

NU ZORG(EN) VOOR MORGEN

Schetsen voor een routekaart naar
Maatschappelijk Verantwoord
Ondernemen in de Zorgsector



Yvonne Knegt
september 2011



Colofon

Titel:

NU ZORG(EN) VOOR MORGEN Schetsen voor een routekaart naar Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in de Zorgsector

Auteur:

Yvonne Knecht, NIGZ

Adviseurs:

Pieter van der Ploeg, MVO Nederland

Adriaan van Engelen, Daan Bording, Milieu Platform Zorgsector

Wendy Reijmerink, Denijs Guijt, Peter Schouten, ZonMW

Geesje Tomassen, Hedzer Fijlstra, Noelle de Jong, Michelle de Groot, gezondheidsinstituut NIGZ

Redacteur:

Silvia de Ruiter, NIGZ

Uitgave:

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Woerden.

Editie:

1^e druk

Bestelwijze:

Deze uitgave is te bestellen bij het NIGZ, afdeling Klantenservice. Adres: Klantenservice

NIGZ, Postbus 500, 3440 AM Woerden. Telefoon: (0348) 43 76 00, (0348) 43 76 66

E-mail: klantenservice@nigz.nl, www.nigz.nl

De review is gratis te downloaden via de winkel van het NIGZ: www.nigz.nl en via de websites van MVO Nederland, MPZ en ZonMw.

Voorwoord

Het wezenlijke van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO) is het verbinden van de thema's mensen, milieu en bedrijfsvoering, ofwel People, Planet and Profit. Het doel is kwaliteit van leven in een leefbare omgeving te bereiken. MVO gaat in feite om het herdefiniëren van het begrip winst, om verschuiven van paradigma's binnen bedrijven, instellingen en organisaties. Menselijk geluk moet onderdeel worden van de winst- en verliesrekening. Bedrijven zijn altijd de motor van sociale en economische ontwikkelingen geweest en daarom essentieel voor het ontwikkelen van dergelijke nieuwe inzichten.

Gezondheid en duurzaamheid zijn naadloos aansluitende begrippen. Gezondheid gaat over goed leven en duurzaamheid over een leefbare omgeving voor ons en toekomstige generaties. De vier organisaties, ZonMw, Milieu Platform Zorgsector, MVO Nederland en het gezondheidsinstituut NIGZ, die het initiatief namen voor de routekaart Nu Zorg(en) voor Morgen, hebben elkaar gevonden omdat ze deze visie delen.

De sector gezondheidszorg heeft een bijzondere plaats in de samenleving omdat kwaliteit van leven van patiënten of cliënten de reden van bestaan is van instellingen in de zorg. Je zou denken: per definitie onderneemt men in de zorg op een maatschappelijke manier. Toch is er veel ruimte voor verbetering. Kwaliteit van leven van patiënten kan meer aandacht krijgen, naast behandeling van ziekten: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, noemt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg dat. Kwaliteit van werken in de zorg kan verbeteren: duurzame inzet van personeel moet worden bevorderd om dreigende personeelstekorten in de zorg te bestrijden. Instellingen in de zorg kunnen effectiever omgaan met hulpbronnen en aandacht schenken aan het leefmilieu, net zoals andere sectoren in de maatschappij. Wanneer er een systematische aanpak is, versterken de onderdelen elkaar, zodat het effect groter is dan de losse interventies. De term 'healing environment' valt hierbij regelmatig.

Deze routekaart geeft inspirerende voorbeelden van instellingen in de zorg die MVO in de praktijk brengen en geeft aanbevelingen hoe de route daar naar toe uitgezet kan worden. Ervaringen leren dat bestuurders en managers hierin het voortouw moeten nemen, omdat zij vanuit hun positie het overzicht over de organisatie hebben en de verbinding tussen de elementen van MVO tot stand kunnen brengen. Daarom is dit een oproep aan hen om aansluiting te zoeken bij een beweging die in andere bedrijfssectoren al veel verder doorgedrongen is in het bewustzijn van ondernemers. Gezien de kernopdracht van de gezondheidszorg om bij te dragen aan menselijk geluk, zou deze sector koploper moeten zijn in MVO. Dat moet in een korte periode van tijd te bereiken zijn als betrokkenen zich laten inspireren door de levende voorbeelden die in deze routekaart beschreven zijn.

Jaap Koot, directeur gezondheidsinstituut NIGZ

Willem Lageweg, directeur MVO Nederland

Adriaan van Engelen, directeur Milieu Platform Zorgsector

Henk Smid, directeur ZonMw

Inhoudsopgave

Voorwoord

Inleiding

Leeswijzer

1	Visie en noodzaak van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in de Zorg.....	1
1.1	De ambitie.....	1
1.2	Wat is Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen	3
1.3	De voordelen van MVO voor u	5
2	MVO in de Zorg langs de Planet-route	7
2.1	De Planet.....	7
2.2	Best practices	7
2.2.1.	Best practice Energiezorg	8
2.2.2.	Best practices Duurzame Inkoop	11
2.2.3.	Overige mogelijkheden voor MVO in de Zorg en Planet.....	14
3.	MVO in de Zorg langs de People-route	16
3.1	De People.....	16
3.2	Best practices	16
3.2.1.	Best Practices Duurzaam Personeelsbeleid	17
3.2.2.	Best practices Duurzaam Patiëntenbeleid.....	22
3.2.3.	<i>Maatschappelijk Betrokken Ondernemen (MBO)</i>	26
3.2.4	Overige mogelijkheden voor MVO in de Zorg en People.....	27
4.	MVO in de Zorg langs de Profit-route	28
4.1	De Profit	28
4.2	Best Practices.....	29
4.3	Overige mogelijkheden voor MVO in de Zorg en Profit.....	311
5.	MVO als transitietraject	32
5.1	Inleiding.....	32
5.2	Op reis willen.....	33
5.3	Routeplanners	33
5.3.1.	Visie.....	33
5.3.2.	Open Cultuur en nieuw leiderschap.....	34
5.3.3.	Exploratie en Agendabouw.....	34
5.3.4.	Deskundige Uitvoering.....	34
5.3.5.	Knippen en meten	35
5.3.6.	Evalueren	35
5.3.7.	Een nieuwe ronde	35

6. Op weg gaan.....	37
<i>Bijlagen</i>	38
Bijlage 1 - Wegwijzers voor uw MVO-project.....	40
Bijlage 2 - Overige best practices	44
Bijlage 3 - Relevante websites voor MVO	55
Bijlage 4 - Lijst Innovators	57
Bijlage 5 - Samenstelling Coalitie	58

Inleiding

- *Waarom loopt de zorgsector achter bij het bedrijfsleven als het om Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen gaat?*
- *Waarom heeft slechts 4% van de Raden van Bestuur van de zorginstellingen duurzaamheid op de agenda staan?*
- *En hoe komt het dat de rest van de zorginstellingen niet verwacht dat Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen en duurzaamheid de komende jaren een issue zullen worden?*
- *Hoe denkt de zorgsector haar steeds groter wordende problemen op te lossen?*
- *Is de zorgsector bereid structurele wijzigingen door te voeren, die duurzame oplossingen kunnen brengen voor de vele problemen waar de zorg mee kampt?*

Voor wie?

Voor u ligt een rapportage in de vorm van schetsen van een routekaart. De rapportage is geschreven voor u als zorgondernemer. Hij is bedoeld voor alle zorgondernemers die geloven dat de zorgsector anders kan worden georganiseerd, maar nog niet precies weten hoe. En voor de zorgondernemers die twijfelen en zich door 'best practices' willen laten overtuigen dat het daadwerkelijk anders kan: duurzamer en maatschappelijk verantwoord met behoud van kwaliteit van zorg en een gezonde exploitatie. Kortom voor de zorgondernemers die duurzaamheid een (meer prominente) plaats in de bedrijfsvoering willen geven of dat willen overwegen.

Voor deze zorgondernemers is deze rapportage bestemd!

Wat kunt u verwachten?

In deze rapportage worden de begrippen 'duurzaamheid' en 'Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen' (MVO) in de Zorg geconcretiseerd. Aan de hand van "best practices" wordt getoond hoe kwaliteitsverbetering van de zorg hand in hand kan gaan met een duurzamere aanpak van de zorg. Op initiatief van NIGZ, MVO Nederland, het Milieu Platform Zorgsector en ZonMw zijn in de periode januari t/m juli 2011 een aantal deelonderzoeken uitgevoerd door masterstudenten van de Vrije Universiteit Amsterdam. Deze hebben een aantal 'best practices' opgeleverd.

Deze rapportage, die op basis van de deelonderzoeken is ontwikkeld, beschrijft helder wat duurzame zorg is (visie), waarom het gewenst is ermee aan de slag te gaan (noodzaak), hoe dat gedaan kan worden (aansprekende voorbeelden), wat het oplevert (winst) en wat succesfactoren zijn (commitment). Tenslotte worden in de bijlagen praktische tools aangeboden en vindt u verwijzingen naar organisaties en websites voor verdere informatie.

Wat willen we bereiken?

Deze rapportage is het resultaat van een samenwerkingsverband tussen NIGZ, MVO Nederland, het Milieu Platform Zorgsector en ZonMw. Met deze rapportage hopen de samenwerkingspartijen te bewerkstelligen dat ondernemers in de zorgsector zich bewuster worden van het belang, de urgentie en de voordelen van duurzaam ondernemen. En dat zij Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen op de agenda gaan zetten en tot onderdeel van hun bedrijfsvoering gaan maken.

Leeswijzer

DE BESTEMMING Bent u geïnteresseerd in wat MVO nu eigenlijk is en wat MVO voor u als zorgondernemer kan betekenen?	Lees dan hoofdstuk 1 Visie en Noodzaak van MVO/duurzaamheid in de Zorg
ECOLOGISCHE ROUTES Wilt u weten hoe u duurzamer en zuiniger kunt omgaan met het gebruik van grondstoffen?	Lees dan hoofdstuk 2 MVO in de Zorg langs de Planet-route.
SOCIALE ROUTES Hebt u belangstelling voor de vraag hoe de zorg beter kan worden georganiseerd zodat de patiënttevredenheid toeneemt en het personeel duurzamer inzetbaar is?	Lees dan hoofdstuk 3 MVO in de Zorg langs de People-route
ECONOMISCHE ROUTES Wilt u vooral weten wat de consequenties van deze vernieuwende aanpakken zijn voor een gezonde bedrijfsvoering van uw organisatie?	Lees dan hoofdstuk 4 MVO in de Zorg langs de Profit-route
DE ROUTEPLANNER Ben u geïnteresseerd in de vraag hoe u in uw organisatie een veranderingsproces gericht op MVO kunt doorvoeren en wat daar allemaal bij komt kijken?	Lees dan hoofdstuk 5 De transitie naar MVO.
HULP ONDERWEG Hebt u behoefte aan praktische tools om daadwerkelijk met MVO aan de slag te gaan in uw organisatie?	Lees dan bijlage 1 Wegwijzers voor uw MVO-project

Natuurlijk hopen wij dat alle hoofdstukken u aanspreken. De hoofdstukken zijn echter zo geschreven dat ze ook los van elkaar gelezen kunnen worden.

In deze rapportage vindt u geen uitgebreide literatuurverwijzingen. Hiervoor is gekozen omdat deze rapportage meer een praktische dan een wetenschappelijke intentie heeft.

Veel verwijzingen zijn afkomstig uit de rapportages van de masterstudenten. Desgewenst kunt u de gebruikte literatuur daar terugvinden.

1 Visie en noodzaak van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in de Zorg

1.1. De ambitie

“De wereld is in beweging. We kunnen niet doorgaan op de oude voet. Meer dan ooit moeten we met elkaar werken aan een duurzame maatschappij. Maar we missen daarvoor een visie op de toekomst, een droom waar we over vijftientig jaar willen zijn.”

