



Oprechte aandacht voor zorg

Strategisch beleidsplan Alrijne zorggroep 2020 – 2025

12|11|2019 vastgesteld door raad van bestuur

Voorwoord

Vanaf januari tot en met september 2019 heeft een grote groep Alrijne collega's samen met onze cliëntenraden gewerkt aan een nieuwe strategische koers voor Alrijne. Ook externe stakeholders hebben input geleverd. De uitkomst van dit proces ligt hier voor u.

Wij zijn verheugd om u te presenteren waar Alrijne voor wil staan, hoe wij aankijken tegen de ontwikkelingen in de zorg in onze regio en op welke manier wij ons voorbereiden op die toekomst.

Ons **strategisch beleidsplan 2020 – 2025 Oprechte aandacht voor zorg** is een "levend document" omdat wij moeten blijven openstaan voor andere eisen uit onze omgeving. Nu het plan er is start de fase van de implementatie.

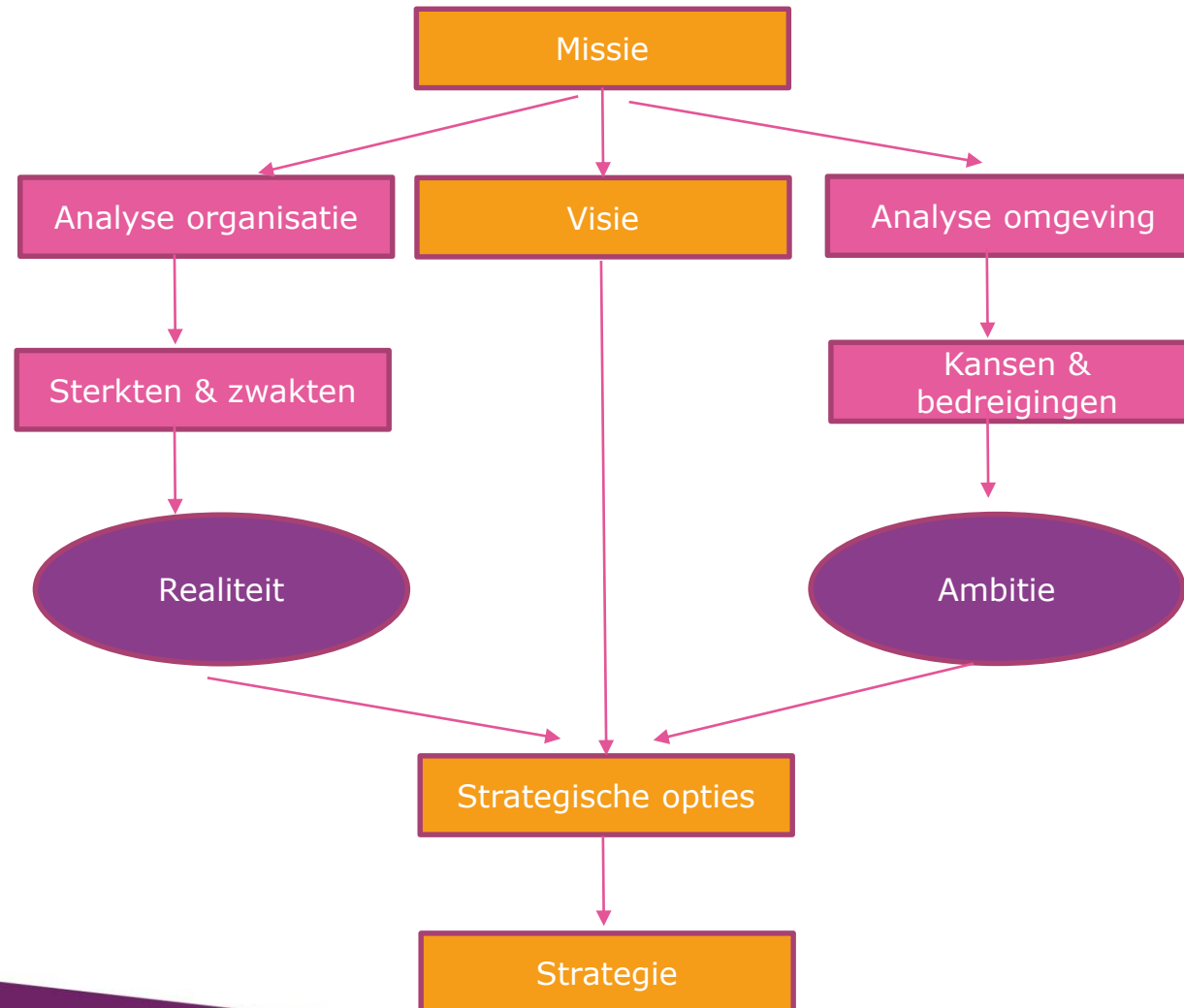
Wij bedanken iedereen die met ons samen enthousiast heeft gewerkt aan de totstandkoming van dit document.

Raad van bestuur Alrijne,

Yvonne Wilders, Mark de Jong, Peter Jue, Freek Korver

12|11|2019

Hoofdlijnen van ons strategieproces



Missie, kernwaarden en visie

Waar staat Alrijne voor?



Missie

“Met oprechte aandacht bieden wij de beste zorg op de beste plek in onze regio, samen met de patiënt, de bewoner en diens naasten en samen met onze partners”

Alrijne: oprechte aandacht voor zorg

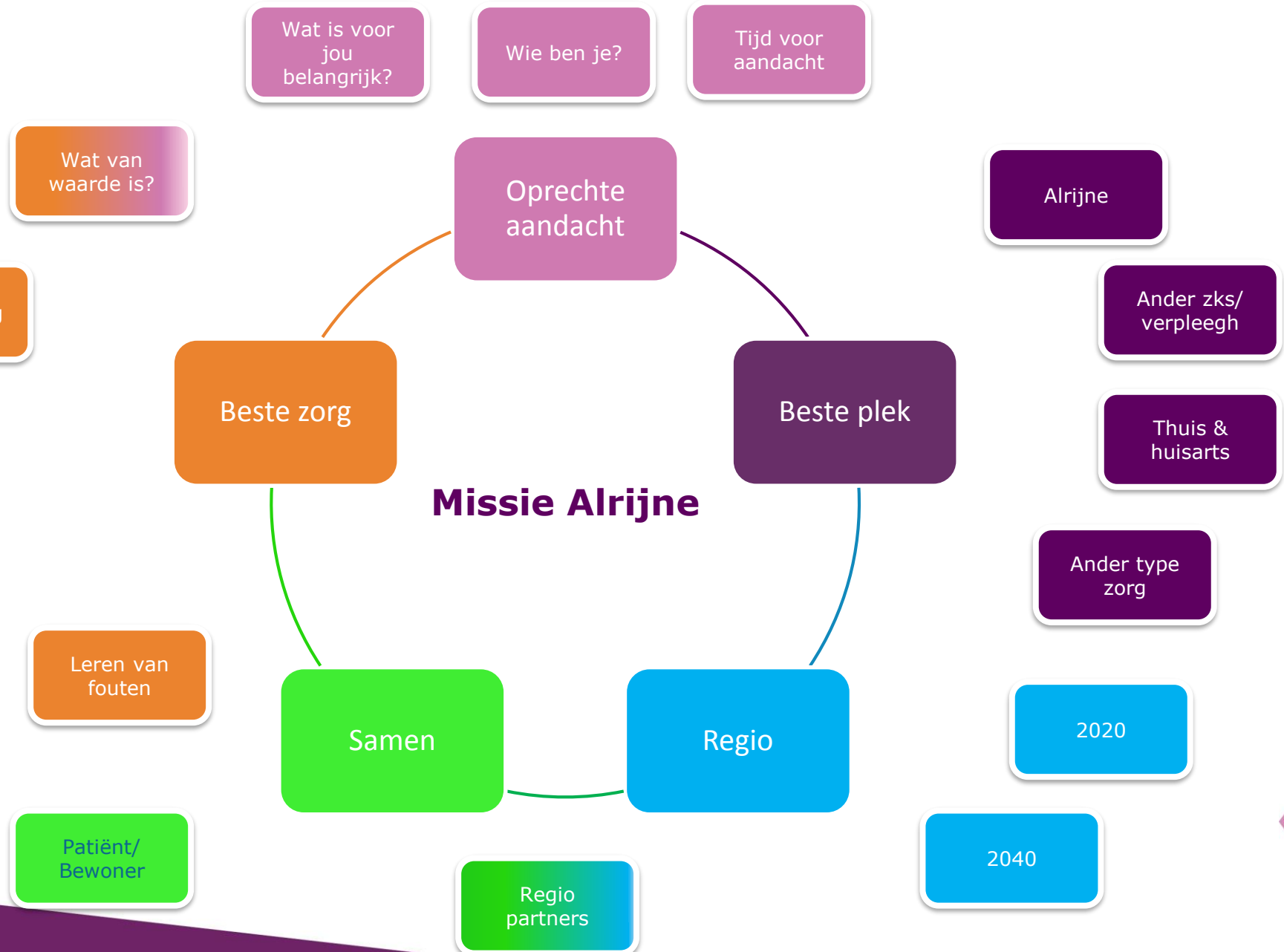


Alrijne: oprechte aandacht voor zorg

Oprechte aandacht voor zorg gaat over:

- aandacht voor wat de patiënt/bewoner wil;
- aandacht voor onze medewerkers;
- aandacht voor samenwerking binnen de zorggroep;
- aandacht voor samenwerking met onze partners;
- aandacht voor onze successen;
- aandacht voor wat beter kan;
- aandacht voor de ontwikkelingen die er op ons af komen.

