Advies commissie Werken in de Zorg over Sociale en technologische innovatie

Inhoud

Inleiding 3

Lessons learned 4

Adviezen 6

Ter afsluiting 10

Bijlage:
Overzicht van geraadpleegde personen 11

Inleiding

De commissie Werken in de Zorg heeft in de periode 2018 – 2021, als onderdeel van het actieprogramma Werken in de Zorg, tot taak voorstellen te doen om de (toenemende) personele tekorten in de sector zorg en welzijn terug te dringen. De bewindspersonen van VWS hebben aan de commissie gevraagd om in 2020 het accent te verleggen naar de actuele lessen die de coronacrisis ons leert.

De commissie Werken in de Zorg stelt zich daarom als kernvraag: Welke lessen zijn er vanuit de coronacrisis te leren voor de regionale en voor de landelijk arbeidsmarktaanpak in zorg en welzijn, die ook 'na corona' bijdragen aan blijvende oplossingen voor de personeelstekorten. Het nu voorliggend advies beantwoordt deze vraag voor wat betreft het thema *sociale en technologische innovatie* en koppelt daaraan een aantal adviezen voor de regionaal samenwerkende partijen en voor landelijke partijen, waaronder VWS.

In de voorgaande jaren definieerde de commissie Werken in de Zorg een aantal vliegwielen die belangrijk zijn om tot duurzame oplossingen te komen voor de personeelstekorten. Deze vliegwielen zijn onverkort van kracht en gebruikt de commissie daarom dit jaar om separate adviezen uit te brengen op deelthema's:

- Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals
- Onderwijsvernieuwing en leven lang ontwikkelen
- Sociale en technologische innovatie
- Anders besturen, vanuit een gezamenlijke maatschappelijke opgave

Het mag duidelijk zijn dat deze thema's onderling samenhangen en in die samenhang hun invloed hebben op het arbeidsmarktvraagstuk. In een afsluitende overall rapportage brengt de commissie de thema's met elkaar in verband en krijgen overkoepelende adviezen een plek.

De commissie heeft als input voor de in deze rapportage opgenomen adviezen groepsgesprekken gevoerd met bestuurders vanuit zorg, onderwijs en lokaal domein, een groepsgesprek met zorgprofessionals en daarnaast gesprekken met individuele experts en sleutelfiguren. De bijlage geeft een overzicht van de personen met wie de commissie gesproken heeft.

Dit document behandelt eerst een aantal lessons learned op het terrein van sociale en technologische innovatie. Daarna volgen aanbevelingen voor de regionaal samenwerkende partijen en voor de landelijke partijen, waaronder VWS.

De adviezen samengevat:

Advies aan VWS en de landelijke partijen

- Initieer en faciliteer een maatschappijbrede dialoog over zorg en welzijn in 2030 en vertaal de uitkomsten in een landelijk transformatieplan voor digitalisering. Dit plan richt zich op het ontsluiten van werkzame innovaties, op kaders en randvoorwaarden, op financiering en op het opleiden voor de zorg.

Adviezen aan de regionaal samenwerkende partijen

- Stel aansluitend bij het landelijke transformatieplan digitalisering een regionale innovatieagenda op om de implementatiekracht te focussen en te bundelen. Richt de energie daarbij primair op innovaties die arbeidsbesparing tot gevolg kunnen hebben.
- "*Start with the why*" bij alle innovatie: wat levert het op voor de kwaliteit van zorg en werk? Betrek zorgprofessionals er direct en vanaf de start bij en geef ze de noodzakelijke ondersteuning.

Lessons learned

De vraag: welke lessen kunnen we leren met betrekking tot het thema sociale en technologische innovatie en de impact daarvan op de arbeidsmarkt heeft de commissie besproken met bestuurders, zorgprofessionals en experts.

De coronatijd heeft een versnelling laten zien in zowel de sociale als de technologische innovatie in de zorg. In de gesprekken die de commissie voerde kwamen vele voorbeelden langs. Op hoofdlijnen vallen die in een paar categorieën in te delen:

Communicatie op afstand
Beeldbellen is de technologie die met stip op 1 staat voor wat betreft de vlucht die het genomen heeft tijdens de coronacrisis. Online contact (vooral via beeld maar ook via chat en portals) werd de norm, omdat fysiek contact tijdelijk niet kon. Beeldbellen is niets nieuws, het kan al vele jaren, maar het bleek van grote waarde tijdens deze periode. Ook ouderen konden er goed mee uit de voeten.

Zorg op afstand
Telemonitoring applicaties - digitale toepassingen voor het op afstand monitoren van de gezondheid van de patiënt - bewezen hun nut, doordat patiënten in de coronatijd minder naar de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis konden en wilden komen.
Zowel beeldbellen als zorg op afstand betekenen voor zorgprofessionals een efficiënt te organiseren primair proces en tegelijkertijd, voor de vaak oudere patiënten, een (relatief) ontspannen zorgtraject. Men hoefde geen vervoer te regelen en durfde vaak meer te delen met de dokter.

