgbelang Fryslân gaat ervan uit dat patiëntraadplegingen en benchmarking van spoedzorgaanbieders openbaar zijn voor patiëntvertegenwoordigers. Het kwaliteitsjaarverslag van zorgaanbieders biedt een overzicht van beschikbaarheid van zorgprofessionals naar deskundigheidsniveau op alle dagdelen van de dag.

Alle spoedzorgaanbieders hebben één eindverantwoordelijke voor de te leveren kwaliteit van zorg.

Indien de patiëntraadplegingen nog niet worden gehouden, vinden zij tenminste eens per 2 jaar plaats met bijvoorbeeld de CQ-Index.

Gelet op het succes van de perinatale audits bij de geboortezorg vindt er maandelijks zoiets plaats binnen de spoedzorg over casuïstiek die of heel goed of (bijna) fout liep.

Er komt één klachtenfunctionaris voor klachten van patiënten over de spoedzorgketen.

Alle prestatie indicatoren die zorgverzekeraars en andere instanties vereisen worden in afschrift aan Zorgbelang Fryslân gezonden. Die organiseert op gezette tijden bijeenkomsten voor haar achterban ter bespreking van deze indicatoren.

5. **Beveiligd interactief dataverkeer tussen zorgprofessional en patiënten, tussen zorgprofessionals en tussen patiënten.**

De reguliere huisarts ontvangt onmiddellijk na afsluiting van het spoedzorgaanbod via beschermd internet informatie over wat er is gebeurd.

In de spoedzorg wordt informatie hergebruikt. Dat wordt mogelijk op het moment dat spoedzorgaanbieders digitale dossiers hanteren en digitaal de informatie doorsturen. Vaak zal deze informatie eerder arriveren bij de volgende schakel dan de patiënt zelf. Spoedpatiënten hoeven niet meerdere keren hun hele verhaal te doen bij elkaar opvolgende hulpverleners.

Spoedpatiënten krijgen na hun bezoek digitaal (op een door hen zelf meegebrachte USB stick) de genoteerde gegevens mee, als zij daarom vragen.

Vanaf de huisartsenpost en de SEH's is digitale toegang mogelijk in de reguliere medische dossiers van huisartsen. De huisarts ontvangt via een beschermde internetverbinding de gegevens die de spoedzorghulpverlener heeft geregistreerd.

6. **Transparante besluitvorming over begroting en jaarprogramma's van zorgaanbieders en zorgprofessionals.**

Binnen de begrotingen van ziekenhuizen wordt voor Zorgbelang Fryslân zichtbaar wat de kosten en opbrengsten zijn voor de spoedzorg. Tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis vinden hierover aparte onderhandelingen plaats, waarbij de spoedzorg buiten het ziekenhuis ook betrokken is.

Patiëntvertegenwoordigers in cliëntenraden en werkgroepen binnen de zorg toetsen begrotingen en jaarprogramma's aan de beleidsnota die de zorgprofessionals hebben opgesteld en aan hun eigen zorgvisie.

7. **Transparante besluitvorming over onderwerpen met een lange termijn effect.**

Vraagstukken en voornemens van concentratie van functies, van beperking van openingstijden, van verscherping van de toegangsindicatie en van fusies tussen maatschappen of tussen organisaties, worden via de tussenstap van een discussienota openbaar. Daarna volgt pas besluitvorming. Patiëntvertegenwoordigers van Zorgbelang Fryslân worden in een vroegtijdig stadium betrokken.

## 8. Werkgevers die organisatorische kaders aangeven voor zorgprofessionals.

Zorgverzekeraars en werkgevers bemoeien zich niet met de inhoudelijke aspecten van spoedzorg. Dat geldt wel voor organisatorische kaders zoals te hanteren prestatie indicatoren, uit te kiezen software programma's en in te voeren systemen van kwaliteitsborging van geboortezorg. Patiëntvertegenwoordigers hebben invloed op de jaarlijks vast te stellen organisatorische kaders.

Kleine en grote algemene zorgorganisaties en ZZP'ers worden geacht opvang te organiseren voor spoedvragen bij patiënten binnen en buiten kantooruren.

## 9. Bekostiging van zorgaanbieders die de vastgesteld doelen bevorderen.

Zorgbelang Fryslân is voorstander van een bekostigingssystematiek die samenwerken en kwaliteit bevordert.

Gedacht kan worden aan een drieslagmodel ofwel cappuccinomodel. Dit houdt in:

1. een abonnementstarief (bijvoorbeeld 80%);
2. een tarief per verrichting (bijvoorbeeld 10%);
3. een tarief indien de kwaliteit bereikt is die vastgelegd is in de beleidsnota (bijvoorbeeld 10%).

Het abonnementstarief leidt tot continuïteit in de zorg (bijvoorbeeld vaste huisartsenpost of SEH). Het tweede tarief is een kleine volumen prikkel. Die spoort aan tot productiviteit, maar is ook weer niet zo sterk dat deze stimuleert tot overdiagnostiek, overbehandeling en het centraal stellen van het eigen inkomen. Het derde tarief stimuleert zorgprofessionals om zich aan de lange termijn doelen te houden en de waan van de dag te relativiseren.

Dit cappuccinomodel werkt niet alleen voor spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen maar ook voor ambulancediensten en huisartsenposten. Het abonnementstarief bij spoedzorg heeft het karakter van populatiegebonden bekostiging. De hoogte ervan wordt bepaald op basis van kenmerken van de te bedienen populatie en van kenmerken van het gebied (bijvoorbeeld platteland/stedelijk). Want op het platteland gelden langere reistijden voor bijvoorbeeld ambulances en dat is gewoon duurder.

Voor gelijke verrichtingen op huisartsenposten en SEH's (bijvoorbeeld het verbinden van een eenvoudige wond) gelden voor huisartsen en ziekenhuizen dezelfde volumetarieven. Een bezoek aan een huisartsenpost valt buiten het eigen risico en dat aan de SEH daarbinnen. Dit feit wordt breed gecommuniceerd aan de Friese bevolking met het doel lichtere spoedpatiënten te verleiden om naar de huisartsenpost te gaan.

## 10. Een sociaal kader voor zorgprofessionals.

Indien spoedzorgprofessionals hun baan dreigen te verliezen ten gevolge van de realisatie van de inhoudelijke visie en van de hier genoemde randvoorwaarden, komen zij als eersten in aanmerking voor een andere positie binnen de nieuwe visie en randvoorwaarden. Hierdoor ontstaat draagvlak bij zorgprofessionals om mee te doen aan de gewenste veranderingen en blijft hun ervaring met de alledaagse zorg behouden.

## 11. Adequate patiënten inbreng op alle niveaus van besluitvorming van zorgprofessional en zorgaanbieder.

Jaarlijks komen alle patiëntvertegenwoordigers van Zorgbelang Fryslân op het terrein van de geboortezorg bijeen om:

1. Eventueel de inhoudelijke zorgvisie te actualiseren.
2. De realisatie van alle randvoorwaarden in onderlinge samenhang te evalueren. Hier vindt afstemming plaats over in te nemen standpunten in het komende jaar.

