



Nieuwsbrief Unit Zorginnovatie

Nieuwsbrief nummer 422, 19 december 2010

VERLOSKUNDIG UTRECHT VINDT ELKAAR

Tien eerstelijnsverloskundigen, acht gynaecologen, twee adviseurs van Raedelij (de Utrechtse Ros) en ondergetekende kwamen op 14 december bijeen om voor de stad Utrecht en randgemeenten een verloskundig platform op te richten. Dat gaat zich richten op verbetering van de kwaliteit van de verloskundige zorg. De eerste activiteit wordt het standaardiseren van afspraken over 1. Doorverwijzen van zwangeren van de eerste naar de tweedelijns en 2. Consultatie van gynaecologen door de eerstelijns. De bijeenkomst verliep enthousiast en in volle harmonie. De vroedvrouwen hadden het initiatief genomen en de gynaecologen uitgenodigd. Tot zover dit bericht. In Roosendaal staat het Centrum voor Verloskunde ROOS. Het staat aan de rand van het terrein van het Franciscus Ziekenhuis. Het heeft letterlijk een eigen uitstraling: grote neonletters aan de gevel geven de naam aan. **Eerstelijnsverloskundigen runnen dat centrum. Zij bieden Roosendaalse zwangeren de keuze: thuisbevallen of in het verloskundig centrum.** Indien tijdens de baring in het centrum iets misgaat, roepen de vroedvrouwen een gynaecoloog er bij. Desnoods gaat de kraamvrouw op een brancard binnendoor naar de ziekenhuisafdeling obstetrie of rechtstreeks naar de Operatiekamer. Tal van samenwerkingsafspraken en data registraties ondersteunen deze nieuwe wijze van werken, sinds het Centrum voor Verloskunde Roos begin 2010 van start ging. Volgens bedrijfskundige Jan Oostenbrink, die het centrum ontwierp samen met tal van eerste- en tweedelijns professionals, leidt het centrum tot veiliger eerstelijnszorg en minder ziekenhuisopnamen. Roosendaalse zwangeren kiezen soms voor een thuis- en soms voor een centrumbevalling. Ze behouden hun eigen verloskundige, ook als ze kiezen voor ROOS. Het business model is ook aantrekkelijk: de eerstelijnsverloskundigen behouden hun omzet. De genoemde Jan Oostenbrink is auteur van hoofdstuk 16 van het Zorgpadenboek, dat op 28 januari 2011 uitkomt tijdens het Zorgpadencongres op de Universiteit Utrecht. Hij geeft dan een workshop over zijn bloeiende ROOS. Wil je naar dit congres vol goede voorbeelden over zorgpaden in, naar en vanuit ziekenhuizen? Surf dan naar www.unitzorginnovatie.nl klik op aankomende congressen en meld je aan.

HUISARTS GEEFT LEIDING AAN EERSTELIJN: JA MAAR ...

In het Handboek "Leadership and Medicine" geeft de Amerikaanse arts Floyd Loop drie taken aan, die horen bij medisch leiderschap: 1. Visie-ontwikkeling voor de middellange termijn 2. Het aantrekken en behouden van goede artsen en andere professionals en 3. Het borgen en bevorderen van de kwaliteit van zorg. De laatste jaren is de behoefte aan leiderschap van huisartsen toegenomen, omdat het aantal organisatorische verbanden is gegroeid. Er kwamen 1. Meer en grotere stichtingen die gezondheidscentra runnen 2. Coöperaties en stichtingen die meestal over meerdere huisartsenposten gaan en 3. Coöperaties, BV's en stichtingen die zorggroepen aansturen. De opkomst hiervan betekent dat het concept van huisarts als kleine middenstander niet meer voldoende is. Er bestaat thans behoefte aan leidinggevende huisartsen bij grotere organisaties. Die moeten dan de taken oppakken die Floyd Loop in zijn makkelijk leesbare handboek uitwerkt. Die moeten geen namaak-economen worden, die zich storten op productie draaien en begrotingsbewaking. Ik kan mij voorstellen dat de drie genoemde organisatievormen (gezondheidscentra, huisartsenposten, zorggroepen en ook de nog niet genoemde huisartsenlaboratoria) gezamenlijk visie ontwikkelen op de toekomst van de eerstelijns in bijvoorbeeld het jaar 2020. Al deze gedachten sprak ik uit tijdens een inleiding voor 130 huisartsen uit Amersfoort en omgeving. Dat was op 9 december. Eerder deed ik dat in een artikel voor Medisch Contact samen met de huisartsen Lucas Fraza en Joop Raams. Tot zover dit bericht. Ik ben al een jaar op zoek naar een huisartsenregio, die met mij een visie ontwikkelt op de eerstelijns, waarin (bekostiging van) chronische zorg, zelfmanagement van patiënten, andere eerstelijnsdisciplines, taakherschikking, telezorg, anderhalfdelijnszorg en de genoemde structuren een plaats hebben naast al het goede dat reeds bestaat sinds in de jaren zestig van de vorige eeuw huisartsen zichzelf opnieuw uitvonden. Hebben jullie ambitie om in 2011 zo'n visie te ontwikkelen? Weet mij dan te vinden op a.j.p.schrijvers@umcutrecht.nl.