Zo begint www.ourcommonfuture.nl, de website van het grootste crowdsourcing project in Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO)-land ooit. Het betreft hier een initiatief uit 2010 van 24 partners geïnspireerd op het Brundtland rapport van de Wereldcommissie voor milieu en ontwikkeling van de Verenigde Naties uit 1987. Dit rapport identificeerde in 1987 de duurzaamheidsthema's en bood een inspirerende visie op de toekomst.

Anno 2011 is dit rapport geactualiseerd. Op 20 mei 2011 is het onder de titel "Duurzaam Denken Doen" aangeboden aan Ruud Lubbers. Het schetst 'Our Common Future 2.0' in 2035.

"Duurzaam Denken Doen" is uitgewerkt voor 19 belangrijke maatschappelijke thema's. Een van die thema's is de Zorg. Voor de Zorgsector ziet die droom, die ambitie voor over 25 jaar, er volgens de initiatiefnemers van deze rapportage als volgt uit:

In 2035 is de samenleving werkelijk duurzaam georganiseerd. De samenleving is ecologisch evenwichtig ingericht: er is ook sprake van sociale cohesie, van kwaliteit van leven van de mensen en van economische stabiliteit. De gezondheidszorg zal een grote bijdrage leveren aan welzijn en geluk van mensen en van grote betekenis zijn voor de samenleving omdat hij bijdraagt aan langere en intensievere participatie van burgers in de maatschappij en het arbeidsproces. De gezondheidszorg als een van de grotere sectoren in de maatschappij zal een motor zijn voor innovatie en werk bieden aan 100.000-en medewerkers, die er hun ambities kunnen vervullen. De gezondheidszorg zal een voorbeeldfunctie vervullen in efficiënt en milieubewust gebruik van middelen, grondstoffen en materialen. Instellingen en organisaties in de gezondheidszorg zullen vitale organisaties zijn, die een toegevoegde waarde bieden. Kort gezegd: de gezondheidszorg zal Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen.

Jaap Koot, directeur NIGZ, 2011

Die ambitie geeft aan dat we toe moeten naar een zorgsector, die nadrukkelijker rekening houdt met de ecologische mogelijkheden van onze planeet en meer gebruik maakt van de creativiteit van het zorgpersoneel en van het zelfherstellend vermogen van zorgvragers in hun sociale omgeving. Die zaken zijn van levensbelang voor de toekomst van de zorgsector omdat:

1. Het ecosysteem ‘aarde’ aan zijn grenzen is en de wereld alles is wat we hebben.

In het Living Planet Report uit 2010 staat dat er in 2007 al sprake was van een ecologisch overschot van 50%. Dit betekent dat de aarde er 1,5 jaar over doet om de grondstoffen aan te vullen, die de mensheid in dat jaar heeft verbruikt. Anders gezegd: de mensheid gebruikte in 2007 de omvang van anderhalve planeet om zijn activiteiten mogelijk te maken.

De zorgsector speelt hier een substantiële rol in. Met name de ziekenhuissector behoort tot de meest vervuilende sectoren en tot een van de grootste veroorzakers van de klimaatverandering (bron: World Health Organization / Health Care Without Harm, 2009). Ziekenhuizen dragen aan de ene kant bij aan de gezondheid van de gemeenschap waar ze in zijn gevestigd en bedreigen de gezondheid van die omgeving tegelijkertijd. Dat kan niet de bedoeling zijn en staat haaks op de maatschappelijke opdracht die de sector vervult.

2. Het zorgstelsel op een tweesprong staat.

In "Leiderschap in turbulente tijden" beschrijven Twynstra & Gudde de zorgsector als een sector waarin sprake is van een almaar groeiende zorgvraag en een gelijktijdige voortdurende dreiging van de onbetaalbaarheid daarvan. Dit is herkenbaar. Elk jaar stijgen de zorgkosten, zijn er financiële tegenvallers en worden pijnlijke maatregelen voorgesteld om het gat in de zorgbegroting te dekken. Het basispakket dreigt steeds verder te worden uitgekleed en de zorg dreigt onbetaalbaar te worden voor (een deel van) de bevolking. Tegelijkertijd komen er steeds meer signalen dat de benodigde zorg - als het budget al beschikbaar is - niet meer kan worden geleverd door een tekort aan (deskundig) personeel. Dat personeel is teveel tijd kwijt aan bureaucratie en wordt teveel van bovenaf gestuurd. Hierdoor nemen de tevredenheid en de inzetbaarheid van het personeel af, heeft de sector een negatief werkgeversimago en komen zorg-op-maat en de kwaliteit van de zorg onder druk te staan.

Jan Rotmans (2006) formuleert het anders. Hij stelt dat het huidige zorgstelsel een voorbeeld is van een systeem waarin ernstige weeffouten zijn geslopen en waarin te lang is doorgewerkt met oude oplossingen binnen oude instituties en spelregels. Deze weeffouten zijn barrières in het systeem, die verhinderen dat het systeem optimaal functioneert. Voor veel problemen waar de gezondheidszorg nu mee wordt geconfronteerd kan een oplossing worden gevonden door de weg van maatschappelijk verantwoord ondernemen in te slaan.

In veel andere sectoren is MVO in de 21ste eeuw al dé standaard geworden voor de organisatie van het primaire proces (bron: MVO Nederland). In de zorg geeft slechts 4% van de instellingen aan te verwachten dat duurzaamheid de komende tijd een belangrijk aandachtspunt zal zijn. Dat aantal kan fors omhoog! Temeer wanneer studies in de Verenigde Staten laten zien dat daar al zo'n 70 procent van de ziekenhuizen kiezen voor groene of omgevingsvriendelijke materialen bij sommige of alle bouw- en renovatieprojecten (Carpenter, 2008). Het urgentiebesef van een omslag naar MVO lijkt in Nederland in de zorgsector nog te ontbreken. De grote uitdaging voor de Nederlandse zorgsector is om een koerswijziging in te zetten in de richting van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen.

1.2. Wat is Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen

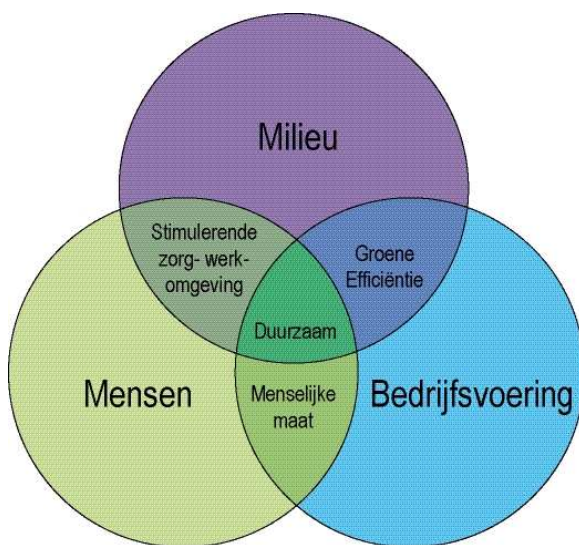
Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO) en duurzame ontwikkeling zijn begrippen die moeilijk eenduidig te definiëren zijn. MVO is nooit eendimensionaal, maar kenmerkt zich door een afweging van verschillende belangen. Om die belangen helder te maken wordt meestal het Triple-P-model gehanteerd.

De drie P's staan voor People, Planet en Profit:

- People gaat over sociale ontwikkeling: het menselijke kapitaal (personeel en patiënten), goed en gezond werkgeverschap, kwaliteit van zorg, de sociale en ethische aspecten van bedrijfsvoering ethiek en MBO;
- Planet betreft de ecologische ontwikkeling: milieu, energiebesparing, afvalverwerking en de overige ecologische en omgevingsaspecten;
- Profit betreft de bedrijfsvoering en economische ontwikkeling: transparantie, duurzame inkoop en de overige financiële aspecten van MVO.

Deze aspecten worden onderscheiden, maar overlappen elkaar ook. De overlap geeft de verbondenheid tussen de elementen aan (zie: figuur 1). Pas als alle drie de elementen in balans zijn, is sprake van een werkelijk duurzaam of toekomstbestendig beleid (zie: centrum van de figuur).

Figuur 1 PPP en de gezondheidszorg



integraal economisch en duurzaam voorraadbeheer (grondstoffen, materialen en kennis) i.p.v. alleen kosten-batenanalyses.

Waar de aspecten elkaar overlappen worden voor de zorg de volgende aandachtspunten zichtbaar:

Door **Milieu en Mensen** te verbinden wordt een stimulerende zorg- en werkomgeving ('healing environment') gecreëerd, waarin aandacht is voor de invloed van gebouwen, groen, voeding, licht, e.d. op patiënten en personeel.

Toegepast op de zorgsector betekent duurzaam ondernemen:

Op het People-aspect: de persoon die zorg nodig heeft, meer centraal stellen en zelfredzamer maken, meer aandacht geven aan kwaliteit van leven en (behoud van) gezondheid in plaats van aan ziekte en meer aandacht voor strategisch voorraadbeheer als het om het personeel in de zorg gaat (inzetbaarheid, arbeidssatisfactie, diversiteit);

Op het Planet-aspect: energiebezuiniging, zuinig gebruik van grondstoffen, duurzame inkoop en zorgvuldig beleid m.b.t. afvalstoffen;

Op het Profit-aspect: meer aandacht voor

Door **Mensen en Bedrijfsvoering** te verbinden krijgt menselijke maat meer aandacht, en wordt welzijn en gezondheid van de patiënten en welzijn en motivatie voor personeel bevorderd.

Door **Milieu en Bedrijfsvoering** te verbinden, ontstaat meer aandacht voor groene efficiëntie, inkoopbeleid, energiebeleid, afvalverwerking en hergebruik. De elementen tezamen leiden tot duurzame gezondheidszorg, die ook in de toekomst op efficiënte wijze kan werken voor de bevolking, zonder het milieu te belasten of verliesgevend te zijn.

Als een organisatie maatschappelijk verantwoord onderneemt heeft het aandacht voor de effecten van de bedrijfsactiviteiten op People, Planet en Profit en creëert het daar toegevoegde waarde. Op al die aspecten draagt het ook zorg voor een zorgvuldig beheer van de beschikbare voorraden. Het doet kortom aan 'strategisch voorraadbeheer'. Dat wil zeggen dat het er op de verschillende aspecten voor zorgt dat de voorraden nu goed op peil en beschikbaar zijn, maar dat dit ook voor toekomstige generaties geldt. De organisatie maakt bovendien bewuste keuzes om een balans te bereiken tussen People, Planet en Profit. Door naar een balans tussen de aspecten te streven komen andere aandachtsterreinen in beeld (zie overlapgebieden in de figuur) en worden nieuwe oplossingen gevonden voor al lang bestaande problemen. Al werkende weg bereikt een organisatie door een mix van bewezen effectieve gangbare aanpakken en innovatieve nieuwe aanpakken uiteindelijk het centrum van de figuur, duurzame bedrijfsvoering. Hoe meer een organisatie MVO incorporeert in de bedrijfsvoering des te breder wordt de scope van de organisatie. Dit wil zeggen dat een organisatie die met MVO start, zijn verantwoordelijkheid op de drie aspecten veelal dichter bij de eigen organisatie zal formuleren dan een organisatie die al verder is met de toepassing van MVO in de bedrijfsvoering. MVO incorporeren in de bedrijfsvoering is maatwerk en zal voor elke organisatie verschillend zijn.