Voor zover er patiënten keurmerken en ervaringsvragenlijsten bestaan, hanteert Zorgbelang Fryslân deze in haar eigen stellingnames over de spoedzorg.



### 3. De geboortezorg

Afbeelding 3.1. toont acht inhoudelijke aanbevelingen. Zij vormen gezamenlijk de inhoudelijke visie van Zorgbelang Fryslân, zoals vastgesteld in juli 2012.

#### **Afbeelding 3.1. De inhoudelijke visie van Zorgbelang Friesland, opgesteld juli 2012.**

1. De zwangere heeft de keuze voor thuisbevalling of ziekenhuisbevalling.
2. Een en dezelfde gynaecoloog/verloskundige tijdens de zwangerschap en bevalling.
3. Er is binnen 15 minuten een ambulance ter plekke.
4. Gynaecologische zorg is dichtbij huis geregeld.
5. Een spoedbevalling kan na melding aan de poort binnen een kwartier plaatsvinden.
6. Informatie krijgen over het verloop van de zwangerschap en mogelijke risico's.
7. Een deskundige gynaecoloog en een deskundige verloskundige.
8. Een gynaecoloog/verloskundige die de patiënte aanspreekt op een gezonde leefstijl tijdens de zwangerschap.

Bron: Verzamelnotitie Cliënteninbreng ten behoeve van Friesland Voorop, juli 2012.

Voor een uitwerking van deze punten verwijzen wij naar de al eerder genoemde Verzamelnotitie. Om deze visie te realiseren staan elf randvoorwaarden ter discussie. Zij passeren hieronder de revue.

#### **1. Aanwezigheid gezamenlijke doelen**

Friese verloskundigen en gynaecologen brengen in 2015 een gezamenlijke nota uit over de Friese geboortezorg in 2020 met daarin tenminste:

1. Schattingen over perinatale gezondheid en sterfte
2. Overwegingen pro en contra (en zonder aanbevelingen aan de zwangere) voor de plaats van bevallen (thuis, geboortecentrum, ziekenhuis)
3. Het aantal benodigde zorgprofessionals. Ook staat in deze beleidsnota aangegeven via welke stappen zorgprofessionals en hun besturen willen komen tot één geïntegreerd digitaal patiëntendossier per patiënt.

Zorgverzekeraars Nederland heeft een nota uitgebracht waarin onder meer de spoedeisende geboortezorg aan bod komt<sup>3</sup>. De nota onderscheidt optimale kwaliteit naast bodemkwaliteit van de geboortezorg. Zorgbelang Fryslân streeft naar optimale kwaliteit. Zij verwacht dat de eigen uit te brengen beleidsnota van de Friese verloskundigen en gynaecologen aandacht besteedt aan deze kwaliteitsvisie en eventueel beargumenteerd daarvan afwijkt.

#### **2. Continuïteit van zorg, informatie en in persoon**

Iedere zwangere heeft zo veel mogelijk te maken met één verloskundige en één gynaecoloog, die informatie over de zwangere met elkaar en met de zwangere delen.

Verwijs criteria van verloskundigen stemmen overeen met de intake criteria van gynaecologen.

Aan verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) nemen naast verloskundigen en gynaecologen ook andere zorgprofessionals (kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, opvoedondersteuners) en patiëntvertegenwoordigers deel. De interne procedures om tot besluitvorming te komen staan op schrift. Zorgbelang Fryslân is tegenstander van het consensus model (alleen als iedereen het met elkaar eens is, is er een besluit) en voorstander van het werken met grote

<sup>3</sup> Zorgverzekeraars Nederland, Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg, Onderbouwende bijlage, rapport Zorgverzekeraars Nederland, Zeist, 2013.

meerderheden (bijvoorbeeld een besluit staat vast bij tweederde meerderheid). De VSV's worden uitgebouwd tot zelfstandige rechtspersonen, bijvoorbeeld tot een vereniging.

### **3. Op schrift vastgestelde, openbare taakverdeling voor zorgprofessionals.**

VSV's stellen zorgpaden op ten behoeve van hun taakverdeling, mede op basis van ervaringen elders, bij voorbeeld bij de VSV's in Deventer en Zuidwest Utrecht. Patiënten zijn hierbij betrokken via de participatieladder.

- Ook zwangeren en hun partners dienen transparant te zijn over hun rol. Zij dienen eerlijk te zijn naar hun behandelaars, over medicijngebruik, leefstijl, voeding etc.
- Bij onvrede over een behandeling dient er eerst een gesprek, (eventueel met klachtenfunctionars) te komen met de behandelaar. Als het signaal/de onvrede niet naar tevredenheid opgelost is, kan er een klacht via de gebruikelijke procedure gestart worden
- In Duitsland worden mensen met een chronische ziekte gestimuleerd twee dagen per jaar naar een cursus te gaan. Zelfmanagement speelt hierbij een belangrijke rol. Hierdoor ontvangen patiënten een korting op hun zorgverzekering. Friesland start met experimenten op dit terrein.

Bij alle te maken zorgpaden en richtlijnen staat aangegeven wat de zwangere of diens partners geacht worden te doen waar shared decision making mogelijk is.

### **4. Transparante verantwoording over verleende zorg ofwel governance.**

Zorgverzekeraars en andere instanties gaan werken met minder uit te vragen indicatoren voor de zorg tijdens de zwangerschap en de bevalling, bijvoorbeeld met een set van twee maal drie indicatoren. Zij gaan werken met alleen screeningsindicatoren. Als één daarvan een grens overschrijdt, gaan instanties meer indicatoren uitvragen. Op deze manier streeft Zorgbelang Fryslân naar minder regelkosten en een groter draagvlak bij zorgprofessionals om die paar indicatoren betrouwbaar en valide in te vullen.

De thans goed lopende perinatale audit van alleen verloskundigen en gynaecologen over perinatale sterfte wordt uitgebreid met onderwerpen zoals *niet-dodelijke calamiteiten tijdens de bevalling* en *bijna-misgegane bevallingen*.

Aan de perinatale audits gaan patiëntvertegenwoordigers deelnemen. Ook zij hebben een plicht tot geheimhouding.

Een steekproef van zwangeren en jonge ouders wordt continu getrokken (bijvoorbeeld iedere zoveelste patiënt) om te bevragen over hun ervaringen tijdens de zwangerschap en de bevalling. Rapportage vindt plaats, snel en ieder kwartaal aan de VSV. Per jaar gaan de gegevens naar buiten.

Er komt één klachtenfunctionaris waar zwangeren en jonge ouders terecht kunnen met klachten over gebrek aan continuïteit in de zorgketen.

### **5. Beveiligd interactief dataverkeer tussen zorgprofessional en patiënten, tussen zorgprofessionals en tussen patiënten.**

Zo lang er nog geen geïntegreerd patiëntendossier bestaat, krijgen patiënten het elektronische inzagerecht (door middel van wachtwoord en inlogcode) bij hun verloskundige of gynaecoloog. Buiten Friesland vertoevend beschikken zij daardoor te allen tijde en overal over hun dossiers. Gaat er iets mis tijdens hun zwangerschap, dan kunnen zij hun zorgprofessional elders inzage geven in die dossiers door inlogcode en wachtwoord te verstrekken. Een goed voorbeeld is het Flevoziekenhuis in Almere waar dit inzagerecht al bestaat.