UTRECHT IS FAVORIETE GEBORTEPLAATS

Komt een zwangere uit de Utrechtse wijk Leidsche Rijn in tranen voor de tweede keer bij haar verloskundige. Haar man wil niet dat zij in geval van nood in het Antonius Ziekenhuis Nieuwegein bevalt. Want dan komt in het paspoort van zijn kind te staan, dat het geboren is in Nieuwegein. Dat wil haar man niet: hij zelf, zijn vader en diens grootvader zijn geboren Utrechtse. De zwangere zelf maakt het niet uit: zij wil alleen maar een gezond kind ter wereld brengen, eventueel in Nieuwegein. De verloskundige zit met een dubbele loyaliteit. Zij werkt in een Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV) met de Antonius gynaecologen. Daarom heeft zij bij het eerste bezoek uitgelegd, dat de zwangere in geval van nood in Nieuwegein terecht kan. Tijdens het tweede bezoek is de verloskundige solidair met de zwangere en respecteert zij de keuzevrijheid van de patiënt. Zij belooft haar naar een Utrecht ziekenhuis te verwijzen als dat nodig mocht blijken. Zij wijst de zwangere niet op de leugen om bestwil van gewoon aangifte doen bij de burgerlijke stand van de gemeente Utrecht: die controleert niet of het kind echt wel in Utrecht is geboren. Op 14 december vernam ik dit verhaal van een van de verloskundigen die deelnam aan de oprichting van het Verloskundig Platform Utrecht. Ik was verbaasd over het gedrag van de vader. Ik vond hem een eigenheimer. Navraag die avond bij andere professionals leerde mij dat de casus niet exceptioneel is en vaker voorkomt. Terugfietsen naar huis realiseerde ik mij, dat ik zelf trots erop ben dat in mijn paspoort staat dat ik geboren ben in Amsterdam en niet in een naburig dorp als Diemen. Ook schoot mij te binnen dat in de Tweede Wereldoorlog prinses Margriet werd geboren in een Canadees ziekenhuis. Dat werd toen even tot Nederlands grondgebied verklaard. Ik vraag mij af, welke geboorteplaats in haar paspoort staat. Nieuwsbrieflezers, wat vinden jullie van dit verhaal? Zijn alleen Utrechtse vaders zo overdreven trots op hun geboorteplaats?