Randvoorwaarden



Toelichting op onze missie: oprechte aandacht voor zorg

Wij leveren de beste zorg voor elke patiënt/bewoner: wat van waarde is voor de patiënt leidt ons. De beste zorg is de juiste zorg, op het juiste moment, door de juiste professional(s).

Samen met onze patiënt/bewoner en diens naasten bespreken wij wat voor hem/haar de beste optie is en betrekken hen bij alle aspecten van hun zorg. Wij ondersteunen de patiënt zoveel mogelijk zelf te kunnen blijven bepalen en doen.

Wij leveren de beste zorg samen met onze partners in de keten. Soms is een andere plek voor onze patiënt/bewoner een betere plek. Als een andere plek beter is, zorgen wij dat hij/zij daar zo snel mogelijk naar toe kan. Voor patiënten/bewoners is samenhang in de zorg heel belangrijk. Dat betekent dat wij goede netwerken in de regio moeten vormen om deze samenhang in zorg te borgen.

Wij staan dicht bij onze huisartsen om hen te ondersteunen om de beste zorg voor hun patiënten te vinden en om snel toegang te hebben tot de benodigde diagnostiek.

Wij leveren zinnige zorg voor onze regio en stellen ons daar toetsbaar in op.

De beste zorg vraagt om innovatieve manieren van zorgverlenen. Dat kan bijvoorbeeld zorg zijn die wij in de toekomst bij de patiënt/cliënt thuis leveren samen met de huisarts/wijkverpleging of op een digitale wijze.

Het zal niet altijd lukken om de beste zorg te leveren. Wij maken wel eens fouten, daaruit trekken wij lering. Maar het leveren van de beste zorg is wel onze missie en onze ambitie.

Kernwaarden van Alrijne

Oprechte aandacht voor elkaar
Toegankelijk voor iedereen
Verbindend voor de beste zorg
We organiseren met **lef**



Visie:

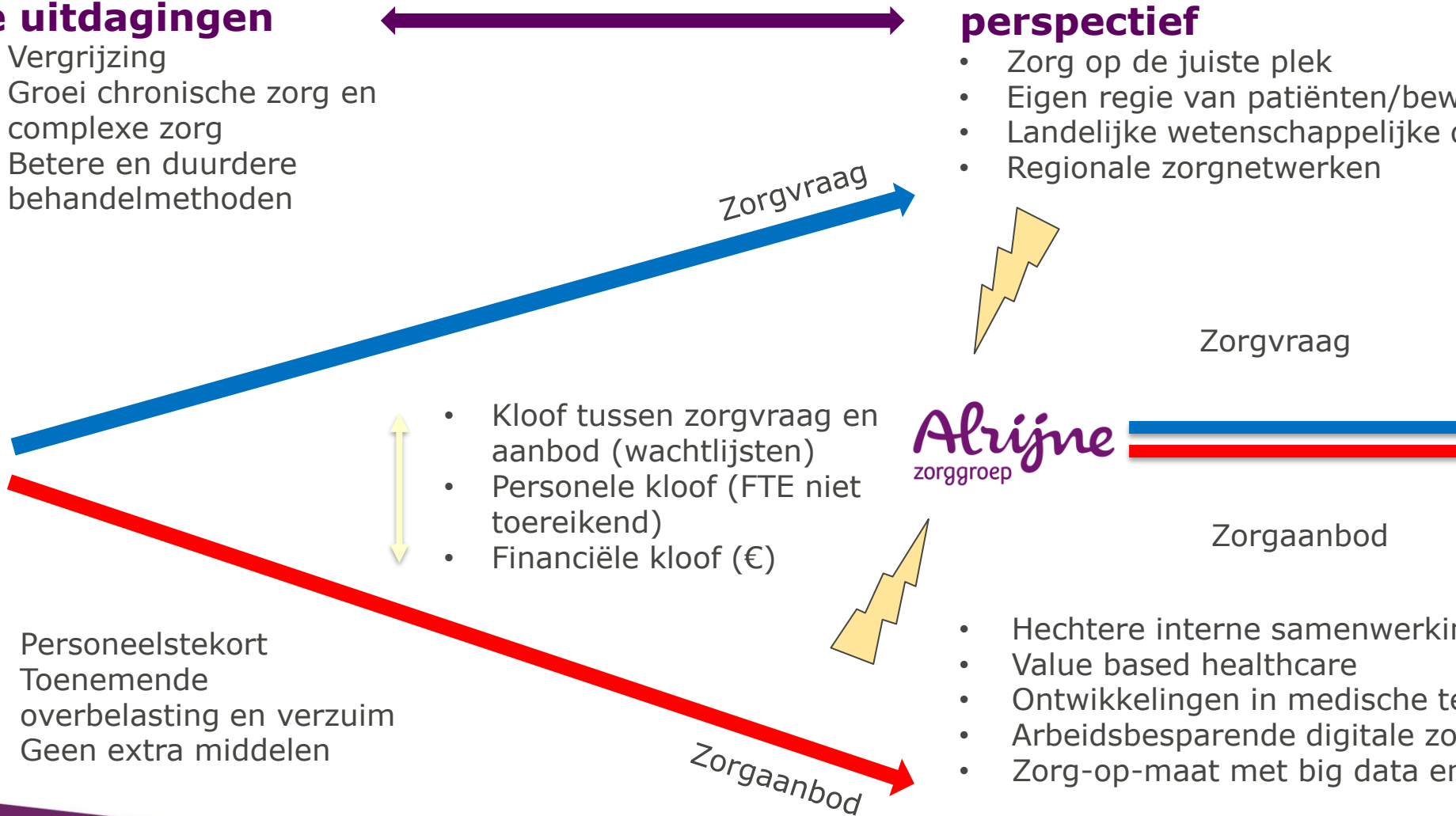
de groeiende kloof versus de beloftevolle oplossingsrichtingen

De uitdagingen

- Vergrijzing
- Groei chronische zorg en complexe zorg
- Betere en duurdere behandelmethoden

Het wenkend perspectief

- Zorg op de juiste plek
- Eigen regie van patiënten/bewoners
- Landelijke wetenschappelijke doorbraken
- Regionale zorgnetwerken



- Kloof tussen zorgvraag en aanbod (wachlijsten)
- Personele kloof (FTE niet toereikend)
- Financiële kloof (€)

- Personeelstekort
- Toenemende overbelasting en verzuim
- Geen extra middelen

- Hechtere interne samenwerking
- Value based healthcare
- Ontwikkelingen in medische technologie
- Arbeidsbesparende digitale zorg
- Zorg-op-maat met big data en AI

Visie op rol van Alrijne in dit spanningsveld

- Een toenemend spanningsveld tussen de bedreigingen en de kansen vraagt om lenigheid van medewerkers en de organisatie.
 - Alrijne moet in staat zijn om beloftevolle werkwijzen snel te implementeren. Dit vraagt een andere vorm van organiseren.
 - Alrijne moet voldoende expertise in haar netwerk organiseren om nieuwe ontwikkelingen goed te kunnen inbedden in de eigen organisatie.
- Samenwerken is de sleutel. Benutten van oplossingsrichtingen voor de kloof vraagt stevige en nieuwe partnerships met zorgpartijen en leveranciers.
- De veranderende zorgvraag vereist dat Alrijne dicht bij de behoefte van de patiënt/bewoner staat en beschikt over goede data om keuzes te maken.
- Alrijne moet in de regio een van de aantrekkelijkste werkgevers blijven.

Waarom moeten we veranderen?

Urgentie, trends en ontwikkelingen



Zorgvraag stijgt door en wordt complexer



Krapte op de arbeidsmarkt



Budget zorg stijgt niet mee



Technologie/digitalisering:
sneller dan we denken en dan
nog sneller



Verdubbeling 80+'ers



Patiënten en bewoners
willen meer
regie/inspraak en
samenhang in zorg

Wat komt er op ons af?

- Voor de regio Zuid-Holland-Noord is uitgebreid in kaart gebracht welke ontwikkelingen tot en met 2040 op ons afkomen.
- Belangrijke elementen zijn:
 - groei van het aantal inwoners (bijna 10%);
 - verdubbeling van het aantal kwetsbare ouderen 80+;
 - een enorme toename in het aantal patiënten met bewegingsklachten, hart & vaatziekten, dementie, kanker en zintuigelijke aandoeningen (zie p. 12);
 - blijvende druk op de arbeidsmarkt omdat het aantal 19-65 jarigen krimpt.
- Wij moeten de periode 2020 – 2025 voluit benutten om ons hierop voor te bereiden.