Jaarlijks rapporteren zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan Zorgbelang Fryslân en andere externe partijen hoe ver ze zijn gevorderd met één geïntegreerd digitaal patiëntendossier per patiënt.

#### **6. Transparante besluitvorming over begroting en jaarprogramma's van zorgaanbieders en zorgprofessionals .**

Binnen de begrotingen van ziekenhuizen wordt zichtbaar wat de kosten en opbrengsten zijn voor de geboortezorg. Tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis vinden hierover aparte onderhandelingen plaats waarbij de verloskundige zorg buiten het ziekenhuis ook betrokken is.

Patiëntvertegenwoordigers in cliëntenraden en werkgroepen binnen de verloskundige zorg toetsen begrotingen en jaarprogramma's aan de beleidsnota die de zorgprofessionals hebben opgesteld.

#### **7. Transparante besluitvorming over onderwerpen met een lange termijn effect.**

Vraagstukken van concentratie van geboortezorg en fusies tussen maatschappen komen via de tussenstap van een discussienota aan de orde ter besluitvorming. Patiëntvertegenwoordigers worden in een vroegtijdig stadium betrokken.

#### **8. Werkgevers die organisatorische kaders aangeven voor zorgprofessionals.**

Zorgverzekeraars en werkgevers bemoeien zich niet met de inhoudelijke aspecten van geboortezorg. Dat geldt wel voor organisatorische kaders, zoals te hanteren prestatie indicatoren, uit te kiezen software programma's en in te voeren systemen van kwaliteitsborging van geboortezorg. Patiëntvertegenwoordigers hebben invloed op de jaarlijks vast te stellen organisatorische kaders.

#### **9. Bekostiging van zorgaanbieders die de vastgestelde doelen bevorderen.**

Zorgbelang Fryslân is voorstander van een bekostigingssystematiek die samenwerken en kwaliteit bevordert.

Gedacht kan worden aan een drieslagmodel ofwel cappuccinomodel. Dit houdt in:

1. een abonnementstarief (bijvoorbeeld 80%);
2. een tarief per verrichting (bijvoorbeeld 10%);
3. een tarief indien de kwaliteit bereikt is die vastgelegd is in de beleidsnota (bijvoorbeeld 10%).

Het abonnementstarief leidt tot continuïteit in de zorg (bijvoorbeeld vaste verloskundige). Het tweede tarief is een kleine volumen prikkel. Die spoort aan tot productiviteit, maar is ook weer niet zo sterk dat deze stimuleert tot overdiagnostiek, overbehandeling en het centraal stellen van het eigen inkomen. Het derde tarief stimuleert zorgprofessionals om zich aan de lange termijn doelen te houden en de waan van de dag te relativiseren. Er komen twee keten DBC's oftewel twee abonnementstarieven per zwangere. Eén voor alle zorg tijdens de zwangerschap en één voor alle zorg tijdens de bevalling. Friesland heeft de ambitie om hierbij voorop te lopen. Zorgprofessionals maken gebruik van de ervaringen hiermee elders in het land, maar wachten die niet af. Patiëntvertegenwoordigers denken mee over de inrichting van deze keten DBC's.

#### **10. Een sociaal kader voor zorgprofessionals.**

Indien zorgprofessionals hun baan dreigen te verliezen ten gevolge van de realisatie van de inhoudelijke visie en van de hier genoemde randvoorwaarden, komen zij als eersten in aanmerking voor een andere positie binnen de nieuwe visie en

randvoorwaarden. Hierdoor ontstaat draagvlak bij zorgprofessionals om mee te doen aan de gewenste veranderingen en blijft hun ervaring met de alledaagse zorg behouden.

**11. Adequate patiënten inbreng op alle niveaus van besluitvorming van zorgprofessional en zorgaanbieder.**

Jaarlijks komen alle patiëntvertegenwoordigers van Zorgbelang Fryslân op het terrein van de geboortezorg bijeen om:

1. Eventueel de inhoudelijke zorgvisie te actualiseren.
2. De realisatie van alle randvoorwaarden in onderlinge samenhang te evalueren. Hier vindt afstemming plaats over in te nemen standpunten in het komende jaar.

Voor zover er patiënten keurmerken en ervaringsvragenlijsten bestaan, hanteert Zorgbelang Fryslân deze in haar eigen stellingnames.

## 4. De electieve zorg

Afbeelding 4.1. toont tien inhoudelijke aanbevelingen over electieve zorg. Zij vormen gezamenlijk de inhoudelijke visie van Zorgbelang Fryslân, zoals vastgesteld in juli 2012.

### **Afbeelding 4.1 Inhoudelijke visie van Zorgbelang Fryslân op electieve zorg.**

1. De arts is alert op risicoprofiel (co morbiditeit).
2. De arts heeft ten minste het minimum aantal operaties op jaarbasis verricht (productie).
3. Niet twee keer hetzelfde onderzoek.
4. Inzicht hebben in het behandelplan (wat gaat wanneer gebeuren).
5. Een korte doorlooptijd van het behandeltraject .
6. Tijdens ontslag krijgt de patiënt informatie, waar hij/zij op moet letten en welke verschijnselen kunnen optreden (leefregels).
7. Onderzoeken voorafgaand aan de ingreep, indien mogelijk, op dezelfde dag.
8. Van eerste consult tot en met nazorg dezelfde arts.
9. Korte toegangstijd tot het eerste consult.
10. Een vast aanspreekpunt voor alle vragen en wensen.

*Bron: Verzamelnotitie Cliënteninbreng ten behoeve van Friesland Voorop, juli 2012.*

Voor een uitwerking van deze punten verwijzen wij naar de reeds eerder genoemde Verzamelnotitie. Om deze visie te realiseren staan elf randvoorwaarden ter discussie. Zij passeren hieronder de revue.

#### **1. Aanwezigheid gezamenlijke doelen.**

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Zorgbelang Fryslân maken een gezamenlijke beleidsnotitie over spreiding en concentratie van electieve zorg, die meestal geboden wordt in een groot volume en eenvoudig van aard is. Bijvoorbeeld staaroperaties en heupoperaties. In die beleidsnota staat tenminste:

1. De verwachte groei van de electieve zorg tot 2020 en daarvoor benodigde capaciteitsuitbreiding en kostenverhoging.
2. Een discussie met alternatieve oplossingen over de verwachte groei aan de vraagkant, ten opzichte van de beschikbare financiële middelen.
3. Concentratie en spreiding van het aanbod.
4. De opvattingen over particuliere behandelcentra ofwel Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's).

Zorgbelang Fryslân ziet deze ZBC's als een aanvulling op het tegenwoordig beschikbare zorgaanbod. Zij stelt aan deze dezelfde kwaliteitseisen als aan die van ziekenhuizen. Met name moet de achterwacht bij plotselinge calamiteiten bij de patiënt goed geregeld zijn. Verder mag er geen sprake zijn van ontwrichting van bestaande ziekenhuizen indien hele maatschappen zich omzetten in een ZBC. Ook ZBC's maken hun kwaliteitsindicatoren openbaar.