AWBZ ONTPLOFT ZONDER INDICATIESTELLING

De publieke opinie wil af van de indicatiestelling voor de AWBZ. Want dat is allemaal bureaucratie. De opinie wordt gevoed door huisartsen, Medisch Contact, sommige zorgverzekeraars en politieke partijen als de VVD en de SP. De voorkeur gaat uit naar het zorg-op-recept model. Daarin schrijven huisartsen of specialisten thuiszorg, verzorgingshuisverblijf of verpleeghuisopnamen voor zoals zij ook medicatie voorschrijven: even een receptenbriefje ondertekenen en ga je zorg maar halen bij de plaatselijke zorgaanbieder. In Zwitserland bestaat dit systeem. Daar schrijven huisartsen op deze wijze verpleging en verzorging voor. Zwitserse zorgverzekeraars, gemeenteraden en nationale instanties klagen over de kostenstijging die dit model inhoudt. Burgers protesteren over hogere premies voor belastingen en sociale verzekeringen. Ik verwacht dat de AWBZ ontploft in 2012 als de regering in 2011 de indicatiestelling afschaft en vervangt door het zorg-op-recept model. Beter is het als de AWBZ geleidelijk wordt ontdaan van 1. Medische behandeling zoals revalidatie die nu overgaat naar de Zorgverzekeringswet 2. Wonen waarvan de betaling overgaat naar de burger zelf of naar de huursubsidie 3. Activerende en ondersteunende begeleiding (naar de Wet Maatschappelijke

Ondersteuning) . Wat dan overblijft is verzorging en verpleging achter de voordeur of in een 24-uursvoorziening. Die komt dan na indicatiestelling rechtstreeks beschikbaar voor burgers met beperkingen. En niet alleen maar via aanbieders. Zie hiervoor het volgende bericht. Ik kwam tot deze bevinding in de afgelopen weken na lezing van het regeerakkoord en indringende gesprekken met collega's met expertise over de AWBZ. Wil je weten hoe de AWBZ functioneert in andere landen zoals Zwitserland? Surf dan naar www.zorginnovatie.nl klik op 'Publicaties' en lees het rapport "Hoe komt de burger in Europa aan zorg?", geschreven door de gelukkig weer herstellende auteur Johan Eijlders. Wil je de laatste stand weten van de wetenschappelijke, professionele en politieke discussie over indicatiestelling en AWBZ? Kom dan op 7 april naar een congres hierover. Daar komen ook tal van goede voorbeelden naar voren van goede en goedkope AWBZ-zorg en indicatiestelling. Surf naar www.unitzorginnovatie.nl en klik op 'Aankomende congressen'.

ZELFINDICATIE DOOR BURGERS IS GROOT SUCCES

De politieke en professionele discussie gaat dezer maanden over het overbrengen van de indicatiestelling van het Centrum Indicatiestelling naar zorgaanbieders zoals huisartsen, ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Deze discussie is terecht. Genoemde professionals doen al vele herindicaties. Vele vormen van kortdurende zorg worden al geïndiceerd door zorgaanbieders. Aan de andere kant is de zelfindicatie door burgers (meestal familieleden van patiënten) ook een groot succes. Zonder tussenkomst van een zorgaanbieder vragen zij via het internet een indicatie aan voor verpleging of verzorging. Via die weg vragen zij zowel zorg in natura als een persoonsgebonden budget aan. Een simpel software programma, even moeilijk als het tegenwoordige elektronische belastingbiljet, wijst de weg. Voordat er een indicatiebesluit via het internet binnen enkele dagen terugkomt, weten aanvragers al of toestemming voor de gevraagde zorg waarschijnlijk is. Het aantal digitale aanvragers neemt enorm toe. Na ontvangst van het indicatiebesluit gaan zij shoppen bij zorgaanbieders. Beleidsinstanties en parlement klagen over de complexiteit van de regels voor de indicatiestelling. Die complexiteit is niet te ontkennen. Wie de CIZ Indicatielijzer 2010 raadpleegt, krijgt een boekwerk onder ogen van circa 200 pagina's. Toch is vanwege de verdelende rechtvaardigheid en ter vermijding van willekeur door zorgaanbieder nodig om landelijke regels te hanteren. Dankzij een goede zoekmachine en navigator op de website van het CIZ blijkt een elektronische aanvraag voor een indicatiestelling eenvoudig te zijn voor de modale burger. Want burgers hebben alleen te maken met die regels en standaarden over hun eigen ziektebeeld en zorgbehoefte. Zelf vind ik de indicatieregels lijken op de NHG-standaarden voor huisartsen: die bepalen ook welke patiënt welke zorg wel en niet krijgt. De boeken daarover komen ook op honderden pagina's uit. Tot zover dit bericht opgetekend na ontvangst en lezing van het CIZ jaarverslag en de CIZ Indicatielijzer 3.0 over 2010. Wil je de laatste stand weten van de wetenschappelijke, professionele en politieke discussie over indicatiestelling en AWBZ? Kom dan op 7 april naar een congres hierover. Daar komen ook tal van goede voorbeelden naar voren van goede en goedkope AWBZ-zorg en indicatiestelling. Surf naar www.unitzorginnovatie.nl en klik op 'Aankomende congressen'.