In cijfers: enige medische ontwikkelingen t/m 2040

Thema	2015 landelijke uitgaven/aantal patiënten	2040	2040
Hart & Vaatziekten	11,6 mld		+ 8% DALY's
Dementie	6.6 mld		12% meer DALY's door psychische stoornissen (inclusief dementie)
Bewegen • Artrose • Nek/rugklachten	6,3 mld • 1,2 miljoen patiënten • 1,9 miljoen patiënten	• 2,3 miljoen patiënten • 2,3 miljoen patiënten	+ 90% mensen met artrose + 21% mensen nek/rugklachten
Oncologie	5,6 mld		+ 9% meer DALY's
Diabetes	1,5 mld • 1,1 miljoen patiënten	• 1,5 miljoen patiënten	+ 34% mensen met diabetes II
	= 50% uitgaven		
Zintuigen	0,9 mld gehoorstoornis 2,8 mld gezichtsstoornis		+ 50% mensen met gehoor- en gezichtsstoornissen

Eigen situatie Alrijne



Goede uitslag MO: 7,7
bevlogen, 7,4 betrokken
medewerkers



Cultuur van eiland
denken en trage
besluitvorming



Patiënten en bewoners
waarderen onze zorg:
8,3 PTO en 8,4
bewonerscijfer



Achterstand in ICT en
processen



Solide financiële
situatie: positief
resultaat, 28%
solvabiliteit



Locaties niet optimaal
benut en geen centraal
inzicht in benutting
capaciteit

Patiënt/bewoner perspectief

Patiëntenfederatie Nederland agendeert de volgende thema's:

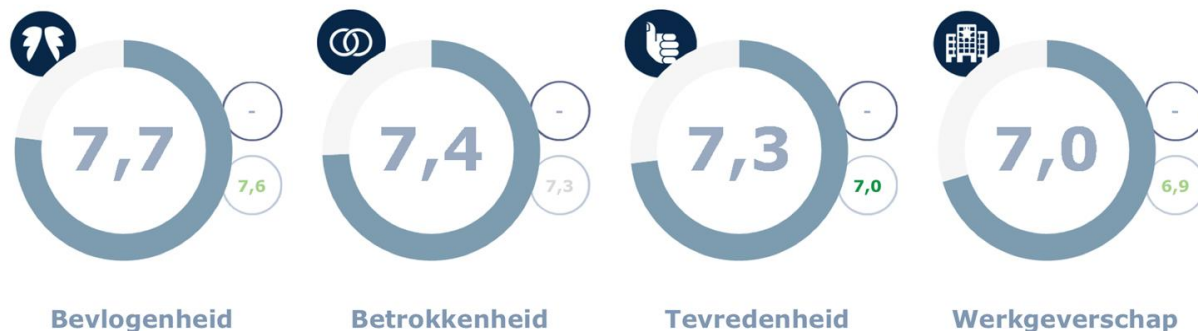
- de noodzaak van meer samenhang in de zorg;
- de behoefte aan een meer holistische, positieve en meer op preventie gerichte opvatting over gezondheid in plaats van een focus op ziekte;
- toegenomen behoefte aan regie:
 - erkenning als ervaringsdeskundige
 - centrale beschikking over zorginformatie (PGO)
 - samen beslissen
- Het belang van goede basiszorg dicht bij huis als het kan en verder weg als het beter is.

Het ontbrekende patiënt/bewoner perspectief van Alrijne

- Er zijn verschillen in de voorkeuren van groepen patiënten/bewoners
- Patiënt-/bewonersparticipatie is niet verankerd binnen Alrijne en nog onvoldoende ingevuld in het besluitvormingsproces van de strategie.
- Elke strategische keuze die betrekking heeft op de aard van de te leveren zorg vraagt om doelgroepoetsing, zoals:
 - prioriteringsvragen als 'liever dichtbij' of 'liever extra expertise wat verder weg' kunnen per patiënt verschillen;
 - belang van scheiding acute en electieve zorg in het ziekenhuis ten opzichte van andere keuzes;
 - welke netwerken van belang zijn verschilt per patiëntengroep.

Medewerkersperspectief

HOE SCOORT ONZE ORGANISATIE?	Respons
Alrijne Zorggroep	71,2%



Kleuring ten opzichte van Benchmark Ziekenhuizen

- zeer relevant verschil
- relevant verschil
- geen relevant verschil
- zeer relevant verschil
- relevant verschil
- score van de vorige meting
- score van Benchmark Ziekenhuizen



Beter dan vorige meting, beter dan de benchmark

Alrijne is werkgever met 1 ster van "beste werkgever" *

* Er is 1 ziekenhuis met 3 sterren, 1 met 2 sterren, 4 met 1 ster. Er zijn 3 VVT instellingen met 3 sterren en 3 met 1 ster.

Stakeholderdiner analyse

Sterke punten

- Alrijne levert goede zorg
- Patiënten en huisartsen zijn tevreden over de zorg
- Imago: gastvrij, klantvriendelijk, persoonlijk, en toegankelijk
- Direct contact met medisch specialist voor huisarts
- Bestuurders: goed team nu, moderne stijl, verandering merkbaar

Verbeterpunten

- Lange en onduidelijke lijnen t.a.v. besluitvorming binnen Alrijne (incl. afstemming met MSB)
- Alrijne heeft geen zorgvisie (noch een profiel), het 'Alrijne verhaal' ontbreekt
- Communicatie met stakeholders over o.a. verandering in zorgaanbod kan beter: communiceer waar je niet van bent
- Positionering verpleeghuizen binnen de Zorggroep is onduidelijk
- Toegangstijden en wachttijden zijn te lang
- Imago: bestuurlijke onrust
- ICT is teveel naar binnen gericht
- Eilandjes cultuur; Alrijne is naar binnen gericht
- Samenwerking HAP – SEH is niet optimaal (ook logistieke verbeterpunten)
- Patiënten uit de Bollenstreek kiezen sinds de fusie vaak voor het LUMC vanwege afstand
- Schuring met LUMC over wie wat doet in de regio

Verwachtingen van Alrijne van onze stakeholders

- Investeer in (data) technologie en de toepassing ervan door medewerkers
- Communiceer pro-actief met externe stakeholders
- Richt de zorg in op thema/vanuit patiëntengroepen (ontschotten)
- Neem je rol en verantwoordelijkheid in Cure en Care
- Maak duidelijke keuzes, o.a. over het Alrijne profiel: waar sta je voor?
- Ontwikkel een regionale zorgstrategie met zorgpartners, vanuit gelijkwaardigheid met partners
- Alrijne moet zelf de regie nemen en niet op anderen gaan zitten wachten
- Verbeter de spoedzorg inclusief de samenwerking SEH – HAP, vanuit gelijkwaardigheid
- Maak juiste zorg op de juiste plek/zinnige zorg een leidend motief (in de regio organiseren)
- Ga aan de slag met 'positieve gezondheid' en preventie: bepaal rol van Alrijne daarin
- Wees een goede werkgever:
 - betrek medewerkers bij de strategie;
 - maak medewerkers weer trots op Alrijne;
 - verhoog het werkplezier;
 - duidelijkheid in vrijheid van handelen.
- Betrek patiënten bij ontwikkeling strategie
- Alrijne is een belangrijke partner in de regio; partners verwachten dat Alrijne een (regie) rol pakt in de ontwikkeling van regionale zorg
- Breng specialistische expertise naar buiten; de eerste lijn moet met name ondersteund worden
- Focus op excellente gastvrijheid en ouderenzorg
- Behoefte aan bestuurlijke stabiliteit

Waar staan we nu als organisatie?

Sterke punten

- Patiënten waarderen onze zorg
- Goede uitslag MO
- Goede relaties met regionale zorgpartners
- Draagvlak voor innovatie, verbeteren en ketensamenwerking
- Woonzorg en Ziekenhuis in één zorggroep
- Solide financiële situatie

Verbeterpunten

- Cultuur van 'eiland denken' (management gericht op beheersing eiland)
- Structuur organisatie leidt tot ondoorzichtige en trage besluitvormingsprocessen
- Locaties niet benut in lijn met woonplaats patiënten
- Geen centraal inzicht en in sturing op benutting van capaciteit
- Te hoge toegangstijden (overschrijding Treek norm)
- Hoog ziekteverzuim personeel
- Uitdagingen op de arbeidsmarkt
- Geen sturing op samenhang ziekenhuiszorg met herstelgerichte zorg of woonzorg
- Achterstand in ICT
- Ouderwetse 'houtje touwtje' processen op meerdere niveaus

Waar komen we vandaan?

- Vorige SBP Alrijne Ziekenhuis grotendeels gericht op de fusie van beide ziekenhuizen
 - Hierin geen referentie aan verpleeghuizen, omdat ontvlechting van de verpleeghuizen was beoogd
- Ambities slechts deels geoperationaliseerd
 - Te weinig aandacht geweest voor implementatie
 - Geen centrale sturing op implementatie
- SBP 2015-2020 Nog weinig gevoel voor urgentie tot aanpassen aan veranderende zorgvraag
- Er is een eigen SBP 2017-2022 voor Alrijne Verpleeghuizen opgesteld
- In 2017 concludeerde de projectgroep 'herijking strategisch beleidsplan 2015-2020' onder andere:
 - patiënten waren bezorgd over de zorg, met name door onduidelijkheden m.b.t. waar zorg geleverd werd;
 - er was een beddentekort door inefficiënte organisatie;
 - er was behoefte aan meer gelijkgerichtheid en centrale regie;
 - er lagen kansen in regionale samenwerking (incl. vanuit locaties in integrale zorg);
 - er was gebrek aan relevante data (analyse).