Hulpmiddelen en technologieën die de werkdruk verlichten
Door corona was het zorgsysteem overbelast. Op veel plekken werden hulpmiddelen die voor ontlasting van zorgprofessionals zorgen versneld ingezet. De commissie hoorde aansprekende voorbeelden onder meer op het gebied van medicijnverstrekking, verzorgend wassen, wondverzorging, smart glasses en de al genoemde telemonitoring.

Sociale innovatie
De coronatijd werkte ook als een breekijzer voor sociale innovatie. De commissie zag meer samenwerking en afstemming van zorgprocessen, het van de ene op de andere dag anders inrichten van zorgprocessen en nieuwe ideeën over hoe personeel slimmer en flexibeler in te zetten (bijvoorbeeld door buddy's). 'Agile' werken dus, wat ook in de zorg blijkt te werken.

Innovatie in en van het zorgonderwijs
Door corona hebben onderwijsinstellingen waardevolle ervaringen opgedaan met online stagebegeleiding en de inzet van technologie bij examinering. Ook is er nu meer aandacht voor zorgtechnologie in het onderwijs en gaat men aan de slag met vragen als: welke basiscompetenties op het gebied van zorgtechnologie zijn nodig? Het advies dat de commissie in november uitbracht over onderwijsvernieuwing en leven lang ontwikkelen[1] gaat nader op dit onderwerp in.

Deze versnelling is zeer hoopgevend: kennelijk kan het! De genoemde innovaties lieten hun meerwaarde zien en werden breed geadopteerd en omarmd door zorgprofessionals en zorgvragers.

Goed om te zien was ook dat in de coronatijd veel belemmeringen voor innovatief werken wegvielen. Denk aan financiële belemmeringen (eerste consult mocht ook digitaal, 'onvoorwaardelijke' financiering van extra COVID-zorg) en belemmeringen in wet- en regelgeving (enkele maatregelen op het gebied van de Wet BIG[2], uitlenen van zorgpersoneel zonder BTW). Systeempartijen als zorgverzekeraars, de IGJ en de rijksoverheid maakten als het ware 'pas op de plaats' om de zorg de ruimte te geven om te doen wat nodig was.

De conclusie moet zijn dat dit hét moment is om door te pakken met de (digitale) transformatie van de zorg.

1 Advies commissie Werken in de Zorg Onderwijsvernieuwing en leven lang ontwikkelen 2020

2 De herregistratieverplichting voor alle artikel 3-beroepsbeoefenaren werd tot nader orde opgeschort (zodat de hiermee samenhangende administratieve taak tijdens de coronacrisis niet nodig is) en er is door VWS samen met V&VN en de KNMG een kader opgesteld om voormalige verpleegkundigen en artsen onder voorwaarden weer zelfstandig in te zetten in de zorg.

Kanttekeningen zijn er echter ook:

- Veel van de genoemde innovaties lagen goeddeels 'klaar voor gebruik'. Successen zijn vooral zichtbaar in de verdergaande implementatie van al ontwikkelde innovaties. Zorg en welzijn zal er over 10 jaar echter fundamenteel anders uit moeten zien om te kunnen voldoen aan de dan bestaande zorgvraag met de dan beschikbare arbeidskrachten. De stappen die tot dusver gezet worden zullen niet voldoende zijn. Verdergaande, meer fundamentele innovatie is nodig.

- Zorgprofessionals zijn disproportioneel veel tijd kwijt aan het achterhalen van de patiëntgegevens die zij nodig hebben voor hun werk. Tijdens de coronacrisis is (opnieuw) op schrijnende wijze manifest geworden dat er geen goede overdracht is tussen de verschillende onderdelen van de zorg: huisartsen, ziekenhuizen (ook onderling), verpleeghuizen etc. Dit onderwerp staat steeds prominenter op de agenda en gelukkig is er nu (eindelijk) een wetsvoorstel dat de elektronische gegevensuitwisseling in de zorg landelijk gaat regelen. Als het wetsvoorstel wordt aangenomen kan gestandaardiseerde elektronische gegevensuitwisseling in de komende jaren stapsgewijs worden geïmplementeerd, maar de weg is nog lang en met vele hobbels.

- (Open) standaarden voor data-uitwisseling en interoperabiliteit zijn in de zorg onontbeerlijk. Daaraan wordt hard gewerkt onder nationale regie, maar er is ook hier nog een lange weg te gaan. De commissie heeft weinig gezien/gehoord dat de issues rondom de interoperabiliteit worden opgepakt, of dat organisaties op basis daarvan samenwerken aan vernieuwing. De organisaties zoeken vooral eigen oplossingen. Er zijn geen pogingen om een gemeenschappelijke referentie-architectuur op te zetten (waarin langzaamaan naar elkaar toegegroeid zou kunnen worden en men in ieder geval geen dingen doet die de interoperabiliteit bemoeilijken).