ZEEUWSE JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN HEBBEN EEN NAAM

In afgelegen Zeeuwse dorpen doen jeugdverpleegkundigen alle consultatiebureaus vanaf de geboorte tot en met tegenwoordig de consulten tijdens het basisonderwijs. Vrijwel altijd ziet dezelfde verpleegkundige kinderen en ouders die in zo'n dorp vaak lang blijven wonen. Dat betekent dat zij jonge gezinnen met twee, drie kinderen vaak vele keren per jaar ontmoet. En ook eens kan navragen hoe het met het kindje is waarvoor de ouders eigenlijk niet op het spreekuur komen. Daardoor ontstaat tussen ouders en jeugdverpleegkundige een persoonlijke band zeg maar een vertrouwensrelatie. De jeugdverpleegkundige krijgt een eigen voor- en achternaam net zoals de schoolmeester en de huisarts. Jeugdverpleegkundigen zijn trots om in zo'n Zeeuws dorp te functioneren. Ze worden bij de supermarkt herkend, nog jaren later als de kinderen intussen al groot zijn. In de Zeeuwse grotere steden functioneert dit Named Nurse Model niet meer. De jeugdverpleegkundigen draaien daar per wijk hun consultatiebureaus. Gezinnen die verhuizen naar andere wijken (en dat gebeurt vaak als het gezinsinkomen daalt of stijgt) krijgen automatisch een andere jeugdverpleegkundige. Binnen een wijk doen sommige jeugdverpleegkundigen vooral zuigelingenbureaus, andere vooral peuterbureaus en weer andere de kleuterbureaus. Van continuïteit-in-persoon is dan nauwelijks sprake. Bovendien werken vele jeugdverpleegkundigen parttime. In Vlaanderen werken jeugdverpleegkundigen zelfstandig of in een organisatie. Zij hebben wel een eigen praktijk. Ouders kiezen voor een specifieke jeugdarts en jeugdverpleegkundige, zoals gezinnen ook hun eigen huisarts en basisschool kiezen. Het voordeel van dit named nursing is, is de persoonlijke band gedurende meerdere jaren. Het nadeel is, dat de contacten met peuterspeelzalen en basisscholen minimaal wordt: Want alle ouders van de kinderen hebben andere jeugdverpleegkundigen. Dan is ene zorgoverleg niet meer te realiseren. Dit onderwerp kwam aan de orde tijdens een ontmoeting van ondergetekende met Zeeuwse, leidinggevende jeugdverpleegkundigen en managers in Goes. Die vond plaats tijdens een stuurgroepvergadering op maandag 13 december over een grote Julius trial (in vakjargon: de VOBOS studie) rond vroegtijdige ontdekking van opvoed- en opgroei problemen bij achttien maand oude peuters. We brainstormden over vervolgstudies. Wellicht is een experiment mogelijk om iets van het named nursing model terug te krijgen in de Zeeuwse grote steden: in de dorpen bestaat dit nog en Vlaanderen is dichtbij als rolmodel. In 2011 gaan we in de Stuurgroep verder brainstormen. Tot zover dit bericht. Op 22 maart 2011 start de Julius Masterclass leiding geven aan professionals in een Centrum voor Jeugd en Gezin. Daarin krijgt het organiseren van continuïteit-in-persoon van jeugdverpleegkundigen zoals in de Zeeuwse dorpen ook aandacht. Andere thema's zijn: internationale ontwikkelingen, ontwikkelingen in het jeugdbeleid, doelstellingen Centra voor jeugd en Gezin (CJG's), het takenpakket van de CJG's, CJG's en financiën, het schrijven van een beleidsnota, een excursie naar een CJG, CJG's en de bureaus Jeugdzorg, CJG's en de eerstelijns, CJG's en inzicht in doelgroepen, veranderingmanagement en business cases, persoonlijk leiderschap, afsluiting en eindopdrachten van cursisten. De cursus eindigt op 5 juli 2011 en omvat twaalf bijeenkomsten. Elke bijeenkomst vindt plaats op een dinsdagmiddag van 15.00 -19.00 uur in Utrecht. De opbouw per bijeenkomst is meestal als volgt: 1. Inbreng van casuïstiek door twee van de maximaal achttien deelnemers. 2. Interactief college door een ervaren docent uit de praktijk 3. Een kleine maaltijd (snack) 4. Een training vaardigheden of een theoretisch college. Alle bijeenkomsten vinden plaats in Utrecht. Je arriveert en vertrekt uit Utrecht buiten de spitsuren. Cursusleiders zijn ondergetekende en Annemiek van Woudenberg, arts Maatschappij en Gezondheid, auteur van een handboek over Centra voor Jeugd en Gezin en oprichter van vele CJG's in de Gemeente Amsterdam en daarbuiten. De cursus is geschikt voor CJG managers, hogere gemeente ambtenaren met CJG's in hun portefeuille, ervaren opvoedondersteuners die samenwerking met andere disciplines op gang brengen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die collega's aansturen en al die anderen die leiding geven aan samenwerking tussen jeugdprofessionals.

