



## Zorgen voor zorg

Een verkenning naar aanleiding van het cgm v minicongres  
"zorgen voor zorg en ontwikkelingen in de markt"

Juli 2017  
Jan Toering

# Inhoudsopgave

Inleiding	1
Korte verkenning van ontwikkelingen in de zorgsector	2
Ontwikkelingen vanuit de politiek en de zorgverzekeraars	3
Enquêteresultaten	4

# 1 Inleiding

Voor CGMV waren de Tweede Kamerverkiezingen van 15 maart 2017 aanleiding om een minicongres voor de zorg te organiseren. Voor de nieuwe periode is de zorg namelijk een speerpunt voor de meeste partijen. Voorafgaand aan dit minicongres is er een enquête uitgevoerd onder leden in de zorg om zicht te krijgen op hun ervaringen rond het werk. Aan het congres werkten mee: mevrouw Carla Dik-Faber, Tweede Kamerlid van de ChristenUnie en de heer Abwin Luteijn, manager bij Pro Life Zorgverzekeringen.

Door beursbezoek en internetraadpleging is mede een beeld gevormd van nieuwe producten op de markt. Ook hier wordt kort aandacht aan besteed. Kort omdat niet alle ontwikkelingen al breed toegepast kunnen worden en er voortdurend nieuwe producten ontwikkeld worden.

## 2 Korte verkenning van ontwikkelingen in de zorgsector

Binnen de zorgsector zien ondernemers kans om apps te produceren zodat cliënten langer zelfstandig kunnen wonen. Deze apps zijn volop in ontwikkeling of komen eraan. Enkele bestaande apps:

- **Whatsapp:** Zo onderhoud je je contacten.
- **Zelfregie:** De Zelfregie-app bestaat uit een iPad-app en een iPhone-app voor de zorgverlener. Beide apps zijn aan elkaar gekoppeld. Hierdoor kunnen de zorgverlener en zorgvrager, elk vanaf het eigen apparaat, afspraken en rapportages beheren en inzien.
- **Medalert:** MedAlert herinnert iedereen die medicatie gebruikt om deze tijdig in te nemen. Patiënten kunnen medicijnen aan de app toevoegen en aangeven welke dosis daarbij hoort en wanneer en hoe vaak het medicijn ingenomen moet worden. Op basis hiervan wordt een compleet schema met alerts aangemaakt. Na een alert kunt u aangeven of u het medicijn daadwerkelijk hebben ingenomen. De app kan ook de medicijnvoorraad bijhouden en biedt de mogelijkheid notities te bewaren.
- **Alzheimer Assistent:** In de Alzheimer Assistent staat informatie in tekst én in video over meer dan 60 onderwerpen. Deze adviezen worden gegeven door experts en mantelzorgers. Het aanbod van informatie zal blijven groeien. Gebruikers kunnen namelijk zelf tips delen en onderwerpen aandragen. Zo wordt de Alzheimer Assistent een breed gedragen hulpmiddel voor iedereen die samenleeft met iemand met dementie.

### Leemte

Ouderen nemen soms zelf het initiatief om op een hofje te gaan wonen, zodat ze zelfstandig zijn, maar ook op elkaar kunnen terugvallen als dat nodig is. Zodra meer specialistische zorg nodig is, kan deze gezamenlijk worden ingekocht. Eén van onze leden vertelde enige maanden geleden het volgende: 'Ik werk in een hospice. Wij krijgen soms patiënten doorgestuurd vanuit het ziekenhuis of verpleeghuis die terminaal zouden zijn. Echter, door de zorg en aandacht die ze bij ons krijgen, knappen sommigen weer op. De patiënt ontdekt ineens dat hij een aantal dingen nog wel kan doen. Dat lijkt zo eenvoudig, maar is voor de betreffende cliënt een bijzondere ontdekking. Deze persoon is te goed om in het hospice te blijven, maar kan ook niet meer terug naar het ziekenhuis of verpleeghuis. Een eigen huis is er vaak ook niet meer. Dus deze persoon kan nergens naartoe. Op dit punt signaleren we een leemte in ons zorgsysteem, waarin aan iedereen goede zorg geboden zou moeten worden.'