- Vernieuwing die niet zorgvuldig met de uitvoerende professionals wordt ingevoerd loopt het gevaar te stranden. Denk aan goed bedoelde projecten die dankzij de Set-Covid regeling[3] konden worden opgestart. Vaak sterk top-down en uitgevoerd met specifieke leveranciers. De verwachting is dat hier veel energie over de balk is gegooid en dat er straks ongebruikte apparaten in kasten worden gevonden.

- De commissie moet helaas constateren dat partijen snel weer naar oude, vertrouwde patronen teruggaan op het moment dat de urgentie iets luwt. Dit werd zichtbaar in de periode tussen de eerste en de tweede golf toen de zorg even een adempauze kreeg. Toen trad 'vormgeheugen' op: op veel plekken werden online-consulten weer omgezet in fysieke consulten of gingen de smart glasses (waardoor de arts op afstand mee kon kijken) weer terug in de kast.
  Een hypothese van de commissie is dat dit deels te maken heeft met een te grote nadruk op de technologische kanten van een innovatie, zonder met de sociale aspecten voldoende rekening te houden. Een andere en hiermee samenhangende verklaring, die de commissie gehoord heeft, is dat zorgprofessionals weliswaar technologische oplossingen hebben ingezet maar zich voor het gebruik ervan onvoldoende toegerust en competent voelden. Zorgprofessionals geven zelf bovendien aan dat nieuwe technologische toepassingen vaak ingewikkeld zijn. Daardoor grijpen zij, zodra dat mogelijk is, weer terug op vertrouwde praktijken. Tot slot nemen leidinggevenden weinig tijd om te sturen en te inspireren op het gebied van het gebruik maken van technologie.
  Verandering van werkwijzen is daarmee voor het merendeel een opgave op het gebied van sociale innovatie. Zorgorganisaties dienen, samen met de zorgprofessionals, op zoek te gaan naar een optimale mix tussen digitale en fysieke zorg en deze te verankeren in het dagelijkse werk.
  Het risico bestaat dat techniek wordt gezien als een tijdelijke oplossing gedurende de coronaperiode. Naar het oordeel van de commissie is een fundamenteel andere houding nodig ten opzichte van techniek. Daar waar techniek kan, voordeel biedt voor de zorgvrager of tenminste niet nadelig is, zou het optimaal en zelfs 'normatief' ingezet moeten worden. De kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg komen in gevaar als we niet optimaal gebruik maken van technologische innovatie.

Het is zaak het momentum dat de coronacrisis geeft voor sociale en technologische innovatie nu niet weg te laten zakken!

3 Aanbieders van zorg of ondersteuning die rond de coronacrisis extra willen inzetten op digitale zorg op afstand voor mensen thuis, kunnen in aanmerking komen voor de uitbreiding van de SET-regeling. Deze uitbreiding voorziet in digitale toepassingen bedoeld voor cliënten of hun mantelzorgers.

Adviezen

Over sociale en technologische innovatie adviseerde de commissie Werken in de Zorg eind 2019 onder andere om een overall landelijke visie en innovatieagenda op te stellen en deze ook regionale uitwerkingen te geven. Daarnaast bepleitte de commissie om een stap extra te zetten in de ontwikkeling van standaarden voor data-uitwisseling en interoperabiliteit. En om te leren van SURF – de ICT-vernieuwingsorganisatie voor onderwijs en onderzoek.

De commissie constateert een jaar later dat de wens om te innoveren zeker aanwezig is, maar dat echt planmatig innoveren zowel op landelijk als op regionaal niveau nog mist. Daarbij valt aan te tekenen dat de zorg als speelveld veel complexer en heterogener is dan veel andere sectoren, met veel actoren, toezichthouders, specifieke bekostiging, enzovoort.
De commissie heeft (ook tijdens de coronacrisis) een aantal voorbeelden gezien waaruit blijkt dat in regionale netwerken en samenwerkingsverbanden krachten worden gebundeld om innovaties te ontwikkelen en te implementeren en daarvoor ook medewerkers bij te scholen, maar dit oogt nog steeds tamelijk ad hoc.

Welke oplossingen ziet de commissie – mede geïnspireerd door de afgelopen periode – voor de knelpunten in de personeelsvoorziening in de zorg, vanuit het perspectief van sociale en technologische innovatie?
De commissie Werken in de Zorg heeft zich beperkt tot die drie adviezen die ze het meest noodzakelijk vindt om sociale en technologische innovatie dichterbij te brengen en daarmee bij te dragen aan het oplossen van de personeelstekorten.
Het eerste advies richt zich op landelijke partijen, waaronder VWS. Het tweede en derde advies met name op de regionaal samenwerkende partijen.