Zorgbelang Fryslân streeft naar twee grote ziekenhuisorganisaties, zodat patiënten kunnen kiezen waar zij hun electieve ingreep willen ondergaan. Daarnaast verwelkomt zij enkele kleinere ZBC's als luis in de pels van de grote ziekenhuisorganisaties.

#### **2. Continuïteit van zorg, informatie en in persoon.**

Voor alle electieve zorg bestaan zorgpaden. Daaruit wordt duidelijk wat de instroomcriteria zijn, wie welke activiteiten doet, ontslagcriteria, wie de hoofdbehandelaar is en wie informatie geeft aan patiënt en familie. Van de uitgeschreven



zorgpaden bestaan patiënten versies maar ook de professionele versie is voor patiënten in te zien. Het ziekenhuis geeft aan in welke mate zij zich aan de doorstroomtijden tijden, genoemd in de zorgpaden, kunnen houden.

Indien huisartsen patiënten verwijzen voor een electieve ingreep, beschikken zij over vergelijkende informatie over:

1. Afspraaktermijn.
2. Reistijd naar het betreffende ziekenhuis.
3. Aantal ingrepen per jaar dat het centrum uitvoert.

Patiënten kiezen zelf welk keuzecriterium zij het belangrijkste vinden.

### **3. Op schrift vastgestelde, openbare taakverdeling voor zorgprofessionals**

Bij electieve zorg is vaak sprake van een voortraject (bijvoorbeeld bij een staaroperatie) dat zich in de eerstelijns afspeelt. Hier wordt de diagnose gesteld en worden eenvoudige behandelingen in eerste instantie uitgevoerd. Verdere diagnostiek vindt vaak plaats op de poli in het ziekenhuis. Daarna vindt de ingreep plaats in datzelfde ziekenhuis of in een ander. Tenslotte vindt nazorg plaats, bijvoorbeeld revalidatie en nacontroles. Bij alle electieve zorg geldt dat de zorg zo veel mogelijk in de eerstelijns plaatsvindt. De taakverdeling tussen eerstelijns, ziekenhuis en nazorg wordt op schrift gesteld, regelmatig geëvalueerd en jaarlijks bijgesteld op basis van ervaringen en nieuwe inzichten.

Ook patiënten dienen transparant te zijn over hun rol. Zij dienen eerlijk te zijn naar hun behandelaars, over medicijngebruik, leefstijl, voeding etc. Bij onvrede over een behandeling dient er eerst een gesprek (eventueel met klachtenfunctionaris) te komen met de behandelaar. Als het signaal/ de onvrede niet naar tevredenheid opgelost is kan er een klacht via de gebruikelijke procedure gestart worden. Bij alle te maken zorgpaden en richtlijnen staat aangegeven wat de patiënt of diens partner geacht wordt te doen.

Indien bij een pre-operatieve screening blijkt dat patiënten ondervoed zijn, een groot risico hebben op doorligwonden, geen voldoende mantelzorg bij terugkeer hebben en een risico op psychiatrische problematiek hebben, wordt dit tijdens terug gerapporteerd aan de eerstelijns of verpleeghuis.

Het woord ziekenhuisontslag verdwijnt uit het professionele spraakgebruik. Voortaan is er alleen sprake van transitie, overdracht of terugkeer naar huis. Het woord ontslag heeft namelijk een negatieve bijklank: iemand op straat zetten.

### **4. Transparante verantwoording over verleende zorg ofwel governance.**

Zorgverzekeraars en andere instanties gaan werken met minder uit te vragen indicatoren voor de zorg, bijvoorbeeld met een set van zes indicatoren. Zij gaan namelijk werken met alleen screeningsindicatoren. Als één daarvan een grens overschrijdt, gaan instanties meer indicatoren uitvragen. Op deze manier streeft Zorgbelang Fryslân naar minder regelkosten en een groter draagvlak bij zorgprofessionals om die paar indicatoren betrouwbaar en valide in te vullen.

Voor alle electieve ingrepen worden patiënten wijzers en patiënten keurmerken ontwikkeld. Zo lang die nog niet op websites staan, is het ziekenhuis bereid patiënten hierover te informeren op individuele basis.

Via continue steekproeven (bijvoorbeeld iedere tiende patiënt) worden patiënten bevraagd naar hun ervaringen met de electieve ingreep. Dat gebeurt met wetenschappelijk gevalideerde vragenlijsten, bijvoorbeeld CQ-Index lijsten. De uitslagen worden jaarlijks gepubliceerd en geagendeerd bij cliëntenraad van ziekenhuis of zelfstandige behandelcentrum.

Zorgbelang Fryslân ontvangt afschriften van scores op prestatie indicatoren die ziekenhuizen toch al voorbereiden voor zorgverzekeraar of inspectie. Zorgbelang Fryslân bespreekt jaarlijks deze scores op een bijeenkomst over alle electieve zorg en stelt daarbij haar prioriteiten vast voor het komende jaar.

**5. Beveiligd interactief dataverkeer tussen zorgprofessional en patiënten, tussen zorgprofessionals en tussen patiënten.**

Er komt een vergelijkingssite met een zoekmachine over de electieve zorg in Friesland. Patiënten kunnen zoeken op:

1. Reistijd van eigen woonplaats naar ziekenhuis.
2. Afspraaktermijn die op het zoekmoment geldt voor de electieve ingreep.
3. Aantal ingrepen dat het ziekenhuis jaarlijks doet.
4. Beschikbare gegevens uit de patiënten keurmerken.
5. Informatie over het zorgpad voor de electieve ingreep.

Patiënten kunnen online een afspraak maken voor het eerste polikliniekbezoek aan hun behandelaar en voor de datum van de ingreep. Zij hebben een elektronisch inzagerecht in hun medisch dossier en kunnen daaruit afleiden of hun zorgtraject verloopt conform hun zorgpad. Patiënten die dat willen, kunnen via een website lotgenoten contact onderhouden. De ziekenhuizen onderhouden de website daarvoor en attenderen op een positieve manier patiënten op deze mogelijkheid.

**6. Transparante besluitvorming over begroting en jaarprogramma's van zorgaanbieders en zorgprofessionals.**

Binnen de begrotingen van ziekenhuizen wordt zichtbaar wat de kosten en opbrengsten zijn voor de electieve zorg. Tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis vinden hierover aparte onderhandelingen plaats, waarbij de electieve zorg buiten het ziekenhuis (voortraject en natraject) ook betrokken is.

Patiëntvertegenwoordigers in cliëntenraden en werkgroepen binnen de verloskundige zorg toetsen begrotingen en jaarprogramma's aan de beleidsnota die de zorgprofessionals hebben opgesteld.

**7. Transparante besluitvorming over onderwerpen met een lange termijn effect.**

Vraagstukken van concentratie van electieve zorg komen via de tussenstap van een discussienota aan de orde ter besluitvorming. Patiëntvertegenwoordigers worden in een vroegtijdig stadium betrokken.

**8. Werkgevers die organisatorische kaders aangeven voor zorgprofessionals.**

Zorgverzekeraars en werkgevers bemoeien zich niet met de inhoudelijke aspecten van electieve zorg. Dat geldt wel voor organisatorische kaders, zoals te hanteren prestatie indicatoren, uit te kiezen software programma's en in te voeren systemen van kwaliteitsborging. Ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra voldoen beide aan dezelfde organisatorische kaders. Patiëntvertegenwoordigers hebben invloed op de jaarlijks vast te stellen organisatorische kaders.