### Gaat VBHC helpen om de zorgkosten omlaag te brengen?

Michael Porter (Harvard University) heeft het principe van *Value Based Health Care* (VBHC) ontwikkeld. Bij deze aanpak in de zorg staat de waarde voor de patiënt centraal. Wat levert de voorgestelde zorg de patiënt op? Worden de juiste keuzes gemaakt zodat de patiënt hiervan volop kan

profiteren? Volgens Porter moet VBHC leiden tot lagere zorgkosten. In Nederland staat dit nog in de kinderschoenen. Er zijn organisaties die helpen om dit principe te implementeren.

## Sterke focus op e-health in *Agenda voor de Zorg 2017*

Deze agenda is opgesteld door zestien organisaties die patiënten, cliënten, ouderen, zorgaanbieders, publieke gezondheidsdiensten en zorgverzekeraars vertegenwoordigen. De coalitie van partijen in de zorg stellen in de Agenda voor de zorg 2017 een aantal thema's en een verlanglijst op voor de komende jaren. Eén van de belangrijkste thema's die ten grondslag ligt aan de agenda is dat zorg zich moet richten op gedrag en gezondheid.

Volgens de opstellers is gezondheid niet alleen de afwezigheid van ziekte. Gezondheid gaat ook over het kunnen aanpassen van en regie kunnen voeren over het eigen leven. Het gaat om de omslag van 'zorg en ziekte' naar 'gedrag en gezondheid'. De inzet op preventie en zelfmanagement verdient dan ook meer aandacht. E-health speelt hierbij een belangrijke rol. Deze partijen hebben een verlanglijstje van 7 punten voor het komende kabinet opgesteld. Bovenaan staat: *Een actieve betrokkenheid van patiënten, met eigen regie en keuzemogelijkheden. Om dit voor elkaar te krijgen moet de zorg transparanter worden en er meer en betere voorlichting komen over mogelijkheden die patiënten hiervoor hebben.*

## Initiatieven en innovaties

Mother Nature Cleans vertegenwoordigt het Lotus® PRO-schoonmaakconcept. Dit concept zet koud leidingwater om in gestabiliseerd ozonwater, het krachtigste natuurlijke schoonmaakmiddel. Gestabiliseerd ozon water is een zeer effectieve schoonmaak methode om vuil, vlekken en andere ziektekiemen te elimineren. Op deze manier kunnen dagelijkse schoonmaak chemicaliën worden vervangen door een volledig duurzaam schoonmaakproduct. Hier kan bespaard worden op (dure) schoonmaakmiddelen. Het is ons niet bekend of het schoonmaken hierdoor ook sneller of efficiënter uit te voeren is.

Sociale robots in de zorg, speciale lampen om dementerenden een betere nachtrust te geven, signalerings- en monitoringssystemen die het volgen van bewoners in verzorgings- en verpleeghuizen gemakkelijker en minder arbeidsintensief maken – kortom, te veel om op te noemen. Hogeschool Utrecht heeft de ProjectB Challenge-juryprijs ontvangen. Een team van vier informaticastudenten kreeg deze award voor de ontwikkeling van een virtual reality-spel waarmee rolstoelgebruikers verantwoord kunnen sporten. ProjectB is een initiatief van IT-dienstverlener Sogeti in samenwerking met mediapartner Tweakers. Een vriend van het team vormde de inspiratie: hij zit een rolstoel en is beperkt in zijn beweging. Hierdoor vermindert zijn weerstand en komen ziektes sneller op. Inverse Reality laat hem en andere rolstoelgebruikers op een leuke en sportieve manier bewegen. Op de lange termijn zorgt dit voor een verbetering van zowel conditie als gezondheid.

Het boeiende aan deze innovaties is dat de gezondheidszorg volop in beweging is en er steeds betere zorg verleend kan worden.

# 3 Ontwikkelingen vanuit de politiek en de zorgverzekeraars

## Leren van elkaar/ombudsfunctie

'Ik vrees juridificering van de zorg', zei Carla Dik-Faber (ChristenUnie) op het zorgcongres toen zij haar speerpunten voor de zorg verwoordde. Ze pleit onder meer voor een nationale ombudsfunctie voor de zorg. Ook zou zij de cliënttevredenheid en mantelzorg naar een hoger plan willen tillen. 'Er gaat veel mis in de zorg, maar er gaan ook wel dingen goed.'