Initieer en faciliteer een maatschappij brede dialoog over zorg en welzijn in 2030 en vertaal de uitkomsten in een transformatieplan voor digitalisering

De commissie Werken in de Zorg heeft de kansen die arbeidsbesparende technologie biedt voor het oplossen van de arbeidsmarkttekorten als gesprekspunt ingebracht bij bestuurders en deskundigen. Deze gesprekspartners van de commissie geven aan dat er tot nu toe weliswaar de nodige initiatieven lopen maar dat, afgezet tegen de huidige en toekomstige opgave waar we voor staan, dit nog te versnipperd en te marginaal lijkt. Tegelijk ziet het veld door de veelheid aan (beleids)initiatieven door de bomen het bos niet meer. Vandaar dat de commissie zich permitteert op dit thema breder te adviseren. Het is zaak vanuit gezamenlijk gedragen toekomstbeelden, randvoorwaarden en uitgangspunten de diverse actielijnen te optimaliseren, te verbinden en/of te integreren.

Zorg en welzijn zullen er over 10 jaar fundamenteel anders uit moeten zien om te kunnen voldoen aan de dan bestaande zorgvraag met de dan beschikbare arbeidskrachten. De stappen die tot dusver gezet worden zullen niet voldoende zijn.
Een exercitie waarbij partijen met elkaar het beeld van de zorg over 10 jaar concreet maken is nodig als onderlegger voor die fundamentele herziening. Niet om dit beeld vervolgens als blauwdruk te gaan ‘implementeren’, maar wel om richting te geven aan de veranderingen die nodig zijn én om versnelling aan te brengen. Als duidelijker wordt waar het heen moet wordt ook duidelijk dat de huidige stappen te klein zijn.

Deze transitie moet plaatsvinden in een veld dat als geheel óvergeorganiseerd is. Alles zit vast in silo’s. Van de opleidingen van de artsen en hun professionele autonomie, de bekostiging van vastgoed, de belangen van de verschillende koepelorganisaties tot de bekostiging van de zorg en de opleidingen.
Als je dit wilt doorbreken en in 10 jaar tijd meer zorg thuis en op afstand wilt bieden, de intramurale capaciteit wilt verminderen en ICT systemen (inclusief AI) wilt inzetten om dit alles in goede banen te leiden, dan gaat dat niet vanzelf.

Het veronderstelt immers het verschuiven van middelen: meer geld in ICT, in nieuwe beroepen, nieuwe kwaliteitskaders en daarop dan weer nieuw toezicht. Dat leidt tot weerstand bij zorgaanbieders, beroepsgroepen, branche- en belangenorganisaties en andere betrokken partijen. Iedereen moet uit z’n hok. Alleen op basis van een lange termijn visie en een strakke regie kunnen dergelijke barrières doorbroken worden.

Het is belangrijk om bij het creëren van dat beeld niet enkel de gebruikelijke partijen te betrekken maar juist ook zorgprofessionals en 'gewone burgers'. Als de coronacrisis één ding duidelijk maakt dan is het wel dat de zorg een onderwerp is dat iedere Nederlander raakt en aan het hart gaat. Het is nodig daarover een brede dialoog te voeren. Een dialoog die start bij de vraag hoe Nederlanders zich kunnen voorbereiden op hun oude dag en op eerdere momenten van behoefte aan zorg of ondersteuning, ervan uitgaande dat er in de toekomst minder professionele zorg beschikbaar gaat zijn. Een deel van de oplossing van de personeelstekorten zal gevonden moeten worden in het vergroten van de bereidheid en de competenties van de burger om voor zichzelf en voor elkaar te zorgen.

De commissie adviseerde de bewindspersonen van VWS vorig jaar om, vanuit hun bestelverantwoordelijkheid, deze dialoog te initiëren en te faciliteren, opdat de dialoog resulteert in een richtinggevende visie op 'zorg en welzijn in 2030'. Idee was dat de contourennota als opmaat gebruikt kon worden c.q. input zou leveren voor deze maatschappijbrede dialoog. Als gevolg van de coronacrisis heeft de contourennota vertraging opgelopen. Het belang van de brede dialoog is door de coronacrisis echter alleen maar onderstreept. Vandaar dat de commissie haar oproep aan de bewindspersonen van VWS nu herhaalt: Initieer en faciliteer een maatschappijbrede dialoog (gebaseerd op een brede studie, waarbij ook goed naar omliggende landen wordt gekeken en zonder heilige huisjes) over 'zorg en welzijn in 2030'.