**9. Bekostiging van zorgaanbieders die de vastgestelde doelen bevorderen.**

Voor de electieve zorg wijst Zorgbelang Fryslân het eerder genoemde cappuccinomodel af. Electieve zorg die veel wordt gevraagd (hoog volumen) leent zich uitstekend voor marktwerking met prijscompetitie. Want door een efficiënte organisatie en standaardisatie en besparingen op overhead kunnen ziekenhuizen lagere tarieven berekenen. Hier is te volstaan met een betaling per verrichting van bijvoorbeeld 90% plus een kwaliteitsprikkel van bijvoorbeeld 10%, indien vooraf vastgestelde doelen worden gehaald.

Patiënten krijgen een factuur voor de verrichte electieve zorg die het format heeft van een garage factuur, te weten het aantal daadwerkelijk gewerkte uren door de betreffende zorgprofessionals, de gebruikte onderdelen (bijvoorbeeld de prijs van de kunstheup) en het aantal uren verblijf op bijvoorbeeld OK, dagbehandelingscentrum, polikliniek of het aantal ligdagen op de afdeling.

#### **10. Een sociaal kader voor zorgprofessionals.**

Indien zorgprofessionals hun baan dreigen te verliezen ten gevolge van de realisatie van de inhoudelijke visie en van de hier genoemde randvoorwaarden, komen zij als eersten in aanmerking voor een andere positie binnen de nieuwe visie en randvoorwaarden. Hierdoor ontstaat draagvlak bij zorgprofessionals om mee te doen aan de gewenste veranderingen en blijft hun ervaring met de alledaagse zorg behouden.

#### **11. Adequate patiënteninbreng op alle niveaus van besluitvorming van zorgprofessional en zorgaanbieder.**

Jaarlijks komen alle patiëntvertegenwoordigers van Zorgbelang Fryslân op het terrein van de electieve zorg bijeen om:

1. Eventueel de inhoudelijke zorgvisie te actualiseren.
2. De realisatie van alle randvoorwaarden in onderlinge samenhang te evalueren. Hier vindt afstemming plaats over in te nemen standpunten in het komende jaar.

Voor zover er patiënten keurmerken en ervaringsvragenlijsten bestaan, hanteert Zorgbelang Fryslân deze in haar eigen stellingnames.

## 5. De oncologische zorg

Afbeelding 5.1. toont tien inhoudelijke aanbevelingen over oncologische zorg. Zij vormen gezamenlijk de inhoudelijke visie van Zorgbelang Fryslân, zoals vastgesteld in juli 2012.

### **Afbeelding 5.1 Inhoudelijke visie van Zorgbelang Fryslân op oncologische zorg.**

1. De arts bespreekt vóór de behandeling de te verwachten resultaten en de mogelijke gevolgen.
2. De arts en de patiënt overleggen samen (shared decision making).
3. De arts bewaakt de ervaren kwaliteit van leven van de patiënt tijdens de behandeling
4. Korte doorlooptijden.
5. Alle belangrijke behandelbeslissingen worden, in het dossier, door de arts onderbouwd opgeschreven.
6. De patiënt weet met wie hij contact op kan nemen bij acute klachten, bijwerkingen en vragen.
7. De locatie van de behandeling is dichtbij als het kan, verder weg als het de kwaliteit ten goede komt.
8. Artsen/verpleegkundigen controleren de behoefte aan psychosociale zorg van de patiënt en zijn systeem/omgeving.
9. De arts heeft voldoende ervaring.
10. Bij het ziekenhuis is een begeleider aanwezig die met de patiënt mee gaat naar de onderzoeken en behandelingen.

Bron: Verzamelnotitie Cliënteninbreng ten behoeve van Friesland Voorop, juli 2012.

Voor een uitwerking van deze punten verwijzen wij naar de al eerder genoemde Verzamelnotitie. Om deze visie te realiseren staan elf randvoorwaarden ter discussie. Zij passeren hieronder de revue.

#### **1. Aanwezigheid gezamenlijke doelen.**

Zorgaanbieders, zorgverzekeraar en Zorgbelang Fryslân maken een gezamenlijke beleidsnotitie over spreiding en concentratie van oncologische zorg, die meestal geboden wordt in een groot volumen en eenvoudig van aard is. Bijvoorbeeld staaroperaties en heupoperaties. In die beleidsnota staat tenminste:

1. De verwachte groei van de oncologische zorg tot 2020 en daarvoor benodigde capaciteitsuitbreiding en kostenverhoging.
2. Een discussie met alternatieve oplossingen over de verwachte groei aan de vraagkant ten opzichte van de beschikbare financiële middelen.
3. Concentratie en spreiding van het aanbod gelet op het vorige punt.
4. De aansluiting van de curatieve oncologische zorg op de preventieve oncologische zorg, zoals stoppen met roken cursussen en screeningsprogramma's.

Diverse nota's en richtlijnen van Integraal Kankercentrum Nederland, Gezondheidsraad en andere instanties komen in deze gezamenlijke beleidsnota aan de orde.

#### **2. Continuïteit van zorg, informatie en in persoon.**

Voor alle oncologische zorg bestaan zorgpaden. Daaruit wordt duidelijk wat de instroom criteria zijn, wie welke activiteiten doet, ontslag criteria, wie de hoofdbehandelaar is en wie informatie geeft aan patiënt en familie. Van de uitgeschreven zorgpaden bestaan patiënten versies, maar ook de professionele versie is voor patiënten in te zien. Het ziekenhuis geeft aan in welke mate zij zich aan de doorstroomtijden, genoemd in de zorgpaden, kunnen houden. Diagnostische zorgpaden voor bijvoorbeeld snel diagnostiek sluiten in de tijd onmiddellijk aan op behandelingszorgpad: er is geen wachttijd tussen beide van enkele weken.

Indien huisartsen patiënten verwijzen voor een oncologische ingreep of aanvullende diagnostiek beschikken zij over vergelijkende informatie over:

1. afspraaktermijn;
2. reistijd naar het betreffende ziekenhuis;
3. aantal ingrepen per jaar dat het centrum uitvoert.

Patiënten kiezen zelf welk keuze criterium zij het belangrijkste vinden.

### **3. Op schrift vastgestelde, openbare taakverdeling voor zorgprofessionals.**

Bij oncologische zorg is vaak sprake van een voortraject (bijvoorbeeld bij een vermoeden van borstkanker) dat zich in de eerstelijns afspeelt. Verdere diagnostiek vindt vaak plaats op de poli in het ziekenhuis. Daarna vindt de ingreep plaats in datzelfde ziekenhuis of in een ander ziekenhuis. Tenslotte vindt nazorg plaats, bijvoorbeeld revalidatie en nacontroles. Bij alle oncologische zorg geldt dat de zorg zo veel mogelijk in de eerstelijns plaatsvindt of in het ziekenhuis in de buurt. De taakverdeling tussen eerstelijns, ziekenhuis en nazorg wordt op schrift gesteld, regelmatig geëvalueerd en jaarlijks bijgesteld op basis van ervaringen en nieuwe inzichten.