Anderen (Diederik van der Hoeven, juni 2010) definiëren MVO als:

- **mensgerichte zorg:** zorg voor hele mensen met elkaar in het volle leven;
- **economisch volhoudbare zorg:** er is een paradigmawisseling nodig van reduceren van behandelkosten naar zinvol investeren in een gezonde samenleving; en
- **maatschappelijk ingebedde zorg:** zorg, die is verweven met de rest van de maatschappij. De muren rond het medische bolwerk verdwijnen. Vanuit eigen initiatief ontstaan vloeiende verbanden met vrijwilligers, met andere professionals en met andere domeinen.

Verschillende zorginstellingen hebben al beleid op een of meerdere P's ontwikkeld of zijn daarmee bezig. Dat zijn belangrijke initiatieven. Een integrale en evenwichtige MVO-aanpak omvat uiteindelijk maatregelen op elk van de elementen. MVO integreren in de bedrijfsvoering is dan ook meer dan een pilot of een project uitvoeren. In essentie is het een andere managementfilosofie. Die filosofie stelt andere vragen. De vraag 'Wat levert het mij op?' wordt verbreed naar de meer naar buiten gerichte vraag: 'Wat levert het mijn belanghebbenden op?'

Bij Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO) gaat het om het ontwikkelen van een integrale visie op de bedrijfsvoering. Naast Profit-aspecten wordt er ook rekening gehouden met People- en Planet-aspecten. MVO betekent toegevoegde waarde creëren op People, Planet en Profit en op al die aspecten aan strategisch voorraadbeheer doen. Het strategieproces wordt daardoor complexer. Dat kan alleen als er rekening wordt gehouden met (partijen en ontwikkelingen in) de hele keten. Stakeholdersdialoog en transparantie zijn onlosmakelijke onderdelen van een maatschappelijk verantwoorde bedrijfsvoering.

1.3 De voordelen van MVO voor u

We maken - in navolging van Moralis en Cochius - onderscheid in drie motieven om maatschappelijk verantwoord te gaan ondernemen: omdat het moet, omdat het hoort en omdat het loont. Deze drie overwegingen laten een verschillende betrokkenheid bij MVO zien.

1.3.1. MVO omdat het moet

Het gaat hier om overwegingen, die te maken hebben met maatschappelijke druk. Die druk kan de toenemende schaarste van een aantal grondstoffen zijn, maar evengoed de toenemende personeelstekorten in de zorg, de veranderende zorgvraag, bezuinigingen of de toenemende markt-vraag naar organisaties die maatschappelijke verantwoording afleggen over hun bedrijfsvoering. Zo heeft de rijksoverheid zich ten doel gesteld om vanaf 2010 alleen nog bij bedrijven in te kopen die kunnen aantonen dat zij aan minimale duurzaamheidseisen kunnen voldoen. Een ander voorbeeld zijn de salarissen en bonussen van de topbestuurders en de gewenste openheid tegenover stakeholders. Openheid wordt hiermee als voorwaarde gezien om als integere organisatie te worden aangemerkt. De samenleving verandert en de maatschappelijke verwachtingen veranderen mee.

1.3.2. MVO omdat het hoort

Organisaties geven invulling aan MVO omdat zij zich realiseren dat iedere organisatie onderdeel van de maatschappij is en zij hieraan hun bestaansrecht mede hebben te danken. Overwegingen die hier spelen, zijn de wens om zuinig om te gaan met natuurlijke hulpbronnen door bewust in te kopen, energie te besparen en de hoeveelheid afval te beperken (zie hoofdstuk 2: best practice UMC Utrecht). Maar ook om het leveren van eerlijke en verantwoorde producten en diensten en het scheppen van werkgelegenheid voor de bevolking. Hier valt ook maatschappelijk betrokken ondernemen, iets terug doen voor de directe omgeving of de samenleving, onder.

1.3.3. MVO omdat het loont

Bij deze motivatie voor MVO gaat het om het eigen belang van de organisatie en het zien van marktkansen in duurzaamheid. MVO levert kostenbesparing op. Bijvoorbeeld door het verminderen van afval, het verlagen van de energiekosten (zie hoofdstuk 2: best practice Diaconessenhuis en Bronovo), een lager ziekteverzuim (zie hoofdstuk 3: best practice Stichting Schakelring) en een efficiëntere bedrijfsvoering. Bedrijven die Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen zijn aantoonbaar efficiënter en innovatiever. MVO zorgt ervoor dat een bedrijf een aantrekkelijker werkgever is en verhoogt de arbeidsproductiviteit (zie hoofdstuk 3: best practice Excellente Zorg, Delta Psychiatrisch Centrum). Werknemers vinden het belangrijk dat zij trots kunnen zijn op het bedrijf waar zij werken. Zeker in tijden van vergrijzing en personeelstekort is dit een belangrijke factor. Er is steeds meer marktverraag naar MVO-bedrijven en producten (zie hoofdstuk 3: best practice Prisma programma VUMC). MVO is goed voor het imago van het bedrijf (zie hoofdstuk 3: best practice Altrecht ABC). Bedrijven die actief aan MVO doen hebben een streepje voor bij kredietverleners, subsidieverstrekkers en beleidsmakers. Duurzaamheid is geen kostenpost voor een beter imago maar een noodzakelijke investering voor een succesvolle toekomst. Het is dus verstandig om MVO-activiteiten te ondernemen en om erover te communiceren.

Dat MVO daadwerkelijk loont hebben diverse wetenschappelijke onderzoeken¹ uitgewezen. Enkele belangrijke bevindingen uit het bedrijfsleven op een rijtje:

- MVO verhoogt op lange termijn de financiële resultaten, omdat klanten extra tevreden zijn als die bedrijven zich tegelijkertijd ook onderscheiden door hoge kwaliteit en innovatieve producten;
- ethische kenmerken van een product kunnen duurzame consumenten aantrekken, maar dit is alleen het geval als de functionele eigenschappen van een product aan de vraag van de consument (blijven) voldoen;
- HRM was behoorlijk ondervetegenwoordigd in de MVO-discussie: op marketinggebied is het grootste succes te behalen bij het rekruteren van nieuw talent. Belangrijk daarbij is het duidelijk maken dat door MVO werk en privéleven beter in evenwicht kunnen worden gebracht. Hierdoor kan een hechte band met het bedrijf worden opgebouwd. Dit resulteert in een hogere loyaliteit, productiviteit en ook identificatie met de bedrijfsdoelstellingen;
- MVO-beleid heeft een positief reputatie-effect;
- bij de keuze voor duurzaamheid heeft het weinig zin te wachten op de consument, want zijn of haar keuzevrijheid is juist gediend bij een actievere rol van de ondernemer of de overheid.

Her en der is inmiddels een start gemaakt met deze vernieuwing van de gezondheidszorg. Er zijn verschillende hoopvolle en kansrijke initiatieven gericht op energiebesparing, afvalreductie, duurzame inkoop, duurzaam personeelsbeleid, zelfmanagement van patiënten, gezonde buurten etc..

In de volgende drie hoofdstukken kunt u aan de hand van concrete 'best practices' zien hoe u als zorgaanbieder MVO kunt integreren in uw bedrijfsvoering, welke voordelen het oplevert en tegen welke problemen u op kunt lopen. In die hoofdstukken wordt telkens gestart vanuit één route: vanuit Planet, vanuit People of vanuit Profit. Per hoofdstuk wordt de relatie tussen de zorg en de betreffende P geschetst en kunt u kennis nemen van de 'best practices', die de masterstudenten van de initiatiefnemers tijdens hun stages in 2011 op die route hebben beschreven.

De masterstudenten hebben slechts een klein deel van het MVO-spectrum in beeld kunnen brengen. We pretenderen dan ook niet een volledig beeld te geven van de mogelijkheden. Wel hopen we u ideeën aan de hand te doen. Ideeën, die u helpen om een beeld te krijgen van wat MVO incorporeren in uw bedrijfsvoering voor u kan betekenen en wat het kan opleveren. Ook de keuze voor de drie routekaarten is pragmatisch. Waarschijnlijk spreekt een van de drie u het meest aan. Maar een werkelijk duurzame bedrijfsvoering vereist een goede balans tussen alle 3 P's én ruime aandacht voor de overlapgebieden tussen de P's (zie figuur 1 in hoofdstuk 1.2.2). 'Best practices' die aan al die voorwaarden voldoen, hebben we nog niet gevonden.

¹ Bron: Beste MVO-onderzoek uit hele wereld, Jan Bom en Rob van Tulder, P+, maart/april 2011

2 MVO in de Zorg langs de Planet-route

MVO betekent verantwoording nemen voor de effecten van de bedrijfsvoering op mens en milieu en daar toegevoegde waarde creëren, en aan strategische voorraadbeheer doen om een balans te bereiken tussen People, Planet en Profit (3 P's). Pas als alle drie de elementen in balans zijn, is er sprake van een werkelijk duurzaam of toekomstbestendig beleid.

In de praktijk wordt MVO-beleid zelden vanuit alle drie de aspecten tegelijkertijd ingezet. Er zijn kortom meerdere routes mogelijk.

In dit hoofdstuk schetsen wij de relatie tussen de zorgsector en de Planet en presenteren wij u 'best practices' MVO, die starten vanuit de Planet-route.

2.1. De Planet

Al in 2007 was er sprake van een ecologisch overschot wereldwijd van 50%. Dat wil zeggen dat de aarde er 1,5 jaar over doet om de grondstoffen aan te vullen die de mensheid in dat jaar heeft verbruikt en om het CO₂-verlies te compenseren. Anders gezegd: de mensheid gebruikte in 2007 de omvang van anderhalve planeet om zijn activiteiten mogelijk te maken (bron: Living Planet report, 2010). Kortom we putten de aarde uit. Om de aarde ook voor toekomstige generaties leefbaar te houden, zullen we ons gebruik van grondstoffen en energie en ons afvalbeleid moeten aanpassen.

Omdat ziekenhuizen patiëntenzorg leveren in een bepaald regio mag ervan worden uitgegaan dat zij een soort vanzelfsprekende sociale verantwoordelijkheid voelen en betrokken zijn bij de People-aspecten van duurzaamheid (Kenney, 2010). Patiëntenzorg is altijd de core business van de zorgsector geweest en dat past goed bij de meer sociale aspecten van duurzaamheid.

Dit staat in scherp contrast met het feit dat ziekenhuizen in de VS tot de grootste vervuilers en veroorzakers van klimaatverandering in de wereld behoren. Daar staan ziekenhuizen op de een na hoogste plaats als het om de meest energie-intensieve gebouwen van de commerciële sector gaat en gebruiken ze tweemaal zoveel energie per m² als gewone kantoorgebouwen. In Brazilië zijn ziekenhuizen goed voor 10,6% van het totale jaarlijkse energieverbruik in het land (WHO/Health Care Without Harm, 2009).

Vergelijkbare cijfers over Nederland hebben wij niet gevonden. Maar dit voorbeeld laat wel zien dat duurzaamheid in ziekenhuizen - als gevolg van de verschillende positieve en negatieve invloeden op afzonderlijke onderdelen van duurzaamheid en vooral ook de hoge complexiteit van alle processen - een controversieel en moeilijk grijpbaar onderwerp is (Squarewise, 2011).

2.2. Best practices

Belangrijke manieren om bij de bedrijfsvoering in de zorgsector toegevoegde waarde te genereren op de Planet-route van MVO zijn in het algemeen:

- zo zuinig en duurzaam mogelijk gebruik maken van grondstoffen en producten;
- de noodzakelijke grondstoffen en producten zo groen mogelijk inkopen;
- het (rest)afval zo verantwoord mogelijk verwerken en daarbij maximaal gebruik maken van de mogelijkheden voor hergebruik. Belangrijke terreinen waarop verbetering kan worden

behaald zijn afvalwaterreductie, waterkosten en de kosten van ketenaanvoer. De WHO/HCWH (2009) schat dat de totale kosten voor afvalverwerking met wel 40 tot 70% kunnen worden gereduceerd als slimme bronbenutting en betere afvalverwerking worden toegepast;

- het uiteindelijke verlies aan grondstoffen zo goed mogelijk compenseren.