In die dialoog zal de digitalisering van de zorg een prominent onderdeel moeten zijn. Als Nederland een oplossing wil vinden voor de personeelstekorten dan is een verdergaande digitalisering van de zorg en het meer en beter gebruik maken van technologie onontkoombaar. Dat is een ingrijpende en verreikende verandering. Veel partijen zijn daarin nu op een of andere wijze actief, maar de samenhang is onvoldoende.

Er is een transformatieplan[4] nodig op landelijke schaal. Een transformatieplan dat richting geeft aan de vele verschillende aspecten van die noodzakelijke transformatie, waaronder een cruciale randvoorwaarde als de standaardisatie van elektronische gegevensuitwisseling.

Het transformatieplan moet aangeven welke ruimte wordt geboden aan creativiteit onder meer door de kennis en kunde van het bedrijfsleven en van innovatieve partijen (ook internationaal) te mobiliseren, welke kaders en randvoorwaarden worden gecreëerd voor de digitalisering (zoals een zorgadresboek, toestemming voor uitwisseling en open internationale standaarden) en hoe de bekostiging moet worden aangepast om zorginnovatie vanuit een lange termijn visie en tegelijkertijd tijdens de transitie-periode te financieren.
Voor wat betreft de financiering brachten de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland onlangs gezamenlijk een interessant rapport[5] uit, dat in lijn lijkt te zijn met de denkrichting van de commissie Werken in de Zorg.

Het transformatieplan voor digitalisering van de zorg zal als uitgangspunt moeten hebben dat bewezen effectieve innovatie landelijk geïmplementeerd wordt. Hierin hebben verschillende landelijke partijen een actieve rol en verantwoordelijkheid.

VNO-NCW constateert in haar visiedocument 'vitale mensen, slimme zorg'[6] dat ondanks de krappe arbeidsmarkt succesvol gebleken vormen van betere zorg (bijvoorbeeld juiste zorg op de juiste plek) niet of nog te beperkt worden opgeschaald. En dat het maatschappelijk niet acceptabel is dat 'not invented here' ertoe leidt dat de patiënt de beste zorg onthouden wordt. "Uitgangspunt moet zijn dat bewezen effectieve zorg landelijk in Nederland geïmplementeerd moet worden."

De commissie Werken in de Zorg onderschrijft dit uitgangspunt volledig. Het is 1-op-1 van toepassing op de sociale en technologische innovatie die bijdraagt aan het oplossen van de personeelstekorten.

4 Het idee van een transformatieplan digitalisering werd onder andere naar voren gebracht door Kees Donkervoort (directeur KPN Health en voormalig bestuurder in de zorg) die in dit verband spreekt van een deltaplan.

5 Rapport van Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit: 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú – Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg'. Met inzet op 'passende zorg' willen ZIN en de NZa de volumeprikkel uit het zorgstelsel halen. In de bekostiging zouden er domeinoverstijgende zorgbundels moeten komen. En bij de zorginkoop dienen meerjarenafspraken over passende zorg de standaard te worden. Men wil toe naar een verdienmodel dat is gebaseerd op het bevorderen van gezondheid.

6 Visiedocument van VNO-NCW 'vitale mensen, slimme zorg'

Voor een deel in het verlengde van de adviezen vanuit VNO-NCW is de commissie Werken in de Zorg van mening dat het inzetten op de volgende onderdelen het verschil gaat maken:

- **Zorginkopers als drijvende kracht**
  Zorginkopers (zorgverzekeraars, -kantoren en gemeenten) zullen de drijvende kracht achter de digitale transformatie moeten zijn. Zij sturen zorgaanbieders via een actieve inkoop (en differentiatie in vergoedingen) op het implementeren van arbeidsbesparende innovatie en het afschalen van achterhaalde processen en technologie. Belangrijke randvoorwaarde voor opschaling is onder andere het meerjarig contracteren van zorgaanbieders en waar mogelijk het bekostigen op basis van gezondheidsuitkomsten. Daardoor wordt de zorg tegelijkertijd minder volumegedreven.

- **Meerjarige ondersteuning**
  Digitale transformatie is geen incident maar een langdurig traject. Daarom dient de digitale transformatie meerjarig zowel veranderkundig als praktisch te worden ondersteund. Dat moet, aanvullend op de huidige focus op de regio, ook thematisch en bovenregionaal/landelijk. Dit voorkomt dat 100 keer hetzelfde wiel wordt uitgevonden. De commissie Werken in de Zorg acht het van groot belang dat de ondersteuning van sociale en technologische innovatie duidelijk en stevig belegd wordt. De vorm waarin behoeft nadere uitwerking. De commissie reikte eerder al het concept van SURF in het hoger onderwijs als inspiratiebron aan. Ook kan naar het buitenland gekeken worden (Estland, Canada en Finland), uiteraard vanuit het besef dat innovatiekeuzes in het buitenland niet één op één kopieerbaar zijn naar Nederland.
  Een kamerbrief van 28 september 2020 met een voortgangsrapportage over innovatie en zorgvernieuwing[7] schetst het zeer brede palet aan partijen en initiatieven die innovatie en zorgvernieuwing ondersteunen.
  De commissie vraagt zich af of de partijen in het veld in deze veelheid de bomen door het bos nog kunnen zien. Ook is lastig te beoordelen wat de impact is van alle genoemde initiatieven. Een transformatieplan digitalisering vraagt een meer gefocuste, minder gefragmenteerde, ondersteuning van het veld en een systematische impactmeting zodat inzichtelijk wordt waar de grootste winsten te boeken zijn.