Samenvattend

Externe analyse	Interne analyse
<p>Kansen</p> <ul style="list-style-type: none"> Alrijne is als enige tweedelijns ziekenhuis belangrijk voor de regio en kan bijdragen aan de inrichting van zorg in de regio Technologie/digitalisering ontwikkeling gaat heel snel; dit kan bijdragen aan opvangen zorgvraag en werkplezier verhogen Patiënten/bewoners kunnen bijdragen aan het beter inrichten van zorgprocessen Alrijne kan haar expertise breder (digitaal) inzetten in de regio 	<p>Sterke punten</p> <ul style="list-style-type: none"> Alrijne levert goede zorg Patiënten en huisartsen zijn tevreden over de zorg van Alrijne Imago: gastvrij, toegankelijk, klantvriendelijk, persoonlijk Direct contact met medisch specialist voor huisarts Bestuurders goed team nu, moderne stijl, verandering merkbaar Goede uitslag medewerkers onderzoek Goede relaties met regionale zorgpartners Drive voor innovatie, verbeteren en ketensamenwerking Woonzorg en Ziekenhuis in één zorggroep Solide financiële situatie
<p>Bedreigingen</p> <ul style="list-style-type: none"> Zorgvraag stijgt door en wordt complexer; aantal mensen 80+ is in 2040 twee keer zo hoog als in 2020 Krapte op de arbeidsmarkt (5,5% daling leeftijdsgroep werkenden in 2040) Budget ziekenhuizen stijgt niet mee (Hoofdlijnenakkoord) Veel kostenverhogende ontwikkelingen (vergrijzing, nieuwe technologie, nieuwe medicatie, chronisch zieken) 	<p>Zwakke punten</p> <ul style="list-style-type: none"> Cultuur van 'eiland denken' Lange onduidelijke lijnen besluitvormingsprocessen Zorgvisie (noch profiel), het Alrijne profiel ontbreekt We communiceren niet naar stakeholders waar we niet van zijn Locaties niet benut in lijn met woonplaats patiënten (pinda model) Geen centraal inzicht in sturing op benutting capaciteit Te hoge toegangstijden en wachttijden (boven Treek norm) Hoog ziekteverzuim personeel Grote uitdaging tekort op de arbeidsmarkt Positionering verpleeghuizen binnen Zorggroep onduidelijk Geen sturing op samenhang ziekenhuis, herstel, woonzorg Schuring met LUMC: wie doet wat in de regio Samenwerking HAP en SEH niet optimaal (o.a. logistiek) Achterstand in ICT (te veel naar binnen gericht)

Conclusie

- We staan er sterk voor en worden gewaardeerd
- We staan voor grote **uitdagingen** richting 2040 door de toename van de zorgvraag:
 - verdubbeling van het aantal 80+ en alle bijbehorende ziektebeelden;
 - kleine afname van aantal werkenden en geen grote budgetstijging.
- We hebben ook een **wenkend perspectief**: door anders te werken en gebruik te maken van innovatie en technologie kunnen we de toekomstige kloof overbruggen
- Dan moeten we wel in deze strategie periode in beweging komen!

Wat gaan we (anders) doen?

Onze vijf ambities

Strategische richting: onze vijf ambities



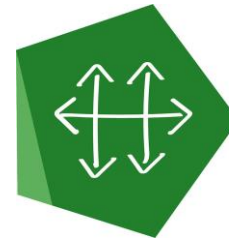
We bieden zorg met oprechte aandacht voor de mens



Digitale zorg is een vanzelfsprekend onderdeel van onze zorg



We streven naar de beste zorg, op de beste plek, op het juiste moment



We zetten onze mensen, middelen en locaties optimaal en duurzaam in



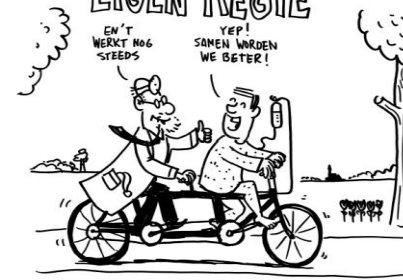
We zorgen goed voor onze collega's

Wat gaan we (anders) doen?

Per strategische ambitie

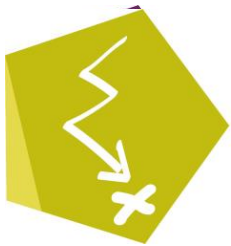


**We bieden zorg
met oprechte
aandacht voor
de mens**



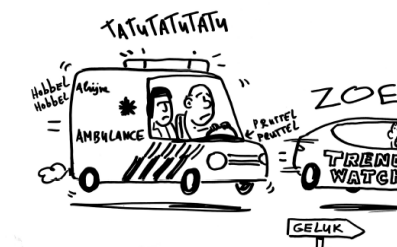
Wat gaan we doen?

- A. Per patiëntenstroom bepalen wij:
 - welke zorg en ondersteuning nodig is, uitgaande van het concept 'positieve gezondheid';
 - wat de medische technologische speerpunten/kansen op innovatie zijn en investeren daar in;
 - welke zorg kan worden voorkomen, vervangen, of verplaatst, in samenwerking met ketenpartners;
 - wat mogelijk is m.b.t. (secundaire of tertiaire) preventie en zijn wij betrokken bij preventieve zorg.
- B. Patiënten/bewoners (-vertegenwoordigers) krijgen een stem in de aansturing en besluitvormingsprocessen
- C. Gezien de ontwikkelingen in de zorg en de arbeidsmarkt zullen wij nog meer een beroep op vrijwilligers doen. Juist vrijwilligers geven vaak extra oprechte aandacht .
- D. We faciliteren en stimuleren multidisciplinair werken binnen en buiten de organisatie, inclusief faciliteren van samenwerken (goede mogelijkheden televergaderen/inbellen)
- E. We ontwerpen een aansturingsmodel dat hierbij past en focus aanbrengt op patiënt-/bewonersgroepen
- F. We ontwerpen een programma om de zachte kant van "oprechte aandacht" in onze organisatie in te bedden (o.a. leiderschap, belonen gewenste gedrag, omgaan met ethische dilemma's inclusief die rondom het levenseinde)
- G. Het verdeelmodel van de vrijgevestigde medisch specialisten stimuleert de nieuwe vormen van zorgverlening



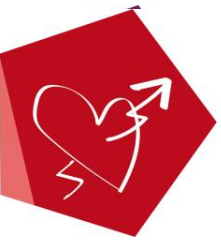
**We streven naar
de beste zorg, op de
beste plek, op het
juiste moment**

SNEL TER PLEK



Wat gaan we doen?

- A. Met regiopartners bepalen we hoe we samenwerken (netwerkstrategie)
- B. Wij nemen het initiatief tot het opzetten van allianties rond een aantal grote patiëntenstromen
- C. Voor iedere stroom bepalen we in samenwerking met partners:
 - hoe we de zorg inrichten (transmurale zorgpaden);
 - welke zorg voorkomen/vervangen/verplaatst kan worden.
- D. We onderzoeken met andere ziekenhuizen wie welke zorg kan centreren om samen de beste zorg op de beste plek te realiseren
- E. We streven naar een goede aansluiting tussen ziekenhuiszorg, herstelgerichte zorg en woonzorg
- F. We werken toe naar inrichting van een regioportaal/uitwisseling dossiers



**We zorgen
goed voor onze
collega's**

Wat gaan we doen?

- A. We richten verantwoordelijkheden en besluitvorming zo laag mogelijk in de organisatie in: met eigen regelruimte, we accepteren dat mensen niet foutloos kunnen werken, wij leren van fouten en zijn daar open over, informeren elkaar en verbeteren samen
- B. We investeren in strategisch personeelsbeleid: in het werven, scholen en ontwikkelen van personeel gaan we uit van wat de medewerkers van Alrijne de komende 20 jaar nodig hebben om de beste zorg te kunnen leveren
- C. Iedereen kan met plezier werken:
 - we zorgen voor goede werkplekken voor alle medewerkers;
 - medewerkers zijn bekwaam in het gebruik van digitale tooling (incl. het EPD);
 - we verbeteren de werkdruk en werkomstandigheden van medewerkers, daarbij kan digitalisering ondersteunen.
- D. Wij zorgen voor voldoende ontwikkelperspectief voor medewerkers (opleiding, doorgroeimogelijkheden, stimuleren innovatie, continue verbeteren en ondernemerschap), maar verwachten ook van personeelsleden dat zij waarde toevoegen aan de organisatie. Samen verbeteren wij de zorg en de organisatie
- E. Wij leiden in de volle breedte mensen op, zodat wij ook in de toekomst vakbekwame collega's hebben
- F. We streven naar regionale opleidingsmodelijkheden en regionale contractvormen, zodat medewerkers flexibel in de regio inzetbaar zijn vanuit patiënt-/bewonersgroepen
- G. Wij zien onze vrijwilligers als onze collega's



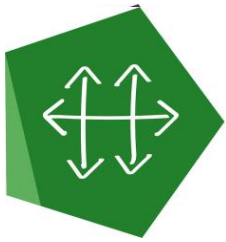


**Digitale zorg is
een vanzelfsprekend
onderdeel van
onze zorg**



Wat we gaan doen?

- A. Digitale zorg met oprechte aandacht maken wij tot een regulier onderdeel van onze zorg (in plaats van kleinschalige projecten)
- B. Er wordt een centrum voor digitale zorg opgericht met een brede en levende innovatieagenda die focus aanbrengt
- C. Innovatie krijgt een stevige basis middels een vastgesteld innovatiebudget en voeren wij uit samen met de patiënten en bewoners
- D. Alrijne gaat nieuwe partnerships aan met zorgpartners en technologische partners; we onderzoeken de mogelijkheden van de elementen van een 'virtual hospital' voor Alrijne en de regio
- E. Wij betrekken patiënten, bewoners en medewerkers bij het ontwikkelen van onze digitale zorgverlening
- F. We investeren in leiderschap voor digitale innovatie (bijv door een CMIO/CNIO aan te stellen)
- G. Medewerkers worden gefaciliteerd in de digitale transformatie

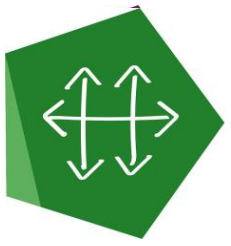


We zetten onze mensen, middelen en locaties optimaal en duurzaam in



Wat gaan we doen?

- A. We passen professioneel centraal capaciteitsmanagement toe, ondersteund met technologie (voor inzet mensen, fysieke ruimtes, materialen en bedden)
- B. We kiezen voor meer synergie tussen Alrijne Ziekenhuis en Alrijne Woonzorg voor de inrichting van de patiëntenstroom 'kwetsbare ouderen'. Alrijne Woonzorg krijgt een brugfunctie voor ouderen die 'tussen de wal en het schip' vallen
- C. In de patiëntenstromen en het capaciteitsmanagement brengen we scheiding aan tussen acute en electieve groepen patiënten
- D. We richten de locaties maximaal in om de zorg voor patiënten/bewonersgroepen te faciliteren (leidend principe: samenhang van zorg (patiënt/bewoner in de regie), tweede principe: zorg dichtbij huis)
- E. We onderzoeken wat we kunnen leren van de werkwijze van ZBC's rond standaardisatie materialen en inrichting en aansturing van efficiënte processen op een heel klantvriendelijke manier
- F. Voor speerpunten in onze strategie leiden wij toptalent zelf op of trekken hen aan uit de markt. Wij zetten actief in op behoud van talenten.