Er is de afgelopen jaren ontzettend zo snel zoveel veranderd in de zorg, dat dit de zorgwereld volledig op zijn kop heeft gezet. 'Toch moeten we nu geen stelselwijziging willen ambiëren', vindt Dik-Faber, 'maar doorgaan op de ingeslagen weg en vooral, als zorginstellingen en mensen, willen leren van elkaar om de zorg beter te maken.' De ChristenUnie heeft net als CGMV en een tal van andere partijen en belangenbehartigers het Zilveren Pact ondertekend.

*De initiatiefnemers (Gert Jan Segers (ChristenUnie), Jan Slagter (Omroep Max) en Manon Vanderkaa (directeur KBO/PCOB)) van dit Zilveren Pact zeggen: Wij geloven in een samenleving waarin ouderen zich gezien en gewaardeerd voelen. Een samenleving waarin zij goede zorg en liefdevolle aandacht krijgen, gewaardeerd worden om wie ze zijn en waarin zij kunnen blijven meedoen. Dat is de samenleving die ons voor ogen staat. Daarbij beseffen wij dat wij niet alle problemen altijd kunnen oplossen.*

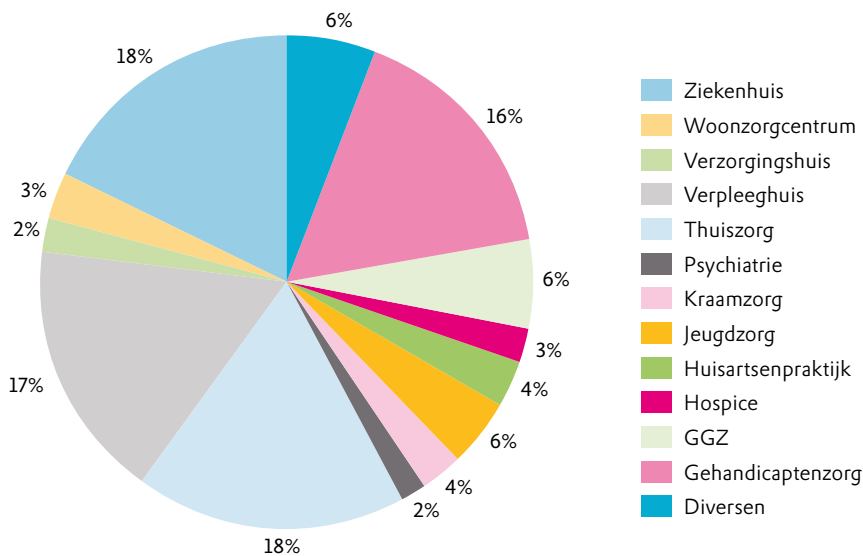
Refererend aan dit pact en aan drie moties voor betere zorg die ChristenUnie onlangs heeft ingediend, maar die het niet gehaald hebben, uit Carla Dik haar zorg: 'Als de kabinetsformatie lang duurt, is het zo september. Dan wordt de begroting voor volgend jaar vastgesteld en gebeurt er een jaar lang weer niets.'

## Heyendaal Manifest

Abwin Luteijn (Pro Life) laat om te beginnen het filmpje Ziel in Zorg zien <https://www.youtube.com/watch?v=AC1FkN5srwc>. Daarna gaat hij in zijn presentatie in op het Heyendaal Manifest waarin een aantal prominenten op hoofdlijnen een akkoord uitstippelt met als basis de volgende zeven elementen:

1. Neem het perspectief van de burger/patiënt als vertrekpunt;
2. Stel kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven centraal;
3. Zet radicaal in op minder bureaucratie, regeldruk en administratieve lasten;
4. Stimuleer (regionale) samenwerking en zet in op netwerken;
5. Kies voor innovatie en e-health en pak daarbij institutionele belemmeringen aan;
6. Maak werk van een gezamenlijke aanpak van dure geneesmiddelen;
7. Versterk de eerstelijns infrastructuur en de zorg voor kwetsbare ouderen.