Ook patiënten dienen transparant te zijn over hun rol. Zij dienen eerlijk te zijn naar hun behandelaars, over medicijngebruik, leefstijl, voeding etc. Bij onvrede over een behandeling dient er eerst een gesprek (eventueel met klachtenfunctionaris) te komen met de behandelaar. Als het signaal/de onvrede niet naar tevredenheid opgelost is kan er een klacht via de gebruikelijke procedure gestart worden.

### **4. Transparante verantwoording over verleende zorg ofwel governance.**

Voor alle oncologische ingrepen worden patiënten wijzers en keurmerken ontwikkeld. Zo lang die nog niet op websites staan, is het ziekenhuis bereid patiënten hierover te informeren op individuele basis.

Via continue steekproeven (bijvoorbeeld iedere tiende patiënt) worden patiënten bevraagd naar hun ervaringen met de oncologische zorg. Dat gebeurt met wetenschappelijk gevalideerde vragenlijsten, bijvoorbeeld CQ-Index lijsten. De uitslagen worden jaarlijks gepubliceerd en geagendeerd bij cliëntenraden van ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Zorgbelang Fryslân ontvangt afschriften van scores op prestatie indicatoren die ziekenhuizen toch al voorbereiden voor zorgverzekeraar of inspectie.

Zorgbelang Fryslân bespreekt jaarlijks deze scores op een bijeenkomst over alle oncologische zorg en stelt daarbij haar prioriteiten vast voor het komende jaar.

### **5. Beveiligd interactief dataverkeer tussen zorgprofessional en patiënten, tussen zorgprofessionals en tussen patiënten.**

Er komt een vergelijkingssite met een zoekmachine over de oncologische zorg in Friesland. Patiënten kunnen zoeken op:

1. Reistijd van eigen woonplaats naar ziekenhuis.
2. Afspraaktermijn die op het zoekmoment geldt voor de oncologische ingreep.
3. Aantal ingrepen dat het ziekenhuis jaarlijks doet.
4. Beschikbare gegevens uit de patiënten wijzer.
5. De informatie over het zorgpad voor de oncologische zorg.

Patiënten kunnen online een afspraak maken voor het eerste polikliniekbezoek aan hun behandelaar en voor de datum van de ingreep.



Patiënten hebben een elektronisch inzage-recht in hun medisch dossier en kunnen daaruit afleiden of hun zorgtraject verloopt conform hun zorgpad.

Patiënten die dat willen, kunnen via een website met elkaar lotgenoten contact onderhouden. De ziekenhuizen onderhouden de website daarvoor en attenderen op een positieve manier patiënten op deze mogelijkheid.

#### **6. Transparante besluitvorming over begroting en jaarprogramma's van zorgaanbieders en zorgprofessionals.**

Binnen de begrotingen van ziekenhuizen wordt zichtbaar wat de kosten en opbrengsten zijn voor de oncologische zorg. Tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis vinden hierover aparte onderhandelingen plaats waarbij de oncologische zorg bij andere ziekenhuizen en zorgaanbieders ook betrokken is.

Patiëntvertegenwoordigers in cliëntenraden en werkgroepen binnen de oncologische zorg toetsen begrotingen en jaarprogramma's aan de beleidsnota die de zorgprofessionals hebben opgesteld.

#### **7. Transparante besluitvorming over onderwerpen met een lange termijn effect.**

Vraagstukken van concentratie van oncologische zorg komen via de tussenstap van een discussienota aan de orde ter besluitvorming. Patiëntvertegenwoordigers worden in een vroegtijdig stadium betrokken.

#### **8. Werkgevers die organisatorische kaders aangeven voor zorgprofessionals.**

Zorgverzekeraars en werkgevers bemoeien zich niet met de inhoudelijke aspecten van electieve zorg. Dat geldt wel voor organisatorische kaders, zoals te hanteren prestatie indicatoren, uit te kiezen software programma's en in te voeren systemen van kwaliteitsborging. Ziekenhuizen voldoen alle aan dezelfde organisatorische kaders.

Patiëntvertegenwoordigers hebben invloed op de jaarlijks vast te stellen organisatorische kaders.

#### **9. Bekostiging van zorgaanbieders die de vastgestelde doelen bevorderen.**

Zorgbelang Fryslân is voorstander van een bekostigingssystematiek die samenwerken en kwaliteit bevordert. Gedacht kan worden aan een drieslagmodel ofwel cappuccinomodel. Dit houdt in:

1. een abonnementstarief (bijvoorbeeld 80%);
2. een tarief per verrichting (bijvoorbeeld 10%);
3. een tarief indien de kwaliteit bereikt is die vastgelegd is in de beleidsnota (bijvoorbeeld 10%).

Het abonnementstarief leidt tot continuïteit in de zorg (bijvoorbeeld vaste huisarts). Het tweede tarief is een kleine volumen prikkel. Die spoort aan tot productiviteit, maar is ook weer niet zo sterk dat deze stimuleert tot overdiagnostiek, overbehandeling en het centraal stellen van het eigen inkomen. Het derde tarief stimuleert zorgprofessionals om zich aan de lange termijn doelen te houden en de waan van de dag te relativeren.

Patiënten krijgen een factuur voor de verrichtte oncologische zorg die het format heeft van een garage factuur, te weten het aantal daadwerkelijk gewerkte uren door de betreffende zorgprofessionals, voor de gebruikte onderdelen (bijvoorbeeld de prijs van de kunstheup) en het aantal uren verblijf op bijvoorbeeld OK, dagbehandelingscentrum of polikliniek.

#### **10. Een sociaal kader voor zorgprofessionals.**

Indien zorgprofessionals hun baan dreigen te verliezen ten gevolge van de realisatie van de inhoudelijke visie en van de hier genoemde randvoorwaarden, komen zij als eersten in aanmerking voor een andere positie binnen de nieuwe visie en

randvoorwaarden. Hierdoor ontstaat draagvlak bij zorgprofessionals om mee te doen aan de gewenste veranderingen en blijft hun ervaring met de alledaagse zorg behouden.

**11. Adequate patiënten inbreng op alle niveaus van besluitvorming van zorgprofessional en zorgaanbieder.**

Jaarlijks komen alle patiëntvertegenwoordigers van Zorgbelang Fryslân op het terrein van de oncologische zorg bijeen om

1. Eventueel de inhoudelijke zorgvisie te actualiseren.
2. De realisatie van alle randvoorwaarden in onderlinge samenhang te evalueren. Hier vindt afstemming plaats over in te nemen standpunten in het komende jaar.

Voor zover er patiënten keurmerken en ervaringsvragenlijsten bestaan, hanteer Zorgbelang Fryslân deze bij de voorbereiding van haar eigen stellingnames.

## 6. De Ouderenzorg

Afbeelding 6.1. toont tien inhoudelijke aanbevelingen over ouderenzorg. Zij vormen gezamenlijk de inhoudelijke visie van Zorgbelang Fryslân, zoals vastgesteld in juli 2012.