- **Toereikende financiering**
  Organiseer als zorgfinanciers (aanvullende) financiële regelingen voor investeringen in technologische innovatie door zorgorganisaties. Wat thans mist is een solide financiële infrastructuur om technologische innovaties te kunnen bekostigen. Nu moeten zorgorganisaties deze veelal vanuit eigen middelen investeren. Bovendien bepaalt de markt de prijs en het product, met gevaar van remmende afhankelijkheid (*vendor lock in*). Met zorgfinanciers bedoelt de commissie hier de eerdergenoemde zorginkopers (zorgverzekeraars, -kantoren en gemeenten), maar ook de rijksoverheid.
  In het verlengde hiervan: Maak als zorgfinanciers meerjarige afspraken over investeringen in innovatie met zorgnetwerken. Zet dus voor wat betreft sociale en technologische innovatie naast (meerjarige) contractering van instellingen vooral ook in op netwerkcontractering.

- **Stevige regie VWS**
  In de genoemde kamerbrief met een voortgangsrapportage over innovatie en zorgvernieuwing staat: “Omdat digitale zorg naar onze visie cruciaal is voor de toekomst van de zorg, zetten wij niet alleen in op ondersteuning in de praktijk. Als stelselverantwoordelijke neemt VWS regie om deze ontwikkeling vast te houden en waar mogelijk te versnellen.”
  De commissie Werken in de Zorg is van mening dat voor de beoogde digitale transformatie inderdaad een stevige landelijke regie noodzakelijk is. In de genoemde veelheid aan initiatieven ziet de commissie deze regierol nog onvoldoende duidelijk terug. Het transformatieplan voor digitalisering van de zorg zou de basis moeten vormen voor de regierol van de landelijke overheid en voor de gefocuste inrichting van de ondersteuning.

- **Eenduidige evaluatie van (arbeidsbesparende) zorgtechnologie en bundeling van kennis**
  Bevorder als VWS en zorginkopers dat een landelijke standaard voor de evaluatie van (arbeidsbesparende) zorgtechnologie wordt ontwikkeld en gebruik deze ook bij de zorgcontractering. In de farmaceutische wereld bestaat een website waarop farmaceutische bedrijven al hun onderzoeken over geneesmiddelen moeten publiceren (of die effectief en veilig zijn). Iets vergelijkbaars zou ook voor zorgtechnologische hulpmiddelen ingericht moeten worden. Universiteiten, hogescholen, bedrijven en

7 Kamerbrief voortgang innovatie en zorgvernieuwing

zorgorganisaties kunnen daarop al hun onderzoek plaatsen, waardoor gaandeweg het kaf van het koren wordt gescheiden. Dan heb je een systematiek waarin helder wordt wat er allemaal te verkrijgen is en welke innovaties effectief zijn. Zorg dat dit een platform wordt om kennis en inzichten over gebruik van alle eHealth interventies te bundelen en een informatiebron voor inkoop die regionaal of lokaal plaatsvindt. Geef kennisbundeling per branche èn over branches heen een plek. Binnen de zorg zijn er ontwikkelingen in deze richting die nadere bestudering waard zijn.[8]

- **Intensieve werkrelatie met het onderwijs**
  Het is belangrijk dat bij het ontwikkelen van innovatieve concepten de zorgorganisaties samen optrekken met het onderwijs (mbo, hbo, wo). De commissie heeft dat al vaker benadrukt.[9] Samenwerking zorgt ervoor dat zorgprofessionals in opleiding vroegtijdig met vernieuwingen vertrouwd kunnen raken (in sociaal culturele en in technische zin). Andersom kan zo de zorg geïnspireerd worden door wat studenten in opleiding oefenen en uitproberen.
  De commissie stelt vast dat er in het zorgonderwijs, naast aandacht voor digitalisering en innovatie van inhoud, didactiek en online-concepten, ook veel aandacht uitgaat naar de randvoorwaarden voor deze digitale omslag (veiligheid, privacy, toetsbeleid, vormen van *blended learning*). Ook hier kan samenwerking veel vruchten afwerpen en wederzijdse informatie-uitwisseling en innovatie versnellen.