## 4 Enquêteresultaten



De enquête is gezonden naar alle 1360 leden van CGMV die in de zorg werken. Er kwamen 135 reacties binnen.

De deelnemers vanuit verschillende disciplines en functies komen uit de volgende werkvelden:

### Mensen kiezen voor werken in de zorg omdat ze:

- werken met mensen prettig en aangenaam vinden en omdat hun hart bij de zorg ligt;
- een passie hebben voor de kwetsbare medemens;
- mensen met een beperking zo leuk vinden. Bovendien 'hangen' deze mensen er een beetje bij in de samenleving. 'Ik wil deze mensen graag recht doen', zo luidt het;
- een combinatie van werken met mensen en techniek (bijvoorbeeld radiologie) mooi vinden;
- min of meer toevallig in de zorg zijn terechtgekomen of niet wisten wat ze wilden gaan doen.

### Op de vraag of er geld verspild wordt in de zorg, antwoordt 65 procent met ja.

#### Voorbeelden van geldverspilling zijn:

- haperende techniek, te veel voorraad medicatie (inmiddels op orde). Veel te veel papierverspilling. Te hoge werkdruk waardoor er veel zorgwerkers door ziekte uitvallen. 'Ik ben onlangs ziek geweest, wachttijd in het ziekenhuis is onaanvaardbaar lang. Daardoor duurde mijn ziekteperiode te lang';
- allerlei trainingen die geld kosten en weer opnieuw gevolgd moeten worden;
- veel wisselingen van managers die met een 'handdruk' of bonus vertrekken'. Voorbeeld: binnen drie jaar tijd traden drie directeuren aan;
- uren maken die in de beleving van de ondervraagden niet nodig zijn;
- patiënten die onnodig vaak geprikt worden als ze in het ziekenhuis liggen. Of mensen die aan huis geprikt worden, maar die misschien prima naar een wijkgebouw zouden kunnen komen. Kortom: de organisatie in ziekenhuizen kan aanzienlijk beter en efficiënter worden gestructureerd;
- te veel administratie. Overtollige verslaglegging van processen van geleverde begeleiding, doelen die 'smart' geformuleerd moeten worden om aan de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraars te kunnen voldoen. De bureaucratie waarin je moet meegaan als organisatie om zorg te mogen leveren. Iedere keer nieuwe cliëntendossiers, veranderende eisen aan de persoonlijke plannen.

Steeds moet er weer wat op de schop waardoor plannen herschreven moeten worden. Dit slokt zoveel tijd op, wat ten koste gaat van de directe cliëntenzorg;