**We zetten onze
mensen, middelen
en locaties optimaal
en duurzaam in**



Voorbeeld centraal capaciteitsmanagement, ondersteund met technologie

Hospital Control Centre, Amphia ziekenhuis (2019)

Wat gaan we (anders)
doen?

Zorgprofiel

Herijking zorgprofiel

- A. Wij zijn een Zorggroep met een algemeen ziekenhuis voor onze regio met 560.000 inwoners en met twee verpleeghuizen
- B. Gezien de veranderde ziektebeelden zetten wij tussen 2020 en 2025 extra in op:
- Bewegingsklachten;
 - hart- en vaatziekten (inclusief beroertezorg);
 - oncologie (vijf grote tumorsoorten);
 - zintuigelijke aandoeningen (oog- en hoorklachten);
 - multimorbiditeit kwetsbare ouderen (inclusief bijbehorende ziektebeelden zoals orgaanfalen, dementie).
- C. Wij werken aan een hoge mate van synergie tussen Alrijne Ziekenhuis en Alrijne Woonzorg, omdat het aantal kwetsbare 80+ inwoners verdubbelt en wij een continuüm van zorg kunnen bieden
- Zodat wij in staat zijn beter in te spelen op de verdubbeling van het aantal 80+
 - Zodat wij een aantrekkelijke werkgever zijn en blijven in de regio
- D. Op een aantal gebieden is Alrijne hét regionale expertisecentrum omdat wij bovengemiddelde kennis hebben op dit terrein en/of bovenregionaal patiënten aantrekken. Wij moeten met elkaar bepalen welke expertisecentra dat zijn. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan Parkinson & MS, Prothesiologie, Pijnstilling/Neurostimulatoren, Down en Wondzorg.

Herijking zorgprofiel

Verwachting: verdringing van zorg

- Verwachte groei van zorgkosten schatten wij in op 10% van de DOT omzet t/m 2025 = circa € 26 miljoen in de komende 5 jaar door de volgende factoren:
 - dure medicatie;
 - stijging personeelskosten;
 - overheveling uit LUMC;
 - demografische groei;
 - toename aantal patiënten in specifieke ziektebeelden;
 - duurdere zorg per DOT.
- Wij werken voor de periode 2020 – 2025 binnen het Hoofdlijnenakkoord (0 lijn). Op langere termijn verwachten wij dat de nullijn voor de Nederlandse ziekenhuiszorg geen houdbaar standpunt van de politiek is.
- Wij kunnen ons niet permitteren om € 26 miljoen zorg zonder vergoeding te leveren
- Conclusie: er moet ook € 26 miljoen aan zorg uit t/m 2025
- Op welke manier gaan we dat realiseren?

Herijking zorgprofiel: aanpak verdringing van zorg

Wij kiezen er voor om ruimte te maken voor de groei in zorgvraag door de volgende aanpakken:

1. laagcomplexe zorg wordt zelfmanagement (0e lijn) of huisartsenzorg (1^e lijn) over meerdere patiëntgroepen heen;
2. door innovatie en digitalisering leveren we zorg thuis onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist v.b. thuismonitoring over meerdere patiëntgroepen heen. Middelcomplexe zorg kan door gespecialiseerde verpleegkundigen thuis worden geleverd. Dit vraagt het tijdig opleiden van onze professionals en het ontwikkelen van nieuwe zorgroutes;

Aanpak 1 en 2: vraagt om systematisch werken aan de juiste zorg op de juiste plek (voorkomen, vervangen, verplaatsen). Wij doen dit voor alle patiëntgroepen. Bijvoorbeeld:

- meer zorg naar zelfmanagement en self service in zorgpaden (vb. PGO portals MS);
 - meer zorgoverleg met huisartsen naar 1e lijn (sociaal domein, wijkverpleging en huisarts);
 - meer complexe zorg thuis onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist door digitale 2e lijn en hospital@home met onze gespecialiseerde verpleegkundigen.
3. concentratie in de Leids/Haagse/Goudse regio voor specifieke patiëntengroepen met hoogcomplexe zorg, waardoor schaarse kennis/middelen effectief en efficiënt worden ingezet v.b. Samen+ voor oncologie;

Herijking zorgprofiel: aanpak verdringing van zorg

4. voor grote electieve patiëntgroepen werken als een ZBC zodat wij de verwachte groei in deze stromen op kunnen vangen. Werken als een ZBC betekent: snelle toegang en doorloop en hoge klantvriendelijkheid, optimale efficiency waardoor kostenverlaging optreedt v.b. Liesbreukencentrum, oogcentrum, knie prothesiologie;
5. weghalen van "waste" uit onze processen ondermeer door focus op zinnige zorg, capaciteitsmanagement en scherpe inkoop.

Hierdoor ontstaat ruimte voor de groei in de gebieden waar wij extra op in willen zetten, gezien de demografische ontwikkelingen, en voor onze expertisecentra.

We kiezen NIET voor:

- a) het oprichten van ZBC's (met risicodragende aandeelhouders);
- b) stoppen met zorg voor bepaalde patiëntgroepen/ziektebeelden, omdat we kiezen voor samenhang in zorg en dekking van onze totale overhead/locaties/gemeenschappelijke middelen vanuit een breed aanbod. Bovendien gaat stoppen met zorg voor bepaalde patiëntgroepen/ziektebeelden bijna altijd gepaard met overheveling budget naar andere aanbieder.

Verdringing van zorg: zes aanpakken



Gevolgen herijking zorgprofiel voor locatieprofiel

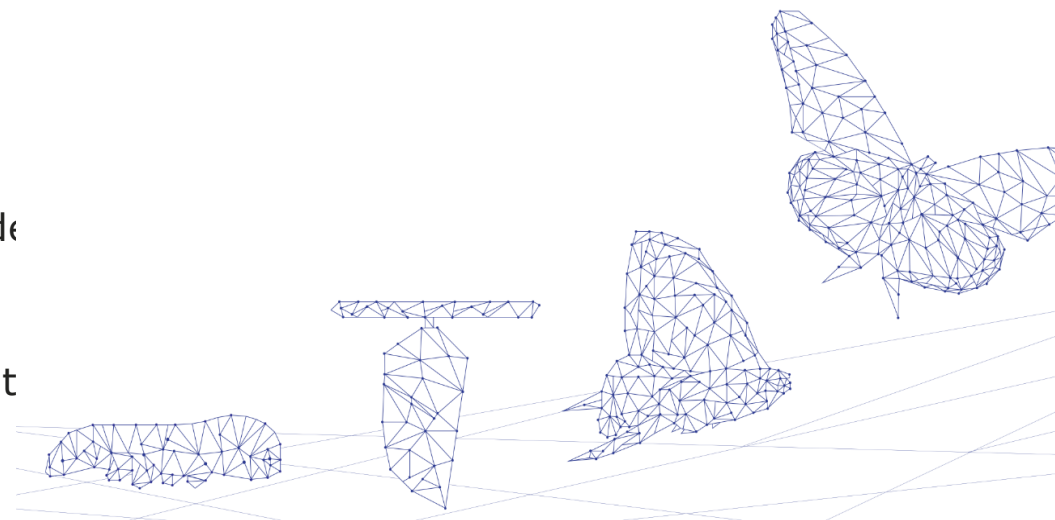
- A. Gezien de verwachte grote toename in bepaalde patiëntgroepen is er de noodzaak anders te werken, organiseren en samenwerken
- B. Sleutelbegrip hierbij is behoud van samenhang van zorg
- C. Per patiëntenstroom moet worden bepaald wat het beste waar kan gebeuren
- D. Capaciteitsmanagement gaat zorgen dat wij de mensen, middelen en locaties optimaal inrichten:
 - in Leiderdorp verwachten wij en zien wij reeds nu een grote druk op onze capaciteiten door de toename van de spoedstromen. Dit vraagt om een herinrichting van de spoedzorg op deze locatie: ruimte voor SEH, HAP, verbouwing IC, inrichting AOA en meer druk op het beddenhuis;
 - om ruimte te maken voor deze spoedstromen en om zo zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te bieden is een betere benutting van onze gebouwen op de flanken een absolute must. Daar ligt nog veel onbenutte capaciteit.

Hoe gaan we het anders doen?