Stel aansluitend bij het landelijke transformatieplan digitalisering een regionale innovatieagenda op om de implementatiekracht te focussen en te bundelen.
Richt de energie daarbij primair op innovaties die arbeidsbesparing tot gevolg kunnen hebben.

Net als voorgaande jaren adviseert de commissie ook nu weer en nog steeds om een regionale visie op het gebied van innovatie te ontwikkelen, uitgewerkt in een concrete innovatieagenda. Een visie die antwoord geeft op de vragen: Hoe moet zorg en welzijn in onze regio in de toekomst er uit zien? En hoe zien wij sociale en technologische innovatie bijdragen aan dit toekomstbeeld? Gecombineerd met een innovatieagenda waarin is uitgewerkt: Op welke innovaties zetten we daarom in en hoe en wanneer doen we dat? Met 'we' bedoelt de commissie hier de zorg- en welzijnsaanbieders, samen met de regionale onderwijsorganisaties en de lokale/regionale overheid. Zowel in branchespecifieke verbanden (bijvoorbeeld binnen de VVT) als in ketenverband (bijvoorbeeld huisartsen, ziekenhuis, VVT).

De regionale innovatieagenda sluit aan bij het landelijke transformatieplan digitalisering. En stelt scherp voor welke onderdelen een bovenregionale/ thematische aanpak nodig is en waar een regionale of organisatiespecifieke aanpak voordelen biedt.

De oplopende urgentie van het arbeidsmarktvraagstuk maakt het nodig binnen de innovatieagenda te focussen op innovaties die bijdragen aan de oplossing van de personeelstekorten. Dat kan op verschillende manieren: innovatie kan direct tijdsbesparing opleveren voor zorgprofessionals, maar ook de zorgvraag verminderen of het werk op verschillende manieren 'aangenamer' maken, wat bijdraagt aan het behouden van zorgprofessionals. Door een gezamenlijke innovatievisie en -agenda werken regionale samenwerkingsverbanden meer gericht en programmatisch aan innovatie, waardoor meer resultaat wordt bereikt. Hoe die regionale samenwerkingsverbanden er uit kunnen zien verschilt, zie hetgeen in het advies van de commissie over 'anders besturen' gezegd wordt over flexibele samenwerkingsverbanden gericht op specifieke vraagstukken.

8 Bijvoorbeeld verkennen Digital Health Center (DHC), Thuisleefgids en Vilans de mogelijkheid om in gezamenlijkheid een landelijke kennisbank eHealth te ontwikkelen.

9 Zie: advies commissie Werken in de Zorg: Onderwijsvernieuwing en Leven Lang Ontwikkelen uit 2020 en voorgaande rapportages.

"Start with the why" **bij alle innovatie, betrek zorgprofessionals er direct en vanaf de start bij en geef ze de noodzakelijke ondersteuning**

Sociale en technologische innovatie is één grote veranderopgave die start met het waarom voor zorgprofessionals: Wat wordt de patiënt of cliënt hier beter van? Waarom maakt dit mijn werk beter of makkelijker? Voor welke concrete problemen in het werk is dit een oplossing?[10]

De (technologische) oplossingen bestaan 9 van de 10 keer al, maar het gaat er om deze gericht aan te sluiten op de behoeften van zorgprofessionals en hun patiënten / cliënten. Prioriteiten in de innovatieagenda (zowel die van de organisatie als regionaal) worden zo uitkomst gedreven en niet technologie gedreven bepaald.

Het kan dan ook niet anders dan dat zorgprofessionals hier vanaf het allereerste begin bij betrokken worden, zij weten immers wat nuttig is en wat nodig is voor de implementatie op de werkvloer. Houd er hierbij wel rekening mee dat de zorg zich via een gildesysteem heeft ontwikkeld, met bijbehorende hiërarchie. Innovatie van binnenuit is op sommige vlakken daarom lastig.

In het verlengde van bovenstaande dienen werkgevers te investeren in de digitale en technologische vaardigheden van hun medewerkers. Organiseer de ruimte om die eigen te maken, ondanks de 24-uurs-hectiek van alledag. Biedt scholing aan, maar vooral ook ondersteuning in de dagelijkse praktijk, zodat medewerkers werkende weg vertrouwd raken met nieuwe technologie.

Verzeker dat medewerkers nooit het gevoel krijgen volledig door technologie vervangen te worden. Er is genoeg werk in de zorg, het gaat er om het zo te moderniseren dat het voor medewerker en patiënt of cliënt winst oplevert.

Ter afsluiting

Welke lessen zijn er te leren voor de regionale en voor de landelijk arbeidsmarktaanpak in zorg en welzijn vanuit de coronacrisis? De commissie Werken in de Zorg heeft deze vraag hier beantwoord voor wat betreft het thema *sociale en technologische innovatie* en daaraan een aantal adviezen gekoppeld voor de regionaal samenwerkende partijen en voor landelijke partijen, waaronder VWS.