- zorgen over de regelgeving van inspectie en certificering en de individuele regels van de zorgverzekeraar;
- dikke visiestukken door externe bureaus die vroeg of laat een papierversnipperaar verdwijnen. Een digitaal centraal cliëntdossier dat slecht geïmplementeerd wordt en uiteindelijk een kolos wordt, ballast geeft en verwijderd wordt;
- door marktwerking moet het ziekenhuis zichzelf promoten en reclame maken. De kwaliteitseisen van inspectie en verzekeraars zijn over de top en vragen veel tijd van het personeel die dan weer niet aan de zorg besteed kan worden;
- elke week wordt er een vuilniszak vol met ongebruikte medicijnen weggegooid. De regelgeving staat niet toe dat de medicijnen voor anderen wordt gebruikt;
- tal van nutteloze vergaderingen;
- er gaat veel tijd (en dus geld) om in administratie, risicobeheersing en kwaliteitszorg en dat ten koste van directe cliëntencontact;
- er is altijd spanning tussen wenselijke zorg en wat de zorgverzekeraar vergoedt. Preventie komt wel eens in het gedrang;
- er wordt veel geld besteed aan fusies en bureaucratie: veel formulieren invullen voordat je kunt starten bij een cliënt;
- er worden regelmatig nieuwe 'systemen' ingevoerd, bijvoorbeeld om scores bij te houden van de voedingstoestand van de patiënt. Na een aantal jaar blijkt dan dat het niet werkt zoals het zou moeten. Het invoeren kost veel geld en het onderzoeken of het werkt ook. Om maar niet te spreken van frustraties bij de mensen op de werkvloer die, doordat het niet goed werkt ook niet de meerwaarde ervan zien, maar wel de lasten (het bijhouden van de scores) ervan dragen en minder tijd overhouden aan het bed van de zorgvrager;
- er zijn in de zorg te veel 'kantoorbanen', terwijl dit geld beter besteed kan worden aan zorg = handen aan het bed;
- facilitering is te versnipperd en onvoldoende dienstbaar aan de praktijk. Zo ook registratie, wat wordt de cliënt (direct of indirect) of de zorg er beter van door alles wat wordt geregistreerd?;
- flexwerkers;
- fusies die niet goed verlopen;
- heel dure software waarin heel veel administratieve tijd gestoken moet worden. Dit gaat ten koste van het werk;
- het feit dat vergaderingen altijd op bijzondere locaties gehouden worden;
- 'ik ben voor een ICT-project geschoold: als verpleegkundige de werkprocessen voor mijn eigen afdeling inrichten in de software. Toen kreeg ik binnen dat project iets anders te doen dan waarvoor ik was aangenomen: trainingsmateriaal en toetsen ontwikkelen, daar voelde ik mij niet competent voor en ik vond het ook niet leuk want het vroeg veel meer computervaardigheden dan ik had. Ik probeerde aan de verwachtingen te voldoen maar werd er buitengewoon gestrest van. Ik gaf aan dat ik dat niet zag zitten, maar er werd niet echt doorgevraagd waar het probleem echt zat, men bood ondersteuning voor het werken met de computer aan en er werd gezegd dat ik maar moest beslissen of ik dat wilde of niet. Ik ben gestopt want ik voelde een burn-out aankomen, maar ik vind het jammer van mijn dure opleiding dat ik niet gevraagd ben of ik mijn eerste taak wel terug wilde en dat een ander in het team de mijne. Ik vind het verspilling van geld en talent', aldus een lange reactie;
- iemand van Buurtzorg: 'Onze directeur heeft altijd gestreden tegen bureaucratie! De ziektekostenverzekeraar eist dat wel van ons';
- in de hogere functies wordt er bij niet gebleken geschiktheid een werkplek binnen de organisatie



## > 4

- gemaakt, terwijl het 'gewone' werkvolk gewoon verzocht wordt ander werk te zoeken;
- in elke organisatie waar mensen werken gaat wel eens iets fout en dat kost geld. Verder wordt er in de zorg soms niet op een juiste manier met spullen omgegaan;
- in sommige casussen wordt wel erg ver doorbehandeld. Ook het gebruik van wegwerpmateriaal zou minder kunnen;
- ingewikkeld computerprogramma's, veel administratieve taken/verantwoording;
- kostbare logistiek wat medische middelen betreft;
- verkeerde bedproblematiek: ic-patiënten kunnen niet naar een mc of hc in verband met 'geen plaats';
- werkzaamheden die door zorgassistenten verricht kunnen worden, worden gedaan door ic-verpleegkundigen;
- maximale keuze voor disposables, veel ook van metaal;
- medicijnen die niet meer gebruikt worden en nooit uit de steriele ruimte zijn geweest, worden toch weggegooid;
- te veel overhead;
- niet in mijn werk, wel privé: preventief twee keer per jaar opgeroepen worden bij een oogarts;
- nieuwe werkwijze introduceren en dan ligt het zo weer plat;
- organisatorisch kan het beter: minder kilometers maken, collega's effectiever inzetten, juiste persoon op de juiste plek, toekomstgericht gaan denken en niet alleen in het nu;
- nog verpakte medicijnen die worden vernietigd;
- op sommige locaties van de organisatie (waar ik werk) wordt te veel geld uitgegeven in de managementfuncties;
- roekeloos omgaan met materiaal of voedsel;
- patiënten komen vaak met heel veel medicatie en verbandmateriaal uit het ziekenhuis of van thuis. Dit kan vaak niet meer gebruikt worden;
- soms willen mensen nog allerlei onderzoeken, wat niet palliatief is, en dit is vaak erg kostbaar en meestal zinloos;
- personeel wisseling per cliënt: taakverdeling te verknipt;
- routinematig veel onderzoeken, wordt soms niet eerst gekeken naar de patiënt;
- ook door verplichte scores bij bepaalde ziektebeelden moeten soms onnodige bepalingen worden gedaan. Is vaak vraag van verzekeringen en de claimcultuur;
- slecht gestructureerd werken; te laat komen van collega's;
- slecht management van personeel (met betrekking tot duurzame inzetbaarheid); lang doorbehandelen van patiënten, het kortetermijndenken overheerst;
- dit komt voor: als ik bij een cliënt thuis ben, komt er ook nog iemand van de eigen thuiszorg;
- steeds weer intern verbouwen;
- steeds weer vernieuwingen: pilots starten wat veel geld kost;
- hogere niveaus werk laten doen wat ook een lager niveau kan en mag;
- te veel managers met te hoge lonen, niet goed doordenken van veranderingen en reorganisaties, te veel tijd naar administratie, te veel controle door de zorgverzekeraars;
- topsalarissen in hoger management en directie, ziekenhuizen die gesloten worden toch nog uitgebreid renoveren terwijl er al gebroken wordt, zie bijvoorbeeld voormalige Refajaziekenhuis in Dordrecht. Miljoenen over de balk gegooid. Heel flauwe acties, zoals elkaar een smiley geven als compliment, een spiegeltje in het kader van 'kijk es wat vaker in de spiegel'. Dit alles gelardeerd met peperdure organisatiebureaus. Ik weet me te herinneren dat het hele ziekenhuis een cursus van drie