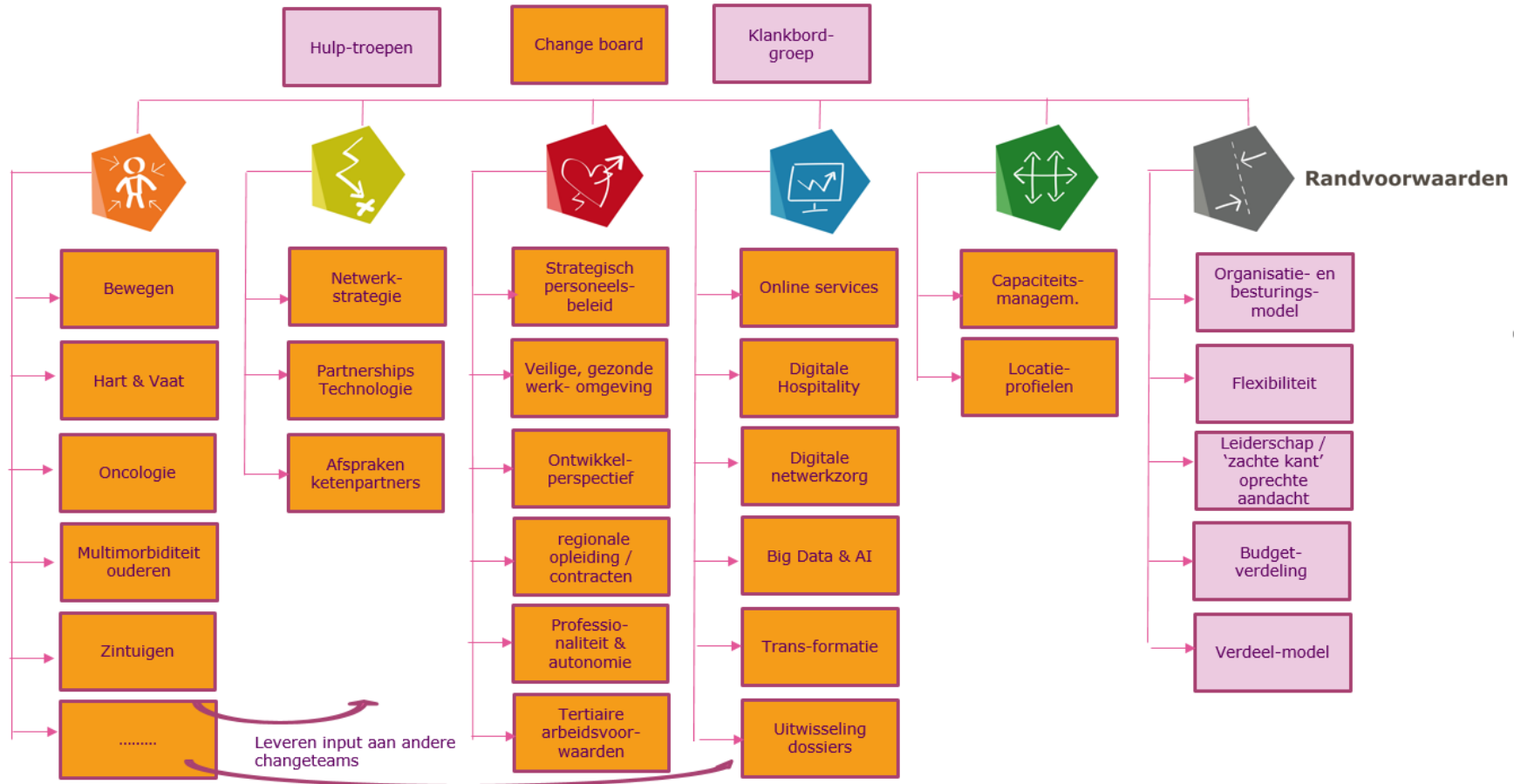
Organisatieverandering

Aansturing van de verandering

- Veranderen doen we samen. Medische staf en medewerkers worden betrokken bij het veranderproces.
- Wij gaan werken met en vanuit een implementatieplan
- Het implementatieplan bevat "mijlpalen" (SMART) om voortgang te monitoren en bij te sturen
- Er komt een Changeboard die de veranderingen coördineert
- Voor de vijf strategische richtingen worden change teams aangesteld met daaronder expertiseteams per deelonderwerp. De onderwerpen zijn gebaseerd op de "posters".
- Er komt ook een change team voor het realiseren van de organisatieveranderingen met deelonderwerpen vanuit de "posters"
- De zes changeteams maken het implementatieplan inclusief fasering en prioritering en helpen bij de uitvoering de komende jaren
- Wij integreren het strategische beleidsplan woonzorg 2022 zoveel mogelijk in het implementatieplan 2020-2025 van Alrijne Zorggroep
- Wij passen de methodiek van SamenBeter toe: veranderteams van de "werkvloer" met patiënten/bewoners



Inrichting veranderenteams



Aansturing van de verandering

- Voorzitters van de zes change teams overleggen periodiek met de change board om de voortgang te monitoren
- Zij maken samen een plan voor de fasering (wat is de meest logische volgorde, hoe houden we samenhang)
- Voorzitters van de (deel)expertiseteams vormen samen het bovenliggende change team (linking pins)
- Er zijn hulptroupen om de expertiseteams te ondersteunen: greenbelts, blackbelts, BI-ers, Controllers, HR adviseurs
- De patiëntenstroom-teams bepalen:
 - Wat zijn de belangrijkste patiëntgroepen?
 - Welke zorg en ondersteuning is nodig uitgaande van het concept "positieve gezondheid"?
 - Welke waarde voegen we toe in het zorgpad? (VBHC)
 - Aan welke zorgpaden geven we prioriteit?
 - Welke (transmurale) zorgpaden doorlopen patiëntgroepen en welke afspraken met ketenpartners vraagt dat?
 - Wat zijn medisch technologische speerpunten, innovatiekansen?
 - Welk deel van het zorgpad kan het beste op welke locatie?
 - Welke zorg kan worden voorkomen, vervangen of verplaatst m.b.v. aanpak 1 t/m 5 i.s.m. partners?
 - Welke zorg is mogelijk m.b.t. (secundaire/tertiaire) preventie?
 - Welke uitbreidingen van zorg verwachten we en hoe regelen we dat?
 - Welke patiëntengroepen ervaren geen groei? (o.b.v. cahier)
 - Waar heeft concentratie in de regio toegevoegde waarde vanuit schaarste e/o kwaliteitsperspectief?

Aansturing van de verandering



- Het expertise team capaciteitsmanagement richt een capaciteitsmodel in en stelt kaders voor gebruik capaciteiten
- Het expertiseteam aansturingsmodel ontwerpt:
 - inrichting nieuwe organisatie en definitie van rollen;
 - sturingsprincipes;
 - mandaat binnen nieuwe rollen;
 - transitie van oude naar nieuwe model;
 - ondersteuning vakgroepen die klaar zijn voor overgang naar Patiënt Verantwoordelijke Eenheden/Thema's;
 - hoe verlopen "onderhandelingen" in de matrix.
- Ieder expertiseteam bepaalt de eigen behoefte aan benodigde expertise/procesbegeleiding/rollen
- Randvoorwaarden voor organisatieverandering: tijd geven aan mensen om te participeren, vrijspelen collega's voor bieden van ondersteuning, extra expertise inwinnen
- De klankbordgroep spiegelt ons of we voldoende voortgang boeken in de strategische ambities

Bereidheid van een ieder om te veranderen bepaalt ons succes!

Hoe gaan we het anders doen?

Doorontwikkeling aansturing

Samen naar een nieuw model

- A. Bij de fusie van Rijnland en Diaconessenhuis is gekozen voor aansturing met een RVE model, waarbij elke vakgroep een RVE vormde. De fusie was dermate ingrijpend dat het niet verantwoord werd geacht naar een ander aansturingsmodel door te ontwikkelen. Het gaf vakgroepen ook de rust om onderling te fuseren. Afspraak was dat snel na de fusie een nieuw model zou worden ontwikkeld. Dat laatste is niet gebeurd.
- B. De huidige RVE structuur heeft goed gewerkt voor het op orde krijgen van de organisatie na de fusie, maar is niet voldoende flexibel om in te kunnen spelen op de veranderingen die op ons afkomen. Ook is er een breed gedeelde wens in de organisatie om te komen tot een eenvoudigere structuur dan de huidige grote aantallen RVE's.
- C. Gezien de verwachte grote toename in bepaalde patiëntgroepen is er de noodzaak anders te werken, organiseren en samenwerken.
- D. Sleutelbegrip hierbij is behoud van samenhang van zorg over vakgroepen en disciplines heen en ook over de grenzen van onze eigen zorggroep heen. Dat leidt tot waarde creatie en vermindert suboptimalisatie per patiëntengroep.
- E. Het gaat om een groot veranderproces, dat alleen kans van slagen heeft als de juiste professionals met patiënten/bewoners en het management deze nieuwe toekomst vormgeven.
- F. Binnen de huidige RVE structuur komt vakgroepoverstijgend werken, ketensamenwerking en capaciteitsmanagement niet eenvoudig tot stand.

Aan welke criteria moet een aansturingsmodel voldoen?

- Maakt heldere besluitvorming mogelijk
- Maakt duidelijk wie waar over gaat (ownership & mandaat)
- Bevordert werken aan gezamenlijke doelen
- Bevordert werken vanuit patiënt belang:
 - multidisciplinair werken ondersteunen gezien complexiteit patiënten
- Maakt heldere overlegstructuur (KISS) mogelijk
- Randvoorwaarde: kostentoe rekening ondersteunt de structuur en is helder en eenduidig
- Randvoorwaarde: is aanpasbaar als strategie wijzigt of buitenwereld
- Is ook duidelijk voor derden