Ten behoeve van deze rapportage zijn ‘best practices’ in de zorgsector in kaart gebracht op de deelterreinen:

- **Energiezorg: verlichting als energieverbruiker** (zie 2.2.1): gemiddeld heeft verlichting een aandeel van 16% in het primaire energieverbruik van academische ziekenhuizen. Daarmee is het na ventilatie- en luchtbehandeling (46%) de grootste energieverbruiker.
- **Duurzame inkoop** (zie 2.2.2): gemiddeld beslaat inkoop tenminste 30% van het ziekenhuisbudget. Toch besteedt het overgrote deel van de ziekenhuizen geen aandacht aan duurzame inkoop. Daarom is het zowel vanuit Planet als vanuit Profit-kant interessant de mogelijkheden voor een duurzaam inkoopbeleid in beeld te brengen.

In dit hoofdstuk worden enkele aansprekende ‘best practices’ verlichting en duurzame inkoop gepresenteerd en besproken. Voor overige ‘best practices’ op het Planet-aspect verwijzen wij u naar de bijlagen.

2.2.1. Best practice Energiezorg

Energiezorg, het verbeteren van de energie-efficiency en het reduceren van het energieverbruik, is binnen de zorgsector goed mogelijk en kan op korte termijn Planet- en Profit-voordeel opleveren. Wereldwijd is bijna 20% van de elektriciteitsconsumptie te wijten aan verlichtingsapplicaties. Van deze energie wordt 70% verbruikt door inefficiënte lampen. Binnen de onderzochte universitaire medische centra blijkt verlichting als technische energieverbruiker - na ventilatie- en luchtbehandeling - met 16% het op een na grootste aandeel te vormen in het primaire energieverbruik.

In het algemeen geldt dat er een aantal technische maatregelen zijn, die u in uw zorginstelling kunt toepassen, om het energiegebruik van verlichting te reduceren.

Voor een aantal maatregelen is een inschatting gemaakt van de geschatte energiebesparing en terugverdientijd. Deze waarden verschillen per ziekenhuis en zijn afhankelijk van technische instellingen, gebruik, installatiekosten, kwaliteit etc. Onderstaande cijfers geven een interessante indicatie van het mogelijke Planet- en Profit-effect.

Tabel 1: Technische maatregelen verlichting

Nr.	Beschrijving	Geschatte Energiebesparing	Geschatte Terugverdientijd
1	Centrale lichtbediening voor ruimten aanbrengen/slimme schakelingen toepassen	15%	2 – 5 jaar
	Aanbrengen van een raamzijde – en een binnenzijde groep	-	-
2	Aanbrengen van apparatuur om verlichting automatisch te dimmen of uit te schakelen	-	-
	Schakelklokken aanbrengen	10- 25%	1 – 4 jaar
	Daglicht/Schemerschakelaars aanbrengen	20 – 70%*	2 – 4 jaar
	Bewegingsschakelaars/aanwezigheid detectie aanbrengen	10 – 90%	1 – 3 jaar
	Handmatige dimapparatuur aanbrengen	-	-
3	Toepassen van veegpuls op het elektriciteitsnet om alle verlichting uit te schakelen	10 -25%	3 – 5 jaar
4	T8/TL-D lampen vervangen door hoogfrequente T5 lampen	17%	2 – 5 jaar
5	T8/TL-D lampen vervangen door TLD-eco lampen	10%	-
6	Conventionele armaturen aanpassen of vervangen	-	-
	Spiegel opklik armaturen aanbrengen bij kale armaturen	50%	0 – 2 jaar
	Conventionele armaturen vervangen door spiegeloptiek armaturen	50%	
	Reflectoren in oude TL-balken/montagebalken aanbrengen	50%	1 -3 jaar
	Vervangen van conventionele voorschakelapparatuur door elektronische voorschakelapparatuur in bestaande armaturen	50 - 75%**	2 – 5 jaar
	Plaatsen van een spaaradapter in T8/TL-D armaturen en T5 lampen toepassen	20 – 50%	2 jaar
7	Gloeilampen vervangen door spaarlampen	60 – 75%	5 jaar
8	Light Emitting Diode (LED) verlichting toepassen	-	-
	Gloeilampen vervangen door LED lampen	80%	-
	Spaarlampen vervangen door LED lampen	-	-
	TL lampen vervangen door LED buizen/LED-tubes	-	-
	Halogeenlampen vervangen door LED lampen	80%	-
9	Verlichting verdelen over meerdere groepen	-	-
10	Vervangen van hoge wattage lampen door lagere wattage lampen	-	-
11	Toepassen van een daglichtgeleidingssysteem (Solartubes)	70%	-

* Bij aanwezigheid van veel daglicht zal de energiebesparing tussen de 40% en 70% zijn. Bij aanwezigheid van weinig daglicht zal de besparing tussen de 20% en 30% zijn.

** Percentage van energiebesparing loopt ver uiteen, omdat dit systeem in grote mate afhankelijk is van het gebruikspatroon van een ruimte.

Veel zorginstellingen blijken tot op heden nog geen energiezorgsystemen te hebben opgezet om energiezorg te borgen binnen de organisaties. Uit het masteronderzoek wordt duidelijk dat hieraan vier redenen ten grondslag liggen. Deze redenen zijn:

- het ontbreken van beleid;
- patiëntenzorg heeft prioriteit voor de Raden van Bestuur (RvB);
- de grootte en invulling van de jaarbudgetten;
- het ontbreken van kennis en ervaring.

Deze bezwaren zijn allemaal te ondervangen (zie TIP 1).

Binnen de onderzochte zorginstellingen die met energiezorg bezig zijn, begint de vormgeving en invulling vanuit het middenmanagement van hun organisaties. Het middenmanagement bestaat hierbij uit de milieucoördinator en de leidinggevende van de Technische Dienst. Zij doen dit omdat ze zich de zorg voor energie en milieu persoonlijk aantrekken. Tijdens natuurlijke vervangingsmomenten wordt door hen gekeken naar energie-efficiëntere technieken om de conventionele technieken te vervangen. Om technische energiezuinige maatregelen door te voeren, wordt vervolgens overleg gepleegd met dienst- en afdelingshoofden en hoofden Technische Dienst en Facilitair – of Vastgoed Bedrijf. Via deze lijnen wordt financiering gerealiseerd en kan tot uitvoering van een energiezuinige technische maatregel over worden gegaan.

De ‘best practice’ van het Bronovo ziekenhuis laat zien hoe maatregelen als bedoeld onder 8 (LED verlichting toepassen) in de praktijk kunnen uitpakken.

Best Practice 1	Bronovo Ziekenhuis, Den Haag
Wat?	In 2009 zijn in de gangen en patiëntenkamers op de 5e verdieping PL spaarlampen van 26 Watt en voorschakelapparatuur van 4 Watt vervangen door Panos InfinityLED Downlighters van 12 Watt. Ook zijn in de kunstgangen op de 3e en 4e verdiepingen halogeenspots van 25 Watt vervangen door Luxia LED spots van 3 Watt.
Hoe?	Het initiatief voor dit project kwam van het hoofd Technische Dienst en werd ondersteund door het Hoofd Facilitair Bedrijf. Eerst zijn er in circa drie tot vier maanden pilots geweest om een geschikte LED Downlighter te kiezen. Na afloop van de pilots is het project uitgevoerd.
Winst voor de PPP	Planet + Profit: Het project zorgt in 5,14 jaar voor een kostenbesparing van €1639,87 per jaar op de energierekening. De terugverdientijd van het project bedraagt 3,84 jaar.
Randvoorwaarden	De financiering van de pilots en de installatie van de Panos Infinity Downlighters werd vanuit het onderhoudsbudget van het Bronovo gerealiseerd.
Tips	Gebruik natuurlijke vervangingsmomenten
Meer weten?	S.Bor, Arbo- en Milieucoördinator; C. Wegman, hoofd technische Dienst

Naast energiezorg rondom de verlichting zou een vernieuwende, effectieve en energiezuinige methodiek voor de ventilatie- en luchtbehandeling (46% van het totale primaire energieverbruik) een enorme bijdrage kunnen leveren aan energiebesparing in ziekenhuizen. Hier is nog

een wereld te winnen. Het stimuleren van productontwikkeling en van slimme maatregelen op dit punt is dringend gewenst.

TIP 1: Ook binnen uw zorginstelling kan het energieverbruik worden gereduceerd.

Daarbij attenderen wij u op de volgende zaken:

- Zorginstellingen zijn vanuit de milieuvergunningen, voorschriften 1.3 en 1.5, verplicht een energiebesparingsplan op te zetten en maatregelen te formuleren, die kunnen worden ondernomen om het energieverbruik te reduceren. Ook bent u verplicht een verlichtingsonderzoek te doen. Het opzetten van een energiebesparingsplan door de milieucoördinatoren kunt u dus beschouwen als een formeel vastgestelde taak binnen zorginstellingen;
- veelal nemen de milieucoördinatoren en hoofden/leidinggevende van de technische dienst zelf het initiatief om energiebeleid vorm te geven binnen de zorginstellingen. Ook kan er energie- en/of milieugroep actief worden, die het thema energie oppakt. Als u dit initiatief stimuleert en ondersteunt vanuit de Raad van Bestuur (RvB) is de kans van slagen aanzienlijk groter;
- Door een dienst- of afdelingshoofd te faciliteren om plaats te nemen in de energiegroep, heeft de energiegroep een directe communicatieverbinding met u als RvB. Dit maakt het makkelijker om energie- en milieuzorg op de agenda te krijgen en goedkeuring op strategisch niveau te verkrijgen;
- Maak gebruik van natuurlijke vervangingsmomenten. De goedkeuring van de RvB is dan alleen nodig wanneer het energie- en/of onderhoudsbudget ontoereikend is. Op deze manier kunt u het zelforganiserend vermogen van de dienst- of afdelingshoofden vergroten;
- De meeste RvB's richten zich op terugverdiertijden tot 3 - 4 jaar. Als RvB kunt u de terugverdiertijd echter zelf verlengen. Ook de gemeente kan volgens het Activiteitenbesluit vanuit de Wet Milieubeheer eisen dat zorginstellingen de terugverdiertijd van energiezuinige maatregelen verlengen tot en met 5 jaar;
- Maak gebruik van externe adviesbureaus. Zij hebben de kennis, tijd en ervaring om een energy performance scan/energiebesparingsonderzoek uit te voeren en terzake te rapporteren en adviseren.

De informatie en 'best practices' in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit de onderzoeksrapportage 'Energiezorg binnen Nederlandse zorginstellingen; verlichting als energieverbruiker' van Daan Bording (MPZ, 2011). Voor meer 'best practices' verwijzen wij u naar de bijlagen. De integrale rapportage van Daan Bording is te verkrijgen bij MPZ.

2.2.2. Best practices Duurzame Inkoop

De totale inkoopkosten van de zorgsector in Nederland worden geschat op een bedrag van 30 miljard per jaar. Dit komt overeen met 30% van het totale budget in de zorg (Goemans, 2008). Toch heeft slechts 6% van de zorgaanbieders een duurzaam inkoopbeleid ontwikkeld, tegen 48% van de onderwijsinstellingen en 87% van de rijksinstellingen (De Meulder, 2009). De overheid in Nederland loopt voorop als het om groene publieke inkoop gaat. De rijksoverheid heeft voor 2010 de doelstelling om voor 100% duurzaam in te kopen; de provincies en hogere

onderwijsinstellingen voor 50% en de gemeenten voor 75% in 2010 en voor 100% in 2015. Duurzame inkoop, het incorporeren van waarden op het gebied van mens, milieu en winst in het inkoopproces, is kortom een ‘big issue’. Maar nog niet in de zorg.