dagen moest volgen. Ik meen dat het over gastvrijheid ging. Een cursus voor zeker 2500 mensen! Op al deze acties komt nooit meer iemand op terug en zijn dus volstrekt zinloos. Eenmalige acties beklijven niet. Zo zullen er nog vele miljarden meer verspild worden;

- eindeloos behandelen van mensen die ten dode opgeschreven zijn. Behandeling, verpleging en bed bezetting kosten ook een 'paar euro'. Uitstekende zorg voor alle patiënten is van wezenlijk belang;
- veel verspilling bij verkeerd inkoopbeleid en steeds meegaan in nieuwe producten zonder de oude eerst op te maken;
- verspilling medicijnen, onnodige onderzoeken, te veel controle en eisen door verzekeraars (feit dat mensen, werkzaam in zorg, veel tijd aan papieren rompslomp kwijt zijn, wordt niet meegerekend in kostenplaatje als het voor de verzekeraar maar goedkoper is), vaak switchen van medicatie (door preferentiebeleid) werkt averechts (met name bij ouderen; geen vertrouwen meer, onnodig heen en weer switchen met medicatie);
- familie van of de cliënt zelf wil vaak te snel een huisarts (dure consulten);
- In de fase van het levenseinde worden nogal eens te veel medicijnen, bijvoorbeeld morfine, geleverd. Verbandmiddelen worden vaak te veel geleverd;
- we indiceren op 49 uur zorg, organisatie wenst ook dat deze uren gegeven worden, dus niet 1 uur minder want als iedereen dat zou doen, dus minder inkomsten, daar wordt erg de nadruk op gelegd;
- we moeten aan heel veel regels van de zorgverzekeraars voldoen om onze dbc's (pakketje zorg met informatie over de diagnose en de behandeling) vergoed te krijgen. Gevolg is een zeer omvangrijk en duur administratief systeem en een heleboel zorgadministrateurs in dienst die er op moeten toezien dat we goed administreren, niet dat we goede zorg leveren;
- weinig mensen op de werkvloer en veel in de top;
- zoals het onnodig inzetten van bijvoorbeeld een diëtiste terwijl de patiënt heeft aangegeven de drinkvoeding die wordt aangeboden niet wil hebben, maar het moet toch volgens protocol worden aangevraagd;
- het aanvragen van een consult voor de fysio in het weekend volgens protocol terwijl ze dinsdag alweer met ontslag gaan, maar moet allemaal 'volgens protocol'.