CENTRUM INDICATIESTELLING ZORG LEVERT ZORGHELD VAN HET JAAR 2010

Drieduizend ernstig chronisch zieke kinderen krijgen sinds 2010 zorg thuis op kosten van de AWBZ. Eigenlijk zou zij zorg moeten krijgen vanuit de Zorgverzekeringswet, want hun zorg is vooral medisch technisch van aard en betreft bijvoorbeeld chronische beademing. De zorg aan een van de 3000 kinderen kost de samenleving 500.000 euro. Want er moeten continu verpleegkundigen aanwezig zijn bij de beademing. In vakbladen kwam het dilemma naar voren. Ouders werden gedwongen hun kind op de intensive care van een ziekenhuis te laten opnemen. Thuiszorg was niet meer mogelijk sinds de komst van de Zorgverzekeringswet. Staatssecretaris Jet Bussemaker vroeg toen aan het Centrum Indicatiestelling Zorg om te regelen dat de 3000 kinderen voortaan weer thuis konden verblijven. Thea Leeuwangh kreeg de taak deze klus te klaren. Zij overlegden met vele kindershospices en kinder-IC's, bedacht een robuuste manier voor de onderbouwing van de kosten per kind en voor een zorgvuldige indicatiestelling. De grootste uitdaging was het op één lijn krijgen van diverse professionals die de zorg aan deze kinderen bieden. Dat is gelukt met degelijk rekenwerk, begaafd veranderingsmanagement en bevologenheid van Leeuwangh. Zij is op dinsdag 23 november in

Diemen uitgeroepen tot Zorgheld 2010. Naast Thea werden ook Mark Wesseling van Lentis en Ruud Jonkman van Thuiszorg Rotterdam genomineerd voor de titel in de categorie 'Meer tijd voor de cliënt'. Een groot deel van de bijna 3000 stemmers, vond echter dat Thea de grootste bijdrage heeft geleverd aan het verbeteren van de zorg. Zij zorgde er namelijk voor dat ruim 3000 chronisch zieke kinderen die eerst buiten de boot vielen, nu toch thuis de juiste zorg krijgen. Behalve een oorkonde van VWS kreeg zij ook een album vol kindertekeningen van een aantal van de betrokken ouders. In het dagelijkse leven is de bescheiden Leeuwangh ontwerper en bedenker van het aansprakenbesluit voor de AWBZ. Trots vertelde zij aan ondergetekende op 14 december, dat de begrippen mantelzorg, gebruikelijke zorg en respijtzorg voor het eerst in het genoemde aansprakenbesluit zijn gedefinieerd en precies uitgewerkt. Dat besluit kwam een paar dagen eerder uit. Tot zover dit bericht. Op 7 april houden genoemde Leeuwangh en ondergetekende een workshop over de begrippen mantelzorg, gebruikelijke zorg en respijtzorg. Ik verheug mij op deze workshop. Als leerling van mantelzorg grondlegger Hattinga Verschure blijft het begrip mij bezig houden omdat het de grens aangeeft tussen wat mensen voor elkaar doen en wanneer de samenleving moet inspringen.. Wil jij aan deze workshop deelnemen? Wil jij in één dag op de hoogte komen van alle recente ontwikkelingen met indicatiestelling en de AWBZ? Kom dan op 7 april naar een congres hierover. Daar komen ook tal van goede voorbeelden naar voren van goede en goedkope AWBZ-zorg en indicatiestelling. Surf naar www.unitzorginnovatie.nl en klik op aankomende congressen, meld je aan en doe nieuwe kennis(en) op.