Daarom presenteren we u hieronder enkele ‘best practices’ duurzame inkoop in de zorg.

Om te beginnen treft u een ‘best practice’ aan, die is gebaseerd op het Milieu/Duurzaamheidsbeleid van de RvB van de betreffende zorginstelling.

Best Practice 2	UMC Utrecht
Wat?	Duurzame Inkoop (naast energiebesparing en duurzame bouw) Officieel beleidsdoel: 50% duurzame inkoop in 2013
Hoe?	Door een gezamenlijke actie van een milieudeskundige, enkele inkoopers en de clustermanager Inkoop is een visiedocument Duurzaam Inkopen tot stand gekomen. Dit document is onderschreven door de RvB. Alle medewerkers van de Afdeling Inkoop kregen een in-company training van NEVI in het hanteren van de selectiecriteria van Agentschap NL en in betrokkenheid bij de MVO-doelstelling.
Winst voor de PPP	Planet. Voor 2013 zijn er ook doelstellingen voor energie en duurzaam bouwen
Randvoorwaarden	Instemming van de RvB
Tips	Begin met eenvoudige producten
Meer weten?	e.f.a.willems@umcutrecht.nl

Door het UMC Utrecht wordt duurzame inkoop in praktijk gebracht en verder uitgebouwd. Daarnaast heeft het ziekenhuis doelstellingen geformuleerd voor duurzame energie, energie-efficiency-verbetering en duurzame bouw. Het UMC heeft de ambitie hierin koploper te worden.

Een andere ‘best practice’ betreft het UMC Groningen. Hier pakt men het Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen anders aan. Belangrijk verschilpunt met het UMC Utrecht is dat duurzame inkoop hier niet integraal vanuit de RvB (topdown) wordt ingevoerd, maar op projectbasis op een onderdeel van de ziekenhuisorganisatie wordt uitgetoetst. Bij gebleken succes kan het project verder worden uitgebreid (bottom-up). Ook een dergelijke aanpak is kansrijk en leent zich uitstekend voor voortschrijdend duurzaamheidsbeleid.

Best Practice 3	UMC Groningen
Wat?	Duurzame Inkoop Streven: 40% van het restaurantassortiment en 25% van de catering-service wordt in 2011 via duurzame inkoop verkregen. Dit is onderdeel van het project ‘Gezond Ouder worden’ en het programma ‘Balans’ voor studenten en medewerkers van het ziekenhuis.
Hoe?	Het programma biedt naast gezonde voeding, sportactiviteiten en workshops over alcoholmisbruik en roken aan.
Winst voor de PPP	Planet + People (personeel). Het ziekenhuis wil haar patiënten ook

	graag een duurzame maaltijd aanbieden. De vaste vergoeding voor de patiëntenmaaltijden is hierbij een complicerende factor.
Randvoorwaarden	Doordat de duurzame inkoop onderdeel is van een tweetal projecten kan er ervaring mee worden opgedaan zonder een formeel geaccordeerd beleid op duurzaamheid van de RvB.
Tips	Start projectmatig met duurzaamheid
Meer weten?	w.meijering@ink.umcg.nl

Beide voorbeelden betreffen Universitaire Medische Centra (UMC's). Het hoger onderwijs heeft namelijk een convenant gesloten met de overheid over duurzaam inkopen. Hierdoor wordt ook het inkoopbeleid van de UMC's beïnvloed. Bovendien vallen de UMC's onder de Meerjaren Afspraak Energie Efficiency (MJA3 afspraken) met het rijk over reductie van het energieverbruik (2% reductie per jaar tot 2020) en hebben ze een milieucoördinator in dienst. Deze heeft vaak een stimulerende rol in duurzaamheidsinitiatieven. Externe stimulering lijkt dus belangrijk bij het ontwikkelen van duurzaam inkoopbeleid. Ook het ontwikkelen en aanbieden van praktische tools zoals de criteria voor duurzame inkoop van Agentschap NL blijken belangrijke voorwaarden voor de ontwikkeling van duurzaam inkoopbeleid te zijn. In de meeste zorginstellingen (cure en care) loopt de ontwikkeling van duurzame inkoop achter op die van de UMC's.

De belangrijkste overwegingen voor de genoemde ziekenhuizen om met duurzame inkoop te beginnen zijn:

- omdat het hoort (vermindering van milieubelasting en sociale belasting);
- omdat het loont (imagebuilding, leiderschap, kostenreductie).

Terwijl kostenreductie bij veel ziekenhuizen bovenaan op de agenda staat, staat duurzaamheid bijna onderaan de lijst. Het initiatief voor duurzame inkoop ontstaat dan ook veelal niet in de top van de organisatie, maar op de werkvloer.

Veel zorginstellingen hebben duurzame inkoop (nog) niet geïntegreerd in hun bedrijfsvoering omdat ze niet verwachten dat het loont. Duurzaamheid roept (nog steeds) het beeld op duurder te zijn en lijkt daardoor slecht te passen in het huidige tijdperk van bezuinigingen. De ziekenhuizen, die met duurzame inkoop aan de slag zijn gegaan zijn voorlopers, innovators, die een voorsprong hebben op de andere zorgaanbieders. Vaak lukt het die voorsprong uit te bouwen ten behoeve van de organisatie als geheel en hierdoor ook in andere opzichten innovatieve(re) zorg te kunnen bieden. Zo concludeert Allen D. Smith in 2007 in een onderzoek naar de voordelen van duurzaamheid dat bedrijven in de regio Pittsburgh in de VS die duurzaamheid opnemen in de bedrijfsvoering op de lange, maar ook op de korte termijn voordelen hebben op het gebied van efficiency en bedrijfscultuur. Een eventueel verlies op de inkoop betaalt zich dan terug in winst op andere onderdelen van de organisatie (nieuwe zorgproducten, medewerkertevredenheid, minder verzuim, patiënttevredenheid, toename van het patiëntenbestand). MVO loont dan omdat het een noodzakelijke investering voor een succesvolle toekomst is en uw organisatie concurrerend blijft en voorop blijft lopen.

Daarnaast is het goed mogelijk om bij aanbestedingsprocedures duurzaamheidscriteria in het proces te incorporeren.

TIP 2: Met duurzaam inkoopbeleid kunt u zich als zorgaanbieder onderscheiden van andere zorgaanbieders en toegevoegde waarde creëren.

Belangrijke voorwaarden daarbij zijn dat u als zorgaanbieder:

- ervoor zorgt dat het primaire product (patiëntenzorg) zich blijft onderscheiden door hoge kwaliteit en innovatie;
- de functionele eigenschappen van het product aan de vraag van de consument (blijven) voldoen;
- de kosten en de baten goed monitort en de baten op het People-aspect (aantallen patiënten, minder personeelsverloop etc.) in de afweging betreft;
- goed communiceert over het duurzame inkoopbeleid van de instelling zodat patiënten en personeel hiervan op de hoogte zijn en dit kunnen betrekken bij hun besluitvorming (waarom wil ik naar dat ziekenhuis/waarom wil ik bij dat ziekenhuis werken?).

De informatie en 'best practices' uit dit hoofdstuk zijn afkomstig uit de onderzoeksrapportage 'Corporate Social Responsibility in Hospitals focusing on sustainable procurement' en de rapporten 'Duurzaam inkopen in de care sector' en 'Duurzaam aanbesteden van WMO dienstverlening door gemeenten' van Peter Schouten (ZonMw, 2011). Voor meer 'best practices' verwijzen wij u naar de bijlagen. De integrale rapportages van Peter Schouten zijn te verkrijgen bij ZonMw.

2.2.3. Overige mogelijkheden voor MVO in de Zorg en Planet

In hoofdstuk 2.2. hebben we vier belangrijke manieren genoemd om bij de bedrijfsvoering rekening te houden met de Planet. In hoofdstuk 2.2.1. hebben we laten zien hoe u uitwerking kunt geven aan de eerste manier: 'zo zuinig en duurzaam mogelijk gebruik maken van grondstoffen en producten'. In hoofdstuk 2.2.2. hebben we voorbeelden gegeven van de tweede manier: 'de noodzakelijke grondstoffen en producten zo groen mogelijk inkopen'.

De beide overige manieren worden hier niet besproken. Het gaat om:

- het (rest)afval zo verantwoord mogelijk verwerken/hergebruiken;
- het uiteindelijke verlies aan grondstoffen zo goed mogelijk compenseren

Geen van de masterstudenten heeft op deze terreinen onderzoek gedaan en 'best practices' in beeld gebracht.

Ziekenhuisafval is niettemin een belangrijk thema. Pharmafilter is een voorbeeld van een organisatie die veel in het nieuws is met oplossingen waarmee afval uit zorg- en ziekenhuizen gebruikt wordt voor energieproductie. Dit zijn hele interessante ontwikkelingen, die zich zeker lenen voor nader onderzoek.

Dat geldt ook voor de mogelijkheden om door middel van het creëren van **een stimulerende zorg-/werkomgeving** (Milieu en Mensen) de medewerkertevredenheid en inzetbaarheid van uw personeel te verhogen en de gezondheid en het welzijn van uw cliënten te verbeteren.

Een ecologische uitwerking hiervan kan bestaan uit een goede luchtbehandeling (zie hoofdstuk 2.2.1), goede ziekenhuisvoeding (Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft een samenwerkingsverband met Wageningen Universiteit en Research en profileert zich als het voedingsziekenhuis van Nederland), een groene interne leefomgeving etc. In de care kan de ontwikkeling van zorgboerderijen voor dagbesteding voor langdurig zieken en mensen met een lichamelijke of psychische beperking hiertoe worden gerekend.

3. MVO in de Zorg langs de People-route

MVO betekent verantwoording nemen voor de effecten van de bedrijfsvoering op mens en milieu en daar toegevoegde waarde creëren en aan strategisch voorraadbeheer doen om een balans te bereiken tussen People, Planet en Profit (3P's). Pas als alle drie de elementen in balans zijn is er sprake van een werkelijk duurzaam of toekomstbestendig beleid.

In de praktijk wordt MVO-beleid zelden vanuit alle drie de aspecten tegelijkertijd ingezet. Er zijn kortom meerdere routes mogelijk.

In dit hoofdstuk schetsen wij de relatie tussen de zorgsector en de People en presenteren wij u 'best practices' MVO die starten vanuit de People-route.

3.1 De People

De twee grootste uitdaging waar de Nederlandse zorg momenteel voor staat is het grote personeelstekort dat verwacht wordt, met name aan verplegend en verzorgend personeel en de toenemende zorgvraag.

Voor het personeelstekort geldt dat de komende jaren een groot deel van de babyboom generatie zal uitstromen. Dit gaat voor een enorme leegloop zorgen. Tegenover de grote uitstroom van personeel en de stijgende zorgvraag staat een gelijkblijvende of zelfs dalende instroom. Enerzijds vanwege de ontgroening, anderzijds doordat de jongere generaties steeds minder vaak kiezen voor een baan in de zorg. Een belangrijke oorzaak hiervan is het slechte imago van de Nederlandse zorg. Werken in de zorg als verpleegkundige of verzorgende wordt vaak geassocieerd met een hoge werkdruk, een laag salaris, grote administratieve lasten en weinig autonomie in het werk. Door deze disbalans tussen de arbeidsvraag en het arbeidsaanbod in de komende jaren, wordt in 2025 een personeeltekort verwacht van rond de 470.000 mensen.

Een tweede belangrijke uitdaging is de toename en verandering van de zorgvraag. De bevolking vergrijsst en mensen worden steeds ouder. Dit resulteert onder andere in meer chronische ziekten, die veelal gedragsgerelateerd zijn. Gedragsgerelateerde aandoeningen staan inmiddels op de eerste plaats, gevolgd door ongevallen en op de derde plaats overdraagbare aandoeningen. Binnen de zorg raakt de mening dat burgers en patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor hun (on)gezond gedrag en dat zij zoveel mogelijk zelf de regie moeten voeren over de zorg steeds meer ingeburgerd. Zorgprofessionals, zorgverzekeraars en werkgevers moeten die zelfregie stimuleren en faciliteren. Daarnaast moeten zij preventie aanbieden en flink investeren in het gebruik van interactieve media (2.0). Dit vraagt om andere professionals, andere zorgverzekeraars, andere werkgevers en werknemers, een andere organisatie van de zorg, andere sturing en andere financiering (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zorg voor je gezondheid!, 2010).

3.2. Best practices

Belangrijke manieren om bij de bedrijfsvoering in de zorgsector toegevoegde waarde te creëren op de People-route van MVO zijn:

- een goed en gezond werkgeverschap en duurzaam personeelsbeleid;
- ethiek ofwel 'wat maakt zorg tot goede zorg?' en duurzaam patiëntenbeleid;
- Maatschappelijk Betrokken Ondernemen (MBO).

Ten behoeve van deze rapportage zijn ‘best practices’ in de zorgsector in kaart gebracht op de deelterreinen:

- **Duurzaam personeelbeleid** (zie 3.2.1): er zijn verschillende mogelijkheden om de **inzetbaarheid, de medewerkertevredenheid en de diversiteit van het personeelsbestand** te vergroten en aldus beter voorbereid te zijn op de naderende schaarste aan goed geschoold personeel;
- **Duurzaam patiëntenbeleid** (zie 3.2.2): er zijn verschillende mogelijkheden om de patiëntenzorg te verduurzamen. Twee daarvan, **familiezorg** en **zelfmanagement**, worden hier nader beschreven. Door **de familie te betrekken** bij het zorgproces kan de kwaliteit van de zorg en het welzijn van de patiënten worden verhoogd. Soms kan met minder geld dezelfde kwaliteit van zorg worden geleverd. Een andere vorm van duurzaam patiëntenbeleid is de patiënt door middel van **zelfmanagement** meer controle geven over zijn zorg. Uit literatuur blijkt dat de kosten dalen en de zorgbehoefte afneemt. Patiënten blijken in staat hun eigen conditie te monitoren en de cognitieve, gedrags- en emotionele reacties te kunnen ontwikkelen, die nodig zijn om hun kwaliteit van leven zelf zo goed mogelijk te kunnen handhaven (bron: stagerapport Michelle de Groot).

3.2.1. Best Practices Duurzaam Personeelsbeleid

Human Resource Management (HRM) was tot nu toe behoorlijk ondervertegenwoordigd in de MVO-discussie (Rob van Tulder, 2011). Dit is verrassend gezien het imago probleem dat de zorg heeft. Schoolverlaters en jongeren staan niet te popelen om in de zorg te gaan werken. Uit onderzoek blijkt dat veel werknemers in de zorg gebrek aan autonomie ervaren, naast een hoge administratieve druk en veel lichamelijke en psychische stress. Dit wordt versterkt door personeelstekorten en onderwaardering. Het ziekteverzuim in de zorg is dan ook hoog. De sector heeft hierdoor een lage status en wordt niet als een aantrekkelijke werkgever beschouwd. Goed werkgeverschap kan bijdragen aan een verbeterd imago en minder personeelsproblemen.

Drie belangrijke aspecten van duurzaam personeelsbeleid, waarop veel verbetering mogelijk is, zijn:

- **duurzame inzetbaarheid**: hierbij spelen gezondheid, vaardigheden, waarden, arbeidsomstandigheden en de externe omgeving (familie, vrienden, de samenleving) een rol. Als de inzetbaarheid van het personeel verbetering behoeft, moeten al deze aspecten in ogenschouw worden genomen;
- **medewerkertevredenheid**: het is belangrijk dat mensen plezier in hun werk hebben. Factoren, die hierbij belangrijk zijn, zijn het soort werk, autonomie, professionaliteit, werkklimaat, status, werkstress, betrokkenheid bij het werk, rolconflicten en werkresultaten. Uit onderzoek blijkt dat de mate van (psychologische) empowerment de belangrijkste bepalende factor was voor medewerkertevredenheid. Medewerkertevredenheid bleek de belangrijkste reden te zijn om de verpleging te verlaten;
- **uitbreiding van het personeelsbestand door diversificatie**: dit kan door met name het aandeel mannen en mensen uit etnische minderheden binnen het personeelsbestand te vergroten.

Een ‘best practice’ op het terrein van duurzame inzetbaarheid en medewerkertevredenheid is:

Best Practice 4	Project Excellente Zorg/ Delta Psychiatrisch Centrum, Portugaal
Wat?	<p>Het project Excellente Zorg is in zijn algemeenheid gebaseerd op het concept van de magneetziekenhuizen in de VS. In Nederland werken 12 zorginstellingen met dit concept. Er wordt gebruik gemaakt van een instrument dat medewerkertevredenheid en patiënttevredenheid meet en een zelfevaluatie van de organisatie uitvoert. Het instrument inventariseert de stand van zaken en geeft aan waar verbetering mogelijk is.</p> <p>In het Delta Ziekenhuis zijn per afdeling ‘gangmakers’ aangewezen, die een korte cursus krijgen en die verbeteropties in samenspraak met de werknemers gaan uitwerken. Binnen 3 maanden resulteerde dit bij Delta in 10 deelprojecten. Er is o.a. een ‘tool’ ontwikkeld om de gezondheid van patiënten gedurende het gebruik van antipsychotica te monitoren.</p>
Hoe?	Het project Excellente Zorg is gestart op basis van een samenwerkingsverband tussen V&VN en de NPCF en wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS en V&VN.
Winst voor de PPP	People: bij Delta raakten medewerkers weer geïnspireerd en enthousiast en begonnen hun werk zelf beter te organiseren. Hierdoor nam de medewerkertevredenheid, de arbeidsinzet en de innovatiebereidheid toe en het ‘wantrouwen’ van de managers jegens het personeel af. De initiatiefnemers verwachten dat het project ook de kwaliteit van de patiëntenzorg en daarmee de patiënttevredenheid ten goede komt. In Nederland zijn nog geen cijfers beschikbaar. In de VS ervaren de magneetziekenhuizen geen problemen bij het aantrekken en behouden van personeel.
Randvoorwaarden	Medewerking van de managers, die vaak primair gericht zijn op productiecijfers, ziekteverzuim etc. en te weinig vertrouwen op hun personeel
Tips	Aan het begin van het project is het belangrijk niet teveel op efficiency te focussen. Dat komt in een later stadium; de projecten zijn nu extern gefinancierd, maar in de toekomst kan de financiering van alle projecten via interne fondsen lopen.
Meer weten?	Patrick Groenewegen, projectleider Delta Psychiatrisch Centrum

Ook de gezamenlijke UMC's hebben een project op dit terrein dat erg bekend is en goede resultaten laat zien.

Best Practice 5	Project Idealoog/ UMC Sint Radboud, Nijmegen
Wat?	Het project Idealoog betreft alle universitaire medische centra in Nederland en richt zich op het vorm geven aan veranderende arbeidsverhoudingen tussen werkgever en werknemer: faciliterend leiderschap van de werkgever en persoonlijk leiderschap van de werknemer. Het project voorziet in een persoonlijk budget voor medewerkers ter hoogte van 1,75% van hun salaris, dat besteed kan

	<p>worden aan activiteiten gericht op duurzame inzet. De werknemer kan zelf beslissen over de besteding, mits dat in goed overleg met de manager gebeurt en de keuze goed kan worden onderbouwd.</p> <p>In het Radboud overleggen manager en werknemer hier tweemaal per jaar over. Managers volgden hiervoor een training. De medewerkers een workshop. De hele cyclus is digitaal aan te sturen en het persoonlijke budget is eraan gekoppeld. Ook is een Vitaliteitsplaza beschikbaar, waar medewerkers met al hun vragen over carrière, ontwikkeling en gezondheid terecht kunnen.</p>
Hoe?	<p>Het Idealoog project is opgezet door vakbonden en medewerkers van de UMC's. Aanleiding vormde een overleg tussen de vakbonden en de directeuren van de UMC's over nieuwe arbeidsverhoudingen. Er is gestart met een projectteam en een excursie naar Finland om kennis te nemen van de visie van Professor Ilmarinen over inzetbaarheid van personeel (zie stagerapport Hedzer Fijlstra). Inmiddels lopen er 70 projecten en zijn er 5 leernetwerken in het leven geroepen.</p>
Winst voor de PPP	<p>People: de eerste reacties uit het Radboud laten zien dat de relatie met de manager gelijkwaardiger en soepeler wordt en de inzetbaarheid en arbeidssatisfactie toenemen. De effecten van het project worden nader onderzocht: resultaten daarvan zijn nu nog niet bekend. Men verwacht minder personeelsverloop en meer mogelijkheden om op termijn gemakkelijker personeel aan te trekken.</p>
Randvoorwaarden	<p>Instemming van de RvB en actieve betrokkenheid van de HR directeur; activiteiten, die aansluiten bij de motieven en passies van de medewerkers; leiderschap; gegarandeerde digitale privacy.</p>
Meer weten?	<p>Peter Loozen, projectleider Idealoog, Sint Radboud</p>

Beide projecten hebben o.a. als resultaat dat de medewerkers weer geïnspireerd raken. Hierdoor kan het personeelsverloop dalen.

Een 'best practice' die zich exclusief richt op medewerkertevredenheid is het project van de Stichting Schakelring. Dit is een van de eerste zorginstellingen, die met behulp van een softwarepakket, zelfroosteren mogelijk heeft gemaakt. Zelfroosteren betekent in dit project dat medewerkers in eerste instantie zelf individueel aan kunnen geven wanneer zij willen werken, in tweede instantie de gezamenlijke verantwoordelijkheid krijgen om de lege plekken in het rooster op te vullen en dat (pas) in 3e instantie de teamleiders de roosters completeren.

Best Practice 6	<p>Stichting Schakelring (verzorgingshuis + thuiszorg), Midden-Brabant</p>
Wat?	<p>Een pilot zelfroosteren in de Sint Janshof in Vlijmen.</p>
Hoe?	<p>Twee jaar geleden bleek uit een medewerkertevredenheidonderzoek dat veel medewerkers een disbalans kenden tussen werk en privé. Daarnaast waren teamleiders veel tijd kwijt met het maken van werkroosters en het tussentijds aanpassen van die roosters. De locatiemanager nam daartoe contact op met de licensehouder voor zelfroosteren in Nederland. De RvB stemde in met een pilot, die succes-</p>

	vol verliep. Na afloop van de pilot werd het softwarepakket aangeschaft en werd zelfroosteren officieel ingevoerd.
Winst voor de PPP	People: het lijkt erop dat medewerkers een betere balans tussen werk en privé ervaren. Verder ervaren de teammanagers minder werklast en is het ziekteverzuim van 7,1% naar 5,6% gedaald. Hierdoor is de kans dat werknemers bij het ziekenhuis blijven werken toegenomen.
Randvoorwaarden	Een cultuur van gedeelde verantwoordelijkheid voor het werkrooster creëren; zorgen dat de teamleiders goed geïnformeerd en enthousiast zijn.
Meer weten?	Harrie Veldkamp, locatiemanager Sint Janshof

Deze ‘best practice’ laat zien dat het verzuim aanzienlijk kan worden gereduceerd door de medewerkers meer zeggenschap te geven in de eigen werktijden.

Een ‘best practice’ op het terrein van diversificatie van het personeels- en cliëntenbestand is het project van GGZ Breburg.

Best Practice 7	GGZ Breburg
Wat?	Een diversiteitsproject om de verantwoordelijkheid van de instelling voor de doelgroep vorm te geven, personeelsproblemen op te lossen en het marktsegment allochtone cliënten binnen te halen.
Hoe?	Door de organisatie eerst cultuursensitief te maken m.b.v. trainingen intercultureel bewustzijn en transcultureel werken en aansluitend mensen van etnische minderheden te benaderen via organisaties die werken met mensen die een afstand tot de arbeidsmarkt hebben. Vervolgens worden deze mensen gerecruteerd, geïnformeerd over het Nederlandse zorgsysteem, wordt hen gedurende 3 maanden een onbetaalde werkervaringsplaats aangeboden en wordt hen een opleiding tot verpleegkundige aangeboden na afloop van de stage als ze dat willen. Tijdens de studie kunnen ze stage lopen bij de instelling. Inmiddels werken de medewerkers met een allochtone achtergrond als ambassadeur diversiteit voor de organisatie. Deze aanpak wordt jaarlijks herhaald; inmiddels voor het 6e jaar.
Winst voor de PPP	People: extra personeelstoestroom. Inmiddels zijn 32 mensen in opleiding gegaan en functioneren de afgestudeerden goed. Het personeelsbestand is van 1% naar 3,5% etnische minderheden gegroeid, het cliëntenbestand is van 0,4% etnische minderheden naar 3,55% gestegen en het imago van de organisatie is verbeterd. De provincie Noord-Brabant heeft de organisatie tot ‘best practice’ uitgeroepen en het project wordt als zodanig gepresenteerd binnen GGZ-Nederland.
Randvoorwaarden	De betrokkenheid van de HR directeur; het project is gedeeltelijk gefinancierd met gelden uit het Europees Subsidie Fonds (ESF) en gedeeltelijk vanuit de organisatie zelf.
Tips	Leg eerst een basis voor interculturalisatie binnen de organisatie; houd goed in de gaten tegen welke zaken medewerkers van etnische minderheden aanlopen en regel die; houd de werkbegeleiders per-

	soonlijk enthousiast voor het project.
Meer weten?	Jan de Groen, projectleider diversiteit, GGZ Breburg

De cijfers spreken voor zich: het is mogelijk nieuwe personeelsbronnen (en patiëntenbronnen) in de zorg aan te boren. Ook langs die weg kan een dreigend personeelstekort worden gekeerd.

De belangrijkste overwegingen voor de gepresenteerde 'best practices' om met duurzaam personeelsbeleid te beginnen zijn:

- de verwachte personeelstekorten;
- het versterken van het verpleegkundige beroep en het ontwikkelen van volwassen werkrelaties;
- het verbeteren van de patiënttevredenheid;
- het verlagen van het hoge ziekteverzuim.

Duurzaamheid wordt niet genoemd als reden om de projecten te starten. Vermoedelijk is dit de reden waarom HRM ondervertegenwoordigd is in de MVO-discussie. Maar duurzaam personeelsbeleid kan een belangrijk onderdeel zijn van een maatschappelijk verantwoorde bedrijfsvoering.

Veel Nederlandse projecten zijn nog niet goed geëvalueerd op de resultaten.

Onderzoek in de VS heeft aangetoond dat projecten, die zich richten op bovengenoemde People-aspecten, resulteren in duurzaamheid: een hogere winst, hogere productiviteit, betere kwaliteit van zorg en een lager personeelsverloop (bron: Drenkard, The businesscase for Magnet, Journal of Nursing Administration, 2010).

TIP 3: Met duurzaam personeelsbeleid kunt u binnen uw instelling (dreigende) personeelstekorten ondervangen.

Dit kan als:

- u een goede mix aan maatregelen introduceert;
- u medewerkers actief en in een vroeg stadium bij het vormgeven van het gewenste pakket maatregelen betreft;
- u ervoor zorgt dat de managers zich actief achter de maatregelen scharen en die enthousiast uitdragen;
- de maatregelen gericht zijn op meer autonomie en empowerment van de medewerkers, meer flexibiliteit en meer ruimte voor persoonlijke ontwikkeling;
- u de verantwoordelijkheid zo laag mogelijk in de organisatie legt;
- de maatregelen samengaan met een coachende/dienende managementstijl;
- u tegelijkertijd nieuwe bronnen voor het recruterend van personeel aanboort, die bijdragen aan een verdere diversificatie van het personeelsbestand.

De informatie en 'best practices' in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit de onderzoeksrapportage "Towards sustainable employability in health care: An overview of 'good practices' in The Netherlands" van Hedzer Fijlstra (NIGZ, 2011). Voor meer 'best practices' verwijzen wij u naar de bijlagen. De integrale rapportage van Hedzer Fijlstra is te verkrijgen via het NIGZ.

3.2.2. Best practices Duurzaam Patiëntenbeleid

Duurzaam patiëntenbeleid is tot nu toe ook ondervertegenwoordigd in de MVO-discussie. Termen als integrale zorg, familiegerichte zorg, patiëntgerichtheid, zelfmanagement in de zorg, empowerment, zorg op maat en e-health zijn wel bekend. Kwaliteitsverbetering van het zorgaanbod was hier de belangrijkste doelstelling. Geleidelijk aan kwam echter ook de mogelijkheid tot personeelsbesparing om de hoek kijken. Naast dreigende personeelstekorten speelt ook een groeiende en veranderende zorgvraag (bron: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 'Van zz naar gg', 2010).

'Van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid' is niet hetzelfde als 'duurzaam patiëntenbeleid', maar er zijn wel veel overeenkomsten. Patiëntenbeleid noemen we duurzaam als het niet alleen tegemoet komt aan de behoeften van de patiënt en bijdraagt aan een verbeterde gezondheidstoestand of een afname van het voortschrijden van de chronische ziekte op individueel niveau, maar ook op de lange termijn resulteert in:

- een reductie van de behoefte aan professionele zorg als gevolg van beter welzijn en een grotere mate van zelfredzaamheid van patiënten en/of de familie bij het managen van symptomen, behandeling, lichamelijke en psychische gevolgen en leefstijlveranderingen;
- een reductie van de kosten;
- een beter afstemming op de wensen en voorkeuren van patiënten(groepen);
- een reductie van het personeelstekort/een efficiënter gebruik van professionele zorg.

Duurzame patiëntenzorg heeft met andere woorden een verdergaande en ruimere doelstelling voor een langere termijn en is op grotere groepen gericht dan kwaliteitsverbetering van de zorg aan de individuele patiënt. Maar de overgangen zijn gradueel. Energiezorg, duurzame inkoop en duurzaam personeelsbeleid laten zich gemakkelijker definiëren dan duurzaam patiëntenbeleid.

Voor twee belangrijke nieuwe zorgvormen, familie zorg en zelfmanagement, is onderzocht of de aanpakken zijn aan te merken als duurzaam patiëntenbeleid.

Een 'best practice' familie zorg gebaseerd op het Amerikaanse Planetree-concept¹ voor holistische zorg is:

Best Practice 8	Verpleeghuis De Merlinge, Rivas Zorggroep, Arkel
Wat?	Familieparticipatie: De zorg leveren zoals de familie en de bewoner de zorg willen ontvangen. Dit betekent 2-wekelijks telefonisch contact met de familie en de familie betrekken bij de zorg. Dit kan bij-

¹ Planetree is ruim 30 jaar geleden opgericht. Doel van Planetree is zorginstellingen te creëren, waar mensen zich direct al beter voelen en waarin het beste van hotel, ziekenhuis en thuis is verenigd. In het Planetree-concept staan mensen voorop, is de zorg cliëntgericht, zijn familie, vrienden en dierbaren vitaal voor herstel of de kwaliteit van leven, is de fysieke omgeving goed ingericht, hebben medewerkers regie over hun werk en is er daardoor ruimte om beter en met meer plezier zorg te verlenen.

	voorbeeld betekenen dat de familie ook lichamelijke verzorging bij hun familieleden uitvoeren.
Hoe?	Tien jaar geleden is Rivas gestart met het integreren van de Planetree-visie. Inmiddels is deze visie in de Merlinge gewaarborgd. Deze visie benadrukt de mensgerichte zorg.
Winst voor de PPP	People (+ Planet): Verhoging van de bewoner- en familietevredenheid. Door betrokken zorgverlening is het gebruik van onrustmedicatie gedaald. Decubitus, smetten en vallen komen niet tot nauwelijks meer voor. Er is een fixatiebeleid.
Randvoorwaarden	De organisatie heeft een bewonersgerichte visie en een open klimaat. De zorgverleners moeten de betrokkenheid van de familie stimuleren, omdat de familie dit nog niet gewend is en veelal vanuit het medisch model denkt, waarin de zorgverleners het voor het zeggen hebben.
Tips	Voor het optimaliseren van deze visie dient de thuissituatie zo veel mogelijk nagebootst te worden. Denk hierbij naast de zorgverlening o.a. ook aan het interieur van de instelling en verzorging eten en drinken.
Meer weten?	Pieta van Santen, zorgcoördinator kleinschalig wonen

Een evidence-based ‘best practice’ familiezorg gebaseerd op de Methode Familiezorg¹ is:

Best Practice 9	Woonzorgcentrum Den Herdgang, Zorggroep De Wever, Tilburg
Wat?	Familiegerichte zorg volgens de Methode Familiezorg van het Expertisecentrum Familiezorg i.s.m. de Universiteit van Tilburg. Alle zorgverleners krijgen een training, een zorgcoördinator bezoekt de cliënt met zijn/haar familie voordat de cliënt er komt wonen en familie kan bijdragen aan de zorg. De methode is gebaseerd op veel communicatie, gericht op het op een lijn krijgen van alle partijen.
Hoe?	Op initiatief van de directeur is men hier in 2004 mee gestart
Winst voor de PPP	People: waarschijnlijk een betere gezondheidstoestand en welzijn van de bewoners (lastig te meten), hoge cliënttevredenheid, verminderde stress en werkdruk bij de zorgverleners, meer werkplezier, meer kwaliteit van zorg
Randvoorwaarden	Het kostte wel extra geld om de methode te implementeren, maar het budget is niet verruimd; er was geen extra personeel nodig bij de implementatie
Tips	Het is vooral slim omgaan met uitgaven en goed prioriteren. Er is met name prioriteit gegeven aan (jaarlijkse) trainingen.
Meer weten?	Monique van Engelen, afdelingshoofd; Hans Smits, manager Zorg

¹ De methode familiezorg richt zich op de onderlinge relaties tussen zorgvragers en hun familieleden. Die onderlinge relaties vormen het hart van de zorg. Dat is waar de zorg gegeven wordt, waar families vragen, problemen en wensen hebben. Zowel partners als kinderen hebben een relatie met de zorgvrager die door ziekte beïnvloed wordt.

Uit een analyse van de projecten familiezorg blijkt niet eenduidig dat familiegerichte patiëntenzorg tot een afname van de behoefte aan professionele zorg leidt. Familie kan de professionele zorg erg ondersteunen en zo kan tijd vrijkomen (de Merlinge). Andere 'best practices' laten ook zien dat de behoefte afneemt omdat kennis van de familie gebruikt kan worden, dat er minder vertraging in de behandeling optreedt en dat de opnameduur op de afdeling omlaag is gegaan. Maar het begeleiden van familie kan ook veel tijd kosten.

Ook bleek in geen van de projecten dat het betrekken van familie tot een vermindering van de kosten leidt. Uit de projecten wordt wel duidelijk dat het betrekken van familie erg belangrijk is voor het welzijn van de patiënten. En ook dat het bijdraagt aan het werkplezier en de voldoening van de zorgverleners en aan een betere communicatie tussen patiënten, familie en zorgverleners. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat familiezorg (ook in tijden van bezuinigingen) kan bijdragen aan het behoud van kwaliteit van zorg en aan beter welzijn voor de cliënt.

N.B. Het Sophia Revalidatiecentrum in Den Haag hoopt in een interventieproject dat zich richt op thuisbehandeling van kinderen en jongeren met Niet Aangeboren Hersenletsel (wel) aan te tonen dat een duurzaam patiëntenbeleid uiteindelijk niet meer tijd en geld kost, omdat de behandeling thuis effectiever is. Het project gaat in 2011 van start met subsidie van ZonMw (zie onderzoeksrapportage Noëlle de Jong of www.de-haagsescholen.nl/lectoraten-en-onderzoek/overzicht-lectoraten/revalidatie-lectoraat/projecten-en-kenniscirculatie).

Een 'best practice' gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten is:

Best Practice 10	Leef Gezond met COPD-programma van Huisartsenzorg Arnhem
Wat?	Het Leef Gezond met COPD-programma is een van oorsprong Canadees programma. In het kader van het programma zijn de huisartsen en praktijkverpleegkundigen getraind door Huisartsenzorg Arnhem in het ondersteunen van het zelfmanagementprogramma. Naast de training is praktijkondersteuning aan de huisartsen geboden en is aan de praktijkverpleegkundigen nog een cursus motiverend interviewen gegeven. Het programma zelf bestaat uit 3 consulten in het eerste jaar na de diagnose COPD. Eerst wordt een actieplan opgesteld hoe om te gaan met verslechtingen in het ziektebeeld. Daarna worden 4 informatieboekjes overhandigd en wordt in overleg een persoonlijk zorgplan opgesteld met specifieke doelen. De patiënt kan zelf bepalen welke onderwerpen hij in de gesprekken aan de orde wil stellen. Partners van de cliënten worden nauw bij dit traject betrokken.
Hoe?	Het programma is in 2009 opgestart door Huisartsenzorg regio Arnhem. Het project maakte deel uit van een van de vier pilots op het gebied van COPD van zorgverzekeraar Menzis. Het project ontvangt ZonMw subsidie in het kader van het disease management programma. Het programma wordt uitgevoerd door 40 huisartsen in de regio Arnhem en bereikt ca. 1400 COPD-patiënten.
Winst voor de PPP	People + Profit: deelnemers aan het Canadese programma, dat zich op patiënten met een ernstiger vorm van COPD richtte, vertoonden een significante reductie in het aantal ziekenhuisbezoeken en een

	afname van de algemene kosten voor COPD-zorg (tot \$200 per patiënt per jaar). Ook nam het aantal bezoeken aan de spoedeisende hulp en het aantal artsbezoeken af. Verder werd een verbetering van de kwaliteit van leven ervaren. (Bron: Gadoury et al., Selfmanagement reduces both short- and long-term hospitalisation in COPD, European Respiratory Journal, Vol 26, 2005)
Randvoorwaarden	Gemotiveerde goed getrainde huisartsen en praktijkondersteuners. Voldoende tijd voor het uitvoeren van het programma in de huisartsenpraktijk. Goede afspraken met de tweede lijn. Goede ICT-ondersteuning.
Tips	Er kan ook met groepen worden gewerkt. Groepen blijken alleen effectief te zijn als ze niet groter zijn dan 8 patiënten.
Meer weten?	Stephanie Mouwen, E:smouwen@archiatroszorg.nl

Best practice 10 is bijzonder omdat het niet alleen een zelfmanagementproject betreft waarin de zelfredzaamheid en besluitvorming van de patiënt wordt versterkt. Het project heeft ook gevolgen voor de rol van de zorgverlener, de wijze van communicatie tussen patiënt en hulpverlener en voor de organisatie van de zorg. Uiteindelijk vraagt het project om een andere organisatie van de zorg rondom COPD. En heeft het gevolgen voor alle betrokken partijen. Zo kunnen projecten op onderdelen de organisatie van de zorgsector als geheel doen veranderen.

Het project is geïnitieerd door een zorgverzekeraar. De kosten van zelfmanagementprogramma's worden voor het merendeel gefinancierd door zorgverzekeraars. Uit de literatuur komt naar voren dat zelfmanagement gunstig uitpakt voor de claims die door patiënten bij zorgverzekeraars worden neergelegd.

Sommige programma's worden gefinancierd vanuit het budget voor de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Dit lijkt gunstig, maar pakt niet altijd zo uit. In een aantal gevallen bleek het remmend te werken op de belangstelling voor het programma. Een kleine eigen bijdrage kan helpen om het programma te volbrengen.

Al met al lijkt het reëel te verwachten dat zelfmanagement tot een afname van het zorggebruik en tot kostenreductie en efficiencywinst leidt en uiteindelijk bijdraagt aan een duurzamer zorgsector.

N.B. Een dergelijk resultaat is in de praktijk gebleken uit een eerste evaluatie van zorg-op-afstand, een experiment waarin een deel van de thuiszorg voor ouderen, chronisch zieken en geestelijk gehandicapten werd geboden door een videoverbinding. Uit een praktijkdag bleek dat de meeste cliënten zich minder onzeker voelden (71%) en dachten langer thuis te kunnen blijven wonen (62%); 32% gaf aan zich zelfstandiger te voelen. De meeste hulpverleners (80%) gaven aan de situatie van de cliënt beter te kunnen inschatten en 'echter' contact met hun cliënten (91%) te hebben dan via de telefoon. Kwaliteit van zorg en kostenreductie gaan hier duidelijk hand in hand. (Bron: Verbreden, verdiepen, opschalen; KSI tussen wetenschap en transitiepraktijk, Diederik van der Hoeven, juni 2010)

Zelfmanagement is ook bij de patiëntenorganisaties en de overheid nadrukkelijk in beeld. Zo is in 2009 het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ) gestart. Dit Actieprogramma zal

op korte termijn veel informatie opleveren over de organisatie en haalbaarheid van zelfmanagement in de zorg. Voor informatie hierover wordt verwezen naar: www.zelfmanagement.nl.

TIP 4: Door de familie (en het sociale netwerk van de patiënt) actief bij de zorg rondom de patiënt te betrekken en zelfmanagement van de patiënt te bevorderen kunt u uw patiëntenzorg duurzamer vorm geven.

Belangrijke zaken om rekening mee te houden zijn:

- creativiteit is belangrijk: veelal gaat het erom een andere aanpak te realiseren binnen hetzelfde budget. Dit blijkt goed mogelijk als u hier ruimte voor geeft;
- er kan veelal gebruik worden gemaakt van het beschikbare DBC-budget voor de oude aanpak. Hierdoor kunnen projecten zonder (veel) extra kosten worden gerealiseerd;
- zowel hulpverleners als patiënten en familieleden moeten wennen aan een nieuwe rol. Dit gaat niet vanzelf. Met een open klimaat en begeleiding kunt u dit faciliteren;
- duurzame zorg geeft de werknemers over het algemeen meer voldoening doordat alle partijen in dezelfde richting werken. Dit draagt bij aan een laag personeelsverloop;
- nieuwe technologieën kunnen een belangrijke rol spelen mits de privacy van de patiënt is gegarandeerd. Deze investeringen kunt u snel terugverdienen;
- goede communicatie (op het niveau van de patiënt en op een begrijpelijke manier) is erg belangrijk.

De 'best practices' in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit de onderzoeksrapportages 'Self Management; a sustainable solution?' van Michelle de Groot en 'Familiegericht Zorg in een duurzame zorgsector' van Noelle de Jong (NIGZ, 2011). Voor meer 'best practices' verwijzen wij u naar de bijlagen. De integrale rapporten van Noëlle de Jong en Michelle de Groot zijn te verkrijgen via het NIGZ.

3.2.3. Maatschappelijk Betrokken Ondernemen (MBO)

Maatschappelijk Betrokken Ondernemen (MBO) gaat in het algemeen over de verantwoordelijkheid die het bedrijfsleven ervaart en op zich neemt voor de directe sociale (leef)omgeving, waar ze in gevestigd is. Zo kunnen bedrijven hulp bieden aan mensen die ondersteuning nodig hebben of zich eenzaam voelen. Via werknemersvrijwilligerswerk zorgen bedrijven bijvoorbeeld voor extra handen en activiteiten, waardoor de kwaliteit van leven voor deze mensen verbetert. Daarbij gaat het niet alleen om de zorgvragers zelf, maar ook om het ontlasten van de mantelzorgers. Dat heeft ook een maatschappelijk belang. Mantelzorgers die hun zorgtaken goed aankunnen, kunnen hun naasten langer thuis blijven verzorgen. Daardoor hebben zij minder professionele zorg en minder opnames in zorginstellingen nodig. Bovendien voorkom je zo dat mantelzorgers zelf uitvallen met bijvoorbeeld consequenties voor hun baan.

MVO Nederland en Movisie zijn in 2011 gestart met de Nationale MBO Monitor. Hiermee willen zij maatschappelijke organisaties, bedrijven en gemeenten zelf hun inzet op het gebied van MBO in kaart laten brengen. Op basis van de resultaten van deze Monitor zullen gericht activiteiten worden ontwikkeld om MBO in Nederland en in de zorgsector te stimuleren. Ook is een

brochure met 'best practices' (MBO in Bedrijf) beschikbaar (Movisie, 2011). Voor verdere informatie met betrekking tot MBO verwijzen wij u naar: www.nationalembomonitor.nl.

MBO kan ook mondiaal worden ingevuld. Veel ziekenhuizen hebben een vriendschapsband met een ziekenhuis in Oost-Europa of buiten Europa en stellen gebruikte, maar nog goed bruikbare goederen beschikbaar voor een tweede leven. Als deze activiteiten passen in de behoeften van de ontvanger kan ook van MBO gesproken worden. Het beschikbaar stellen van afgedankte goederen valt hier buiten.

3.2.4 Overige mogelijkheden voor MVO in de Zorg en People

In hoofdstuk 3.2. hebben we drie belangrijke manieren genoemd om bij de bedrijfsvoering rekening te houden met People. In de hoofdstukken 3.2.1. t/m 3.2.3. hebben wij laten zien hoe u uitwerking kunt geven aan de verschillende manieren en hebben wij u doorverwezen naar andere bronnen.

In hoofdstuk 1.2. hebben wij de mogelijkheid besproken om door middel van het hanteren van de **Menselijke Maat** (Mensen en Bedrijfsvoering) tot een duurzamer bedrijfsvoering te komen. Een sociale uitwerking hiervan die onbesproken is gebleven maar recentelijk zeer succesvol is gebleken, is de aanpak van Buurtzorg. In juni is door Effectory een medewerkertevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Daaruit bleek dat de medewerkers erg tevreden zijn over Buurtzorg als werkgever; zij waarden hun organisatie met een 8,7. Op 28 september 2011 is Buurtzorg uitgeroepen tot de beste werkgever van 2011 van Nederland.

4. MVO in de Zorg langs de Profit-route

MVO betekent verantwoording nemen voor de effecten van de bedrijfsvoering op mens en milieu en daar toegevoegde waarde creëren en aan strategisch voorraadbeheer doen om een balans te bereiken tussen People, Planet en Profit (3P's). Pas als alle drie de elementen in balans zijn is er sprake van een werkelijk duurzaam of toekomstbestendig beleid.

In de praktijk wordt MVO-beleid zelden vanuit alle drie de aspecten tegelijkertijd ingezet. Er zijn kortom meerdere routes mogelijk. In dit hoofdstuk