#### **In de zorg lopen veel medewerkers aan tegen:**

- hoge werkdruk door onder meer veel administratie. Maar ook weinig tijd om daarnaast de zorg te ontwikkelen en zo kwalitatief goede zorg te kunnen blijven bieden;
- weinig aandacht kunnen geven aan de patiënt;
- miscommunicatie met als gevolg extra werk;
- organisatorische veranderingen;
- te weinig beschikbaar personeel;
- geen tijd om echt de dingen te doen zoals je ze graag zou willen doen, omdat je met minder personeel moet werken kun je zoiets simpels als nagels knippen na het douchen je niet veroorloven omdat je de druk voelt dat er nog meer mensen uit bed moeten. Of een rondje lopen met iemand wil niet omdat je zlp's (zorgleefplan) moet bijwerken;
- te veel regels als iemand acuut specialistische zorg nodig heeft van bijvoorbeeld GGZ;
- wij werken met dbc-financiering, dat neemt veel tijd in beslag door behandeladministratie. Ik werk met jongeren uit verschillende gemeenten. Iedere gemeente heeft de zorg weer anders ingericht, bijvoorbeeld de jongerenloketten. Het is telkens weer een hele zoektocht om dit voor de jongere te verduidelijken.

*De werkdruk door administraties en protocollen wordt meermalen genoemd.*

**Er zijn bedrijven die technologische vernieuwingen bieden om de zorg makkelijker te maken, bijvoorbeeld apps. Maak jij daar gebruik van in je werk?**

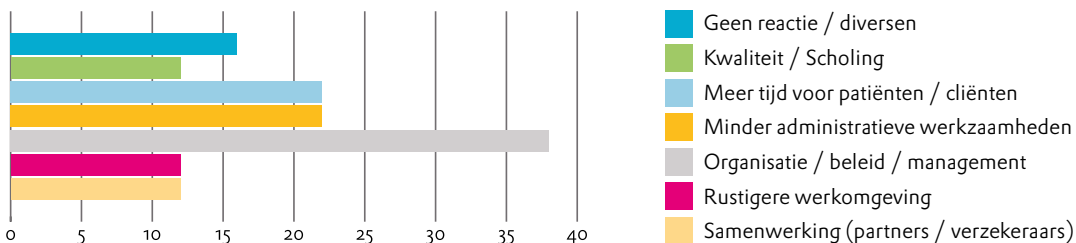
**JA** zeggen 66 personen

**NEE** zeggen 69 personen

Bij sommige zorgorganisaties gaan zowel de administratie als de zorgplannen volledig digitaal. Anderen hebben een app voor de planning. Een iemand geeft aan dat alles met iPad gaat: van indicatie tot afsluiten, contact met mantelzorg en beeldzorg. Anderen maken alleen gebruik van het elektronisch patiënten dossier. Soms worden ook apps gebruikt als technologie bij de mensen thuis (bedmat, medicijnenmelder, sleutelkastjes, boodschappen, was en eten bestellen). Of apps om je voeding te berekenen: cliënten krijgen op die manier meer inzicht in hun eigen voedingsgedrag. Voor medicijngebruik: medicatie op iPad (Medimo): je kunt gelijk zien wat een medicijn is die je nog niet kent. Arts schrijft voor, meteen al te zien op Medimo. Verder ook wondzorg en verbindzorg. De mate van toepassing van apps hangt ook af van de soort zorg. Onze indruk is dat in de thuiszorg momenteel de meeste apps gebruikt worden.

Op de vraag wat werkers in de zorg zouden willen veranderen in hun werk worden diverse antwoorden gegeven die terug te voeren zijn op onderwerpen zoals weergegeven in onderstaande grafiek. Van hetgeen mensen die geen reactie gaven of mensen van wie de reactie geen gewenste verandering aangaf, hebben wij datgene samengenomen wat in onderstaande grafiek te vinden is onder de kopje 'Geen reactie/diversen'.

**Wat zou je willen veranderen in jouw werk?**



Bij de beantwoording van de vraag "Wat zou je willen veranderen in de zorg?" komen dezelfde items aan bod. Meer aandacht voor mens en zorg scoort het hoogst met 22 procent, gevolgd door managementveranderingen en meer personeel elk 14 procent.

## > 4

Samenvattend kunnen we de gewenste verbeteringen in de zorg uitbeelden met onderstaand plaatje:



We hopen dat een nieuw kabinet veel wil en kan betekenen om de zorgsector efficiënter en plezieriger te organiseren.