### **Afbeelding 6.1 Inhoudelijke visie van Zorgbelang Fryslân in tien punten op de ouderenzorg.**

1. Het naderende levenseinde en wensen van ouderen is onderwerp van gesprek in de behandeling of zorgverlening.
2. De arts neemt ouderen die zorg weigeren of die niet verder behandeld willen worden altijd serieus.
3. Ouderen ontvangen zorg op maat, afgestemd op hun behoeften en belastbaarheid.
4. Ouderen of hun vertegenwoordiger voeren zelf de regie.
5. Diagnostiek van ouderen richt zich op alle leefgebieden van de oudere.
6. Technologie, bijvoorbeeld 'zorg op afstand' of e-mailen van je zorgverlener wordt ingezet om ouderen de regie over hun leven te laten behouden.
7. De zorgverlener geeft toegankelijke en begrijpelijke (denk aan gevolgen behandeling etc) informatie.
8. Er is een casemanager die voor de belangen/behoeften van de oudere opkomt in elke situatie.
9. Ouderen ontvangen zorg op maat, afgestemd op hun behoeften en belastbaarheid.
10. Ouderen kunnen dicht bij huis terecht voor de basale zorg en voor doorverwijzing gespecialiseerde zorg.

Bron: Verzamelnotitie Cliënteninbreng ten behoeve van Friesland Voorop, juli 2012.

Voor een uitwerking van deze punten verwijzen wij naar de al eerder genoemde Verzamelnotitie. Om deze visie te realiseren staan elf randvoorwaarden ter discussie. Zij passeren hieronder de revue.

#### **1. Aanwezigheid gezamenlijke doelen.**

Gemeenten, zorgaanbieders, woningbouwcorporaties, welzijn en de zorgverzekeraar dienen een gezamenlijke nota op gemeentelijk niveau samen te stellen hoe huisvesting, welzijn en zorg eruit ziet in 2020 voor ouderen die *dagelijkse* zorg nodig hebben in zowel in verzorgings- of verpleeghuis als in de thuissituatie. In dit plan dient niet alleen de zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en/of AWBZ beschreven te worden maar er moet ook aandacht geschonken worden aan de ondersteuning die mensen in hun eigen netwerk zelf kunnen regelen en eventueel zorg die uit eigen middelen betaald kan worden. Vertegenwoordigers vanuit de oudere bevolking en cliëntenraden zijn bij de voorbereiding betrokken. Het ABC van Zorgbelang Fryslân (A= Advisering, B = Beleidsbeïnvloeding en C= Coproductie van zorgaanbieder en cliënt) is hierbij het uitgangspunt.

#### **2. Continuïteit van zorg, informatie en in persoon.**

Voor kwetsbare ouderen die zelfstandig wonen is het van belang dat wijkverpleegkundigen in samenwerking met de ouderen, eventueel mantelzorgers en professionals in de eerstelijns een individueel zorg- en ondersteuningsplan samenstelt zodat het voor alle partijen duidelijk is wie wat doet, wie waarvoor verantwoordelijk is en wie de hoofdbehandelaar is. Indien er een beroep gedaan wordt op de thuiszorg dienen zij ook betrokken te worden bij dit plan.

Zorgbelang Fryslân pleit ervoor dat de thuiszorg zich in kleine teams op gemeentelijk/dorps/wijk niveau organiseert, zodat ouderen niet te maken krijgen met een groot aantal wisselende gezichten en de lijn met de eerstelijns kort is.

In het zorgplan dient expliciet aandacht geschonken te worden aan de situatie als er plotseling iets gebeurt. Denk aan alarmering door de oudere zelf en wie moet dan wat gaan doen.

Ook voor ouderen die wonen in een verzorgings- of verpleeghuis geldt dat het noodzakelijk is dat de zorg beschreven wordt in het individueel zorgplan. Hierin dient ook aandacht besteed te worden aan specialistische zorg, bijvoorbeeld voor

kankerpatiënten. Duidelijk moet zijn wanneer de specialist de hoofbehandelaar is en wanneer deze verantwoordelijkheid ligt bij de arts van het verpleeghuis.

### **3. Op schrift vastgestelde, openbare taakverdeling voor zorgprofessionals.**

Aangezien er bij ouderen vaak sprake is van multi morbiditeit is het niet mogelijk deze zorg vast te leggen in een standaard zorgpad. Hierdoor wordt het individueel zorgplan des te belangrijker, zie hierboven.

### **4. Transparante verantwoording over verleende zorg ofwel governance.**

Toekomstige ouderen en hun mantelzorgers zullen in de toekomst steeds meer een bewuste keuze maken voor een bepaalde zorgorganisatie. Hiervoor is het van belang dat zij vergelijkende informatie hebben. Dit kan door een website waarin kwaliteitscriteria met elkaar vergeleken worden. Patiëntenorganisaties dienen betrokken te worden bij het vaststellen van deze kwaliteitscriteria.

Zorgbelang Fryslân pleit ervoor dat in een dorp of wijk niet teveel thuiszorgorganisaties actief zijn. Wij denken aan maximaal drie. Hierdoor blijft er keuzevrijheid voor ouderen en dit stimuleert korte lijnen met de eerstelijns. Voor het maken van een keuze is een vergelijkbare website een goed hulpmiddel.

### **5. Beveiligd interactief dataverkeer tussen zorgprofessional en patiënten, tussen zorgprofessionals en tussen patiënten.**

Om continuïteit van zorg voor zelfstandig wonende ouderen met een indicatie ZZP 1, 2 en 3 te garanderen is het een voorwaarde dat thuiszorg, eerstelijns en de oudere zelf/mantelzorgers snel met elkaar bijvoorbeeld door middel van een Digitaal Zorgboek kunnen communiceren.

Bij ouderen die zelfstandig wonen met (veel) thuiszorg is het een voorwaarde dat eerstelijns en thuiszorg eenduidig met elkaar communiceren. Zorgbelang Fryslân is er voorstander van dat deze communicatie via internet verloopt en ook inzichtelijk is voor de oudere en mantelzorgers.

Voor het maken van een keuze tussen verschillende tweedelijnszorgaanbieders is een vergelijkbare website een goed hulpmiddel. Ouderen, hun familie en wijkverpleegkundigen kunnen op die website vergelijken welke kwaliteit welke aanbieder biedt.

### **6. Transparante besluitvorming over begroting en jaarprogramma's van zorgaanbieders en zorgprofessionals.**

Cliëntenraden en vertegenwoordigers van ouderen toetsen begrotingen en jaarprogramma's aan de beleidsnota. Belangrijk is dat zij inzicht hebben in de post overhead van organisaties (thuiszorg, verzorging- en verpleeghuizen). Denk aan: management, niet doelmatige crisisdiensten, diensten buiten kantooruren en gebouwen.

### **7. Transparante besluitvorming over onderwerpen met een lange termijn effect.**

Zorgbelang Fryslân is van mening dat ouderen niet gediend zijn bij nog meer fusies tussen zorgorganisaties. De komende jaren zullen eerst de voordelen van klein binnen groot verzilverd worden en de gevolgen van de Wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ) in kaart gebracht worden.

Belangrijk is dat de gevolgen van de Wmo en de LIZ jaarlijks gemonitord worden. Dit is een taak van de zorgverzekeraar in samenwerking met de Friese gemeenten. Bij de vormgeving van de monitor dient Zorgbelang Fryslân betrokken te worden.