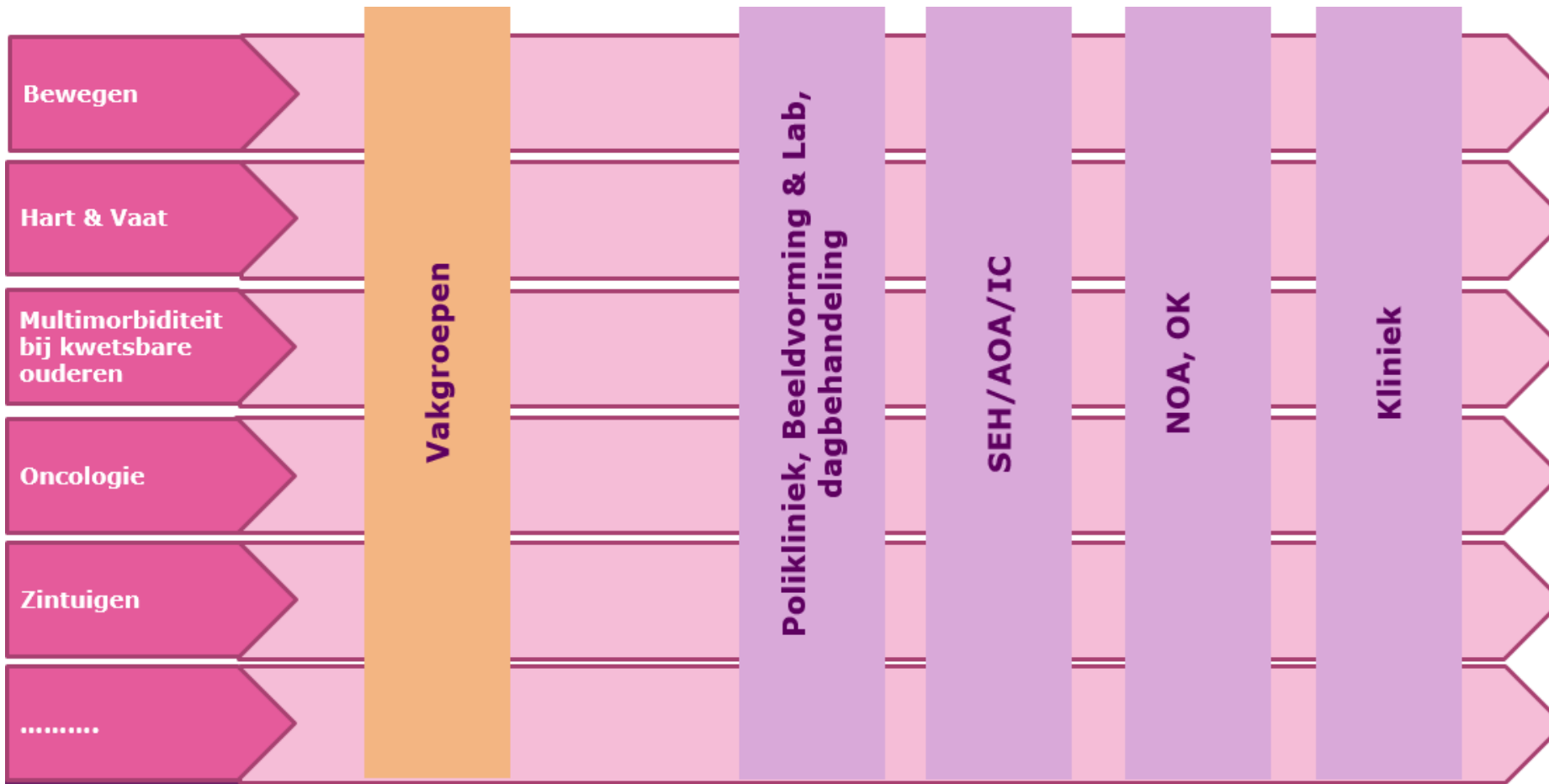
Samen naar een nieuw model

- A. Na het vaststellen van de strategische ambities en de inrichting van de veranderorganisatie gaan we met elkaar (leidende coalitie) een nieuw aansturingsmodel uitwerken en inrichten
- B. Om innovatie, ketensamenwerking, JZJP, digitalisering en groei per patiëntgroep maximaal te faciliteren zonder de samenhang te verliezen wordt gekozen voor aansturing in **Patiënt Verantwoordelijke Eenheden**
- C. Onderdeel van de uitwerking zal onder meer zijn
- Hebben PVE's ook zin als er sprake is van mono disciplinaire zorgvraagstukken?
 - Hoeveel thema's komen er? Gedacht wordt aan 6 tot 8 thema's van circa EUR 40 - EUR 60 miljoen omzet.
 - Hoe borgen we betrokkenheid van patiënten/bewoners in de thema's?
 - Hoe beleggen we verpleegkundig en medisch leiderschap in de implementatie?
 - Hoe gaan we over van het huidige RVE model naar PVE's?
 - Hoe gaan we het nieuwe model ondersteunen met data en met budgetverantwoordelijkheid?
 - Hoe gaan we vakgroepen die in meerdere thema's actief zijn helpen om medewerking aan meerdere thema's te geven?
 - Hoe voorkomen we dat verkokering op kleine schaal (RVE) verandert in verkokering op grote schaal (PVE)? Dat vraagt dat we naast structuur ook veel aandacht hebben voor de cultuur en in het creëren van vertrouwen in de PVE en tussen PVE's.
- D. Om de schaarste in mensen, middelen, bedden zo optimaal mogelijk in te zetten is het nodig met **capaciteitsmanagement** te gaan werken. Welke capaciteiten het beste in samenhang kunnen worden aangestuurd is nog nader te bepalen. De inrichting moet de scheiding van acuut en electief ondersteunen.

Samen naar een nieuw model: enkele kanttekeningen

- Een aansturingsmodel is een middel en geen doel: belangrijkste is dat de changeteams in hun rol komen van “leiders van de verandering”
- PVE’s komen voort uit het doorontwikkelen van de changeteams waarin verschillende RVE’s participeren. Verpleegkundigen kunnen een belangrijke voorbereidende rol spelen in de totstandkoming van PVE’s.
- Niet elk changeteam zal op hetzelfde moment hier aan toe zijn. Een gefaseerde invoering ligt voor de hand. Hierdoor kunnen we ook ervaring opdoen met het werken in een PVE en met die ervaring de inrichting van de PVE bijstellen. We kijken bij andere organisaties hoe zij de inrichting naar thema’s hebben doorlopen om van hen te leren.
- We werken voor de start het eindmodel uit om te weten waar we naar toe op weg zijn en daar hoort ook een duidelijke en overzienbare planningshorizon bij
- Belangrijk vraagpunt is of alle RVE’s in een PVE terecht komen en zo niet: hoe organiseren we voor die patiëntgroepen de zorg ook patiëntvriendelijk
- In de ontwikkeling naar een nieuw model toe werken we nog met de huidige RVE’s en deze zullen gefaseerd overgaan naar het nieuwe model. Hier gaan we samen een planning voor opstellen.
- Inrichting van een overlegstructuur die bij een aansturing met PVE’s en capaciteiten past is onderdeel van de volgende fase

Contouren van aansturingsmodel



Voorbeeld van een mogelijke PVE: bewegen

- Grote patiëntstromen:
 - Electieve prothesiologie (TK en TH)
 - Electieve Traumachirurgie
 - Electieve spondylodeses
 - Chronische pijn
 - Neurostimulatoren
 - Artrose, artritis
 - Spoedstroom: collumfracturen
 - Spoedstroom: traumachirurgie
- Omvang: circa 60 mio.
- Groeiverwachting: verdubbeling artrose en beweegklachten
- MT Bewegen "in the lead": Orthopedie, Traumachirurgie, Neurochirurgie, Pijncentrum, revalidatieartsen, sportartsen, reumatologie, paramedici (fysio, psychologie, ergo), verpleegkundig specialisten, patiënt/bewoner
- Gebruikt capaciteiten:
 - X electieve OK's Leiderdorp
 - X spoed OK Leiderdorp
 - plaatsen electieve Kliniek L'dorp
 - plaatsen AOA
 - plaatsen KVA L'dorp
 - Pijncentrum Alphen
 - slots beeldvorming
 - % Poli's digitaal/telefonisch
 - % poli's Leiden
 - % poli's Alphen
 - % poli's L'dorp
- Ruimte creëren door: organiseren deel zorg als ZBC, meer consulten en voorbereiding digitaal, meer zelfmgt en begeleiding in 1e lijn V.b. artrose en artritis
- Netwerken: huisartsen, fysio 1e lijn, LUMC (neurochirurgen, reumatologen), ZBC's voor referrals hoge ASA

Denkrichting voor locatieprofielen

Verder uit te werken op basis
van inrichting patiëntenstromen

Visie op benutting van locaties

- A. Gezien de verwachte groei van zorgvraag en de stijging van aantallen mensen met aandoeningen zal de druk op de OK, kliniek en spoedzorg toenemen in Leiderdorp.
- B. Om hier binnen het gebouw ruimte voor te maken, zullen we andere zorg meer op de flanken moeten gaan uitvoeren. Dat past ook bij de verdeling van de inwoner aantallen over ons werkgebied ("vlindermodel")
- C. Met name het gebouw in Alphen zetten wij nu niet goed in: zie pagina 46
- D. Het is voor onze patiënten en bewoners ook prettig dat we zorg waar mogelijk zo dicht mogelijk bij de mensen organiseren
- E. RVE'S (en later: de kwartiermakers van de thema's/PVE's) nodigen we uit om op basis van de beste organisatie van patiëntenstromen te komen met voorstellen wat waar moet gebeuren, maar wel met een Alrijne breed taakstellend kader over de benutting van alle locaties
- F. De nieuwbouw van Nieuw Leythenrode benutten we voor verbeteren van synergie binnen onze zorggroep tussen Alrijne Ziekenhuis, Alrijne Revalidatie (v/h herstelgerichte zorg) en Alrijne Woonzorg

Polibezoeken (excl SEH/EHH)

regio west	Leiden	Andere poli	regio midden	Leiderdorp	Andere poli	regio oost	Alphen a/d Rijn	Andere poli	
Katwijk	31.176	13.307	Kaag en Braassem	16.819	6.658	Alphen aan den Rijn	39.398	44.735	
Leiden	36.268	38.637	Leiderdorp	23.967	4.531	Kaag en Braassem	minderheid		
Lisse	4523	2349	Voorschoten	11.783	327	Nieuwkoop	8.221	11.573	
Noordwijk	11.610	5.847	Zoeterwoude	5.512	1.555	Subtotaal	47.619	56.308	46%
Noordwijkerhout	5.505	2.619	Subtaal	58.081	13.071				82%
Oegstgeest	11.114	5.264							
Teylingen	14.889	7.329							
Voorschoten	minderheid						Dichtstbijzijnde poli	Andere poli	
Wassenaar	1.232	815				Totaal polibezoeken	222.017	145.546	60%
Subtotaal	116.317	76.167							60%

Beelden locatie Leiden

Nieuw/ wat blijft:

- Flexibele goed geoutilleerde poli's.
Minimaal 75% omgeving Leiden naar Leiden.
- POK'S
 - Oogheelkundecentrum
- Dagbehandelcentrum
 - Mamma centrum
 - Chemo dagbehandelingen
 - Diabetescentrum (i.s.m. LUMC)
- Herstelgerichte zorg
- Kwetsbare ouderen
- Concentratie Laboratoria
 - MMB
 - Pathologielab LUMC Alrijne GHZ
 - Kans: Genoomscan

Afscheid van:

- OK's klasse 1 en 2 (Q3 2021)
- Kortdurende klinische zorg(Q3 2021)
- SIT team Leiden (Q3 2021)
- Huidige gebruik woonflat

Onderzoeken:

- Woonflat verkopen/verhuren voor wonen, voor kantoren, voor wonen met zorg.
- Welke beeldvorming nodig voor gewenste patiëntenstromen?