STUDENT GEZOCHT DIE CHRONISCHE ZORG IN 2020 IN KAART BRENGT

Op 1 juli 2011 vindt het zesde nationale congres over ketenzorg aan chronische patiënten plaats. Een van de thema's is de vraag hoe de bekostiging van deze zorg er in het jaar 2020 uit gaat zien. Ter voorbereiding van het congres zoeken wij een student die bestaande getallen bij elkaar brengt over de chronische zorg in 2020. Hoeveel zieken zijn er dan? Hoeveel verblijven er dan gewoon thuis bij ongewijzigd beleid met steun van de eerstelijns, de thuiszorg, het ziekenhuis en van andere zorgaanbieders? Hoeveel verblijven er dan bij ongewijzigd beleid in 24 uursvoorzieningen van ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, verzorgingshuizen, verpleeghuizen en hospices? Wat gaan de kosten van zorg aan chronische patiënten worden? Zijn er wel voldoende huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en mantelzorgers om hulp te bieden? Veranderen de kosten en het zorggebruik bij toepassing van zorginnovaties en keten-DBC's ten opzichte van een ongewijzigd beleid scenario? Deze vragen zou een student moeten beantwoorden gedurende een stage van drie maanden. Je wordt begeleid door leidinggevend Julius onderzoeker dr. Henk van Stel. Hij en ikzelf gaan jou de beginselen leren van Systeem Dynamisch Modelleren. Want dat is nodig als je een samenhangende schatting wilt maken over de zorg in 2020 uitgaande van steeds weer andere zorgmodellen. Studeer jij geneeskunde, gezondheidswetenschappen of een vergelijkbare studie? Neem dan contact op met Henk van Stel op H.vanStel@umcutrecht.nl.

NEDERLAND BEZOECT KAISER PERMANENTE VAN 8 - 16 OKTOBER 2011

Vergrijzing en de groei van het aantal chronisch zieken zet de zorg op de kop. Verdergaande substitutie van de tweede naar de eerste lijn, taakherschikking, integraal aanbieden van zorg, ontstaan van zorggroepen en wijkgerichte zorg, meer focus op preventie, een mondiger patiënt met meer informatie die toenemend actief worden steeds belangrijker. En dat in tijden van bezuiniging waarbij ook veiligheid en kwaliteit hoog op de agenda staan van overheid, zorgverzekeraars en patiënten. Geen wonder dat het onrustig is in 'het veld'. In plaats van reactie heeft de zorg behoefte aan visie-ontwikkeling in de eerste, tweede en derde lijn. We moeten als sector niet het wiel gaan uitvinden maar eerst eens 'over de grens' gaan kijken. Daarom organiseren dr. Henk van der Steeg en reisorganisator Ger Demker een studiereis naar Kaiser Permanente en Minneapolis. Naar Kaiser Permanente omdat daar dokters 'in the lead' zijn die leiderschap en kwaliteit hoog in het vaandel dragen. Naar Minneapolis omdat daar het Veteran Medical Center en de Minnesota Hospital Association een voortrekkersrol vervullen op het gebied van patiëntveiligheid. De reis is bedoeld voor huisartsen en medisch specialisten, medisch managers, directies van ziekenhuizen, gezondheidscentra en huisartsenposten, vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars, leidinggevend van VWS, en beleidsmakers. Het aantal deelnemers is maximaal 30. Wie zich wilt laten inspireren door de wijze waarop gerenommeerde instellingen omgaan met chronisch zieken en met kwaliteit en veiligheid, maakt deze reis mee. Je kunt je opgeven of verdere informatie ontvangen over deze reis bij Henk van der Steeg hvdsteeg@euronet.nl of Ger Demper gerdemper@detra.nl.