Voor Zorgbelang Fryslân is deze monitor van grote waarde om na te gaan of kwetsbare groepen niet tussen wal en schip vallen.

#### **8. Werkgevers die organisatorische kaders aangeven voor zorgprofessionals.**

Zorgverzekeraars, werkgevers en gemeenten bemoeien zich niet met de inhoudelijke aspecten van thuiszorg/ouderenzorg (verzorgings- en-verpleeghuis). Dat geldt wel voor organisatorische kaders zoals te hanteren prestatie indicatoren, uit te kiezen software programma's en in te voeren systemen van kwaliteitsborging van ouderenzorg. Patiëntvertegenwoordigers hebben invloed op de jaarlijks vast te stellen organisatorische kaders.

Zorgbelang Fryslân staat positief tegenover ZZP's in de thuiszorg. Wel stelt zij als voorwaarde dat zij continuïteit van zorg leveren, kwaliteit leveren en transparant zijn over de geleverde zorg.

#### **9. Bekostiging van zorgaanbieders die de vastgesteld doelen bevorderen.**

Zorgbelang Fryslân is van mening dat dit Individueel Zorgplan de basis moet zijn voor financiering van de zorg. Op deze manier verdwijnen de schotten tussen Zorgverzekeringswet, Wmo en Wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ). Dit betekent dat de indicatiestelling van deze wetten op elkaar afgestemd moet worden. Bij alle ondersteuning van de Wmo en de LIZ geldt dat de aanspraken in natura en als Persoonsgebonden Budget zijn te verzilveren. Zorgbelang Fryslân is voorstander van een bekostigingssystematiek die samenwerken en kwaliteit bevordert. In Duitsland worden mensen met een chronische ziekte gestimuleerd twee dagen per jaar naar een cursus te gaan. Zelfmanagement speelt hierbij een belangrijke rol. Hierdoor ontvangen patiënten een korting op hun zorgverzekering.

Voor de honorering van aanbieders van ouderenzorg denkt Zorgbelang Fryslân aan een drieslagmodel ofwel cappuccinomodel met:

1. een abonnementstarief (bijvoorbeeld 80%);
2. een tarief per verrichting (bijvoorbeeld 10%);
3. een tarief indien de kwaliteit bereikt is die vastgelegd is in de beleidsnota (bijvoorbeeld 10%).

Het abonnementstarief leidt tot continuïteit in de zorg. Het tweede tarief is een kleine volumen prikkel. Die spoort aan tot productiviteit, maar is ook weer niet zo sterk dat deze stimuleert tot te snelle plaatsing van cliënten in een verpleeghuis. Het derde tarief stimuleert zorgprofessionals om zich aan de lange termijn doelen te houden en de waan van de dag te relativeren. Dit cappuccinomodel werkt voor alle ouderenzorg.

#### **10. Een sociaal kader voor zorgprofessionals.**

Indien zorgprofessionals hun baan dreigen te verliezen ten gevolge van de realisatie van de inhoudelijke visie en van de hier genoemde randvoorwaarden, komen zij als eersten in aanmerking voor een andere positie binnen de nieuwe visie en randvoorwaarden. Hierdoor ontstaat draagvlak bij zorgprofessionals om mee te doen aan de gewenste veranderingen en blijft hun ervaring met de alledaagse zorg behouden. Denk aan een transitie van de tweede naar de eerstelijns. Taken, werk en mensen dienen als een geheel gezien te worden. Dit betekent dat ziekenhuizen met een afnemende omzet als eersten professionals kunnen voordragen die gaan werken in de zich uitbreidende eerstelijns.

#### **11. Adequate patiënteninbreng op alle niveaus van besluitvorming van zorgprofessional en zorgaanbieder.**

Ten aanzien van zorg voor kwetsbare ouderen (zelfstandig en intramuraal wonende) is het van belang dat inbreng van mantelzorg transparant en adequaat is, dwz overeenkomstig is met de mogelijkheden van deze mantelzorger. En dat de vraag van de oudere zelf leidend is.

Overbelasting van mantelzorgers dient een belangrijk onderwerp te zijn voor cliëntenraden.

## 7. Nawoord: patiënten inbreng op alle niveaus van besluitvorming

Besluitvorming in zorg en welzijn vindt plaats op alle niveaus: in de spreekkamer, bij het ontwerpen van zorgpaden, bij het ontwerpen van kwaliteitsindicatoren, bij evalueren van de zorg, bij het voorbereiden en uitvoeren van ingrijpende besluiten, bij het vaststellen van lange termijn doelen, jaarprogramma's en jaarbegrotingen. In de afgelopen hoofdstukken hebben wij getracht te beschrijven hoe patiënten inbreng op al die niveaus is te realiseren. Steeds was daarbij ons uitgangspunt het ABC van Zorgbelang Fryslân: A = Advisering, B= Beleidsbeïnvloeding en C = Coproductie van cliënt en professional. Indien lezers ons attenderen op nog meer mogelijkheden om dit ABC uit te spreken, dan graag. Wij staan er voor open. Bij dit ABC maken wij gebruik van de Participatieladder (zie afbeelding 8.1).

### ***Afbeelding 7.1 Mate van intensiteit van patiënten advisering en beïnvloeding volgens de Participatieladder.***

De Participatieladder onderscheidt verschillende niveaus van betrokkenheid:

- 1) Informeren, toegang tot basisinformatie.
- 2) Consulteren, patiënten/cliëntenraden mogen hun mening geven.
- 3) Adviseren, patiënten/cliëntenraden adviseren.
- 4) Beoordelen, patiënten/cliëntenraden beoordelen feiten, visies, doelen, oplossingen en keuzes.
- 5) Besluiten, patiënten/cliëntenraden formuleren besluiten. Zorgorganisatie neemt de besluiten mee in beslissingsproces.
- 6) Beslissen, de zorgorganisatie beslist.

=====

Voor alle partijen is het van belang om van te voren duidelijk aan te geven op welk niveau patiënten inbreng/invloed zich begeben. In dit discussiestuk blijft achterwege welke de mate van intensiteit is waarmee Zorgbelang Fryslân in besluitvorming participeert. Dat hangt af van het belang van het onderwerp, de behapbaarheid voor Zorgbelang Fryslân zelf en de ingeschatte meerwaarde van de patiënten inbreng.

Tenslotte merken wij op dat de inbreng van patiënten een onuitputtelijke bron is van stille kennis. Die is gratis te verkrijgen. In onze achterbannen zijn voldoende vrijwilligers bereid hun inbreng aan te reiken. Voor het organiseren van de patiënten inbreng (het aankondigen van bijeenkomsten, het bouwen van websites, het ontwerpen van patiënten keurmerken, om maar enkele onderwerpen te noemen) is wel geld nodig. Of dat er komt, hangt af van het belang dat andere partijen, zoals zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders hechten aan patiënten inbreng. Is dat belang hoog, dan komt dat geld vanzelf. Ziet men deze inbreng als franje, dan komt die patiëntvriendelijke organisatie van de gezondheidszorg er nooit.

Leeuwarden, 21-01-2014



**zorg** belang  
**Fryslân**