Beeldvorming?

Beelden locatie Leiderdorp

Nieuw/wat blijft:

- HOTFLOOR in stergebouw
 - Grotere SEH + grotere HAP 2023
 - CCU/EEH
 - 10 OK's* → 12 OK's op termijn
 - Verplaatsing CSA
 - Kliniek: meer isolatiekamers
- Verbouwde IC/MC/AOA in combinatie met verkoop/recovery
- Dure beeldvorming v.b. PET CT
- Dagbehandelingen (moderne aanpak)
- Flexibele Poli's e/o themapoli's
- Inzet op bouw F-gebouw voor HAP, zorgcoördinatie -centrum regio, huurder GE, flex werkplekken en vergaderruimtes
- Nieuwbouw van Leythenrode met veel aandacht voor synergie met revalidatie en ziekenhuis

Afscheid van:

- Aantal poliklinieken (i.v.m. ruimtebeslag)
- Woonflat op afzienbare termijn

Onderzoeken:

- Uitdunnen 4 bedskamers, meer isolatiekamers en/of ruimte voor groei druk op kliniek?

Beelden locatie Alphen aan den Rijn

Nieuw/wat blijft:

- Flexibele goed geoutilleerde poli's:
minimaal 60% regio naar Alphen
- Als ZBC werkende OK'S
 - Oogheelkunde
 - Pijnbehandelingen
 - Liesbreukencentrum
 - etc.
- Dagbehandelingen dermatologie
- Herstelgerichte zorg & woonzorg
- HAP
- Dialyse

Afscheid van:

- Afwezigheid van de grote vakken op de flanken. In te delen per patiëntenstroom.
- Leegstand verhuurde ruimten

Onderzoeken:

- Welke beeldvorming nodig?

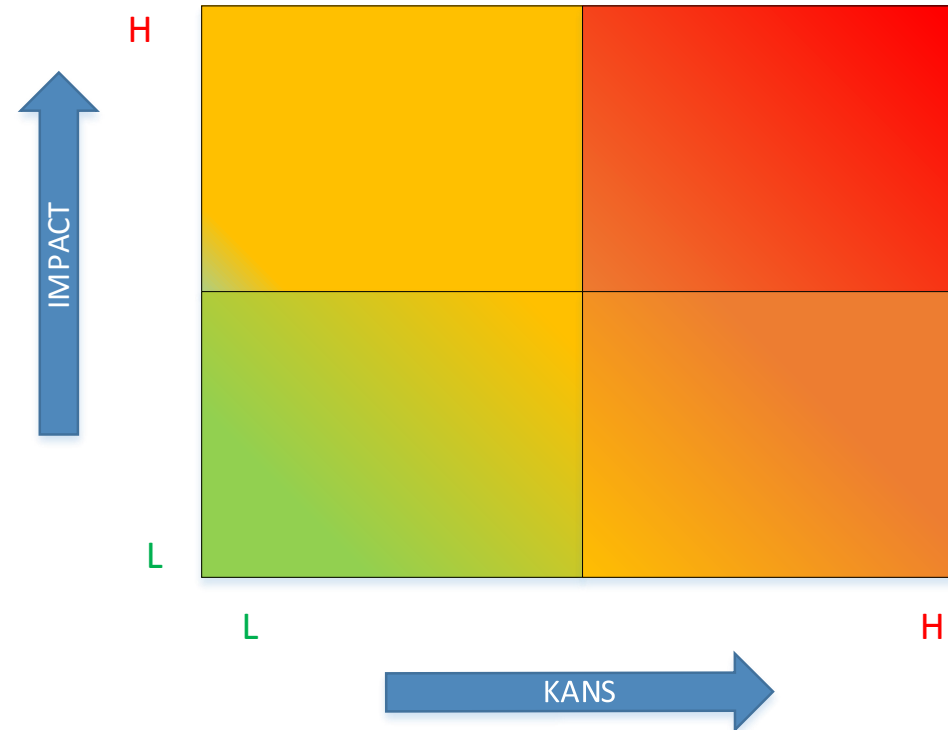
Tenslotte

Niet opgenomen als strategische ambitie, want dat vinden wij bij Alrijne al vanzelfsprekend...

- Wij werken professioneel
- Wij zijn transparant over hoe wij werken en leggen hierover verantwoording af
- Wij zijn een maatschappelijke onderneming en gaan als een goede rentmeester om met middelen die ons voor onze maatschappelijke taken beschikbaar worden gesteld
- Wij hebben respect voor onze omgeving en dragen daarom bij aan de klimaatdoelstellingen. Wij zetten ons in voor het terugbrengen van onze ecologische footprint (duurzaamheid).

Strategische risico's & classificatie

- A. 'Change' & cultuur (mens én proces): binnen Alrijne verloopt het uitvoeren van grote veranderopdrachten niet altijd moeiteloos
- B. Keuze zorgprofiel
- C1. Arbeidsmarkt
- C2. Werkomstandigheden ICT
- D1. Digitale vaardigheid
- D2. ICT infrastructuur
- E1. Executiekraacht door onvoldoende middelen
- E2. Niet goed kunnen managen van zorgvraag
- F. Cultuurverschil woonzorg en ziekenhuis



Relatie risico's & ambities/doelen

Risico	Ambitie(s)
A. Change	Ambitie 1: Oprechte aandacht Ambitie 3: Goed zorgen voor collega's
B. Keuze zorgprofiel	Ambitie 1: Oprechte aandacht Ambitie 2: Beste zorg/-plek in de regio op juiste moment
C1. Arbeidsmarkt C2. Werkomstandigheden ICT	Ambitie 1: Oprechte aandacht Ambitie 3: Goed zorgen voor collega's
D1. Digitale vaardigheid D2. ICT infrastructuur	Ambitie 3: Goed zorgen voor collega's Ambitie 4: Digitale zorg is vanzelfsprekend
E1. Executiekracht E2. Niet goed kunnen managen zorgvraag	Ambitie 2: Beste zorg/-plek in de regio op juiste moment
F. Cultuurverschil woonzorg en ziekenhuis	Ambitie 1: Oprechte aandacht Ambitie 3: Goed zorgen voor collega's Ambitie 5: Optimale en duurzame inzet van mensen/middelen/locaties

Ambitie	vs aantal x
1	4x
2	2x
3	4x
4	1x
5	1x

Dagelijkse problemen vragen ook aandacht

- We gaan aan de slag met de strategie
- Maar er zijn ook zaken waar we dagelijks last van hebben, die mogen niet ondergesneeuwd raken:
 - PTO: betere informatie bij overdracht
 - MO: betere werkplekken, meer regelruimte, betere ICT
 - Optimalisatieproject HIX: terugdringen van registratielast bij medewerkers (optimaal EPD-gebruik, registratie aan de bron)
 - Afmaken ICT infrastructuur
 - Verzuim en vacatures
 - BI/data: we hebben betere informatie nodig over wat we doen, zodat we gerichtere antwoorden krijgen op vragen
 - Huidige digitale innovaties uitrollen: e-consult, e-recept
 - Beter managen van onze afhankelijkheid van digitale/technische hulpmiddelen bij verstoringen
- In onze jaarplan systematiek moet er een goede balans zijn tussen "basis op orde" en de nieuwe strategie

Samenvatting

Samenvatting

- Alrijne wil zorg bieden met oprechte aandacht voor de mens
- In 2040 zal de zorgvraag in onze regio enorm toenemen door ondermeer het verdubbelen van het aantal kwetsbare ouderen met bijpassende ziektebeelden. Wij bereiden ons in de periode 2020-2025 hierop voor door anders te gaan werken, anders te organiseren en anders samen te werken.
- Wij zetten in op vijf strategische ambities: zorg met oprechte aandacht voor de mens, beste zorg op de beste plek, goed zorgen voor onze collega's, digitale zorg is vanzelfsprekend onderdeel van onze zorg en optimale en duurzame inzet van mensen, middelen en locaties
- In een aantal ziektebeelden voorzien wij een grote groei in zorgkosten, waarvoor wij door het toepassen van 5 manieren van aanpak ruimte zullen maken
- Wij richten een veranderorganisatie in, waarin wij samen de vijf strategische ambities gaan realiseren
- Om de ambities te kunnen realiseren is het nodig om onze wijze van aansturen van de organisatie, onze overlegvormen en de financiële prikkels in de organisatie anders in te richten

Vragen?
rvb@alrijne.nl