GEZOND 2011 TOEGEWENST VOOR JOUZELF EN JE GELIEFDEN

De Unit Zorginnovatie sluit een vruchtbaar 2010 af. We publiceerden veel, gaven veel onderwijs en waren betrokken bij maar liefst 28 zorginnovaties op het UMC Utrecht en daarbuiten. Financieel draaiden we prima. Alle contacten met jullie, Nieuwsbrieflezers en andere relaties, waren fascinerend. Ik zit nu bijna veertig jaar in het vak en nog steeds ervaar ik elke week als nieuw. In de Nieuwsbrief maakte ik jullie deelgenoot van deze ervaringen. In 2011 staan mijn medewerkers en ik weer klaar met onderzoek en onderwijs. Ik wens jullie en je naasten een gezond 2011 thuis toe. Ik ga een week met mijn dierbaren in Marokko vakantie vieren. De eerstkomende Nieuwsbrief van 2011 komt uit op zondag 9 januari.

VERANTWOORDING

Hierbij ontvang je de wekelijkse Nieuwsbrief van de Unit Zorginnovatie van het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde. Wil je meer weten over een bericht? Neem dan contact op via zinieuwsbrief@umcutrecht.nl. Wil je de nieuwsbrief verspreiden onder collega's, doe dat. Je collega's kunnen zich ook inschrijven voor rechtstreekse toezending. In- en uitschrijven voor de nieuwsbrief, evenals het bijwerken van je inschrijfggegevens kan via de buttons onderaan de nieuwsbrief.

De nieuwsbrief is gericht aan relaties van de Unit Zorginnovatie: collega's binnen en buiten het Julius Centrum, pao- en keuzeblokstudenten, gastdocenten, stageverleners aan co-assistenten Sociale Geneeskunde, onderzoeksrelaties, subsidiënten en overigen die geïnteresseerd zijn in Utrechts onderwijs op het gebied van de Volksgezondheid en in onderzoek naar zorginnovaties, ketenzorg en transmurale zorg. De Nieuwsbrief verschijnt wekelijks op zondag of maandag. Eerdere edities tref je aan op www.integratedcare.nl.

Heb je belangstelling voor nieuws over ketenzorg en zorginnovaties in het buitenland? Surf dan naar de website van het International Network of Integrated Care www.integratedcarenetwork.org. Wil je wetenschappelijke artikelen lezen over deze onderwerpen? Lees dan het peer reviewed internettijdschrift International Journal of Integrated Care op www.ijic.org. Dit is een gratis tijdschrift, dat online publiceert en is opgenomen in Pubmed. Ook submissions van conceptartikelen zijn welkom.

Opsteller van deze nieuwsbrief is:

Guus Schrijvers
Hoogleraar Public Health, in het bijzonder Structuur en Functioneren van de Gezondheidszorg
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde
Universitair Medisch Centrum Utrecht
E-mail: a.j.p.schrijvers@umcutrecht.nl
Telefoon: 088 755 9356



Universitair Medisch Centrum
Utrecht

De informatie opgenomen in dit bericht kan vertrouwelijk zijn en is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Indien u dit bericht onterecht ontvangt, wordt u verzocht de inhoud niet te gebruiken en de afzender direct te informeren door het bericht te retourneren. Het Universitair Medisch Centrum Utrecht is een publiekrechtelijke rechtspersoon in de zin van de W.H.W. (Wet Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek) en staat geregistreerd bij de Kamer van Koophandel voor Midden-Nederland onder nr. 30244197.

Denk s.v.p aan het milieu voor u deze e-mail afdrukt.

This message may contain confidential information and is intended exclusively for the addressee. If you receive this message unintentionally, please do not use the contents but notify the sender immediately by return e-mail. University Medical Center Utrecht is a legal person by public law and is registered at the Chamber of Commerce for Midden-Nederland under no. 30244197.

Please consider the environment before printing this e-mail.