De commissie kijkt uit naar het gesprek hierover met de bewindspersonen van VWS en met de andere partijen die een belangrijke rol spelen in de aanpak van het arbeidsmarktvraagstuk. De commissie nodigt ieder vanuit zijn rol en verantwoordelijkheid uit om de handschoen op te pakken, opdat we samen zorgen dat er in ons land voldoende zorgprofessionals gaan zijn, die goed zijn toegerust voor en tevreden met het belangrijke werk dat zij doen.

De commissie Werken in de Zorg bestaat uit:
Doekle Terpstra (voorzitter)
Peter van Driel
Marjolein ten Hoonte
Paul Rullmann
Anja Schouten

De commissie wordt ondersteund door:
Ingrid Geerts (secretaris)
Marion Sieh
Jeroen Schouten

10 Het recente document "Hoe integreer je nieuwe technologie in de organisatie?" van de Denktank Technologie en Arbeid CAOP biedt organisaties inspiratie om bij deze afwegingen nadrukkelijk de component 'werk' (in de betekenis van werk dat door mensen gebeurt) te betrekken.

Bijlage:
Overzicht van geraadpleegde personen

De commissie Werken in de Zorg adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Deelnemers vanuit de regio's aan de groepsgesprekken over sociale en technologische innovatie

Roxanne Vernimmen	OLVG
Jolanda Buwalda	Omring
Dianne Engels	Joris Zorg
Martijn de Groot	Radboudumc REshape Center
Steven Hofenk	De Friesland zorgverzekeraar
Wendy Koolhaas	ZorgPlein Noord
Monique Kuipers	Transvorm
Marjolein de Leeuw	ROC Tilburg
Lies Lokkerbol	Care2Care
Marjolein den Ouden	Lector Zorg en Technologie Saxion
Maarten van Rixtel	Sensire
Thea Roelofs	Enver
Dette Schouten	ZorgPlein Noord
Jeroen van der Ster	Ambulancezorg Groningen
Joelle Tacke	ROC Tilburg
Coby Traas	Zorggroep Ter Weel
Dirk Verbeek	Curio
Mariënne Verhoeff	Spirit-Bascule Jeugdhulp
Marie-Louise Vossen	Libra Revalidatie
Ad Warner	sVBZ
Carla van de Wiel	Haga ziekenhuis

Deelnemers aan een groepsgesprek met zorgprofessionals over de thema's sociale en technologische innovatie en anders besturen, vanuit een gezamenlijke maatschappelijke opgave

Anouk Apeldoorn	kwaliteitsverpleegkundige
Jelle van den Broek	docent
Nancy Gregoire	zorg coördinator
Sietske Hoogland	verpleegkundige
Irene Mulder	vakgroep manager
Jarno Visser	adviseur zorgtechnologie / begeleider

Door de commissie Werken in de Zorg geraadpleegde experts en sleutelpersonen in de periode juni t/m november 2020 (over de vier thema's)

Janet Bloemhof	Tergooi
Bart Berden	Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis
Jelle Boonstra	RegioPlus
Quintus Bosman	Nictiz
Lea Bouwmeester	Ambassadeur arbeidsinnovatie Actie Leer Netwerk
Jet Bussemaker	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Bianca Buurman	Chief Nursing Officer
Commissie gezondheidszorg	VNO-NCW
Kees Donkervoort	KPN Health
Jorrit Ebben	Academy Het Dorp
Talitha van den Elst	Nova College
Bert Ferwerda	Van Neynsel
Esther van Gog	Nova College
Carina Hilders	Reinier de Graaf
Pieter van der Hoek	Talma Borgh
Simone van Hoewijk	SBB
Joost van der Hulst	Jeugdbescherming West
Jacqueline Joppe	Zorggroep Elde / RONAZ Brabant
Conchita Kleijweg	Nictiz
Helianthe Kort	Hogeschool Utrecht en TU Eindhoven
Annet de Lange	Lector HRM Hogeschool van Arnhem
Marc van der Meer	Ambassadeur leven lang ontwikkelen Actie Leer Netwerk
Julianne Meijers	Siza
Lisanne van der Molen	Nictiz
Aukje Nauta	Universiteit Leiden / Actie Leer Netwerk
Rian van Nispen	FNV
Anthony Stigter	VNO-NCW
Romke van der Veen	SER
Joost te Velde	Academy Het Dorp
Hannie Vlug	SBB
Herma van der Wal	Dimence groep
Cees de Wildt	Actiz
Ton Wilthagen	Tilburg University

Commissie Werken in de Zorg

De commissie is te bereiken via
commissiewerkenindezorg@minvws.nl

Meer informatie op:
www.rijksoverheid.nl/vws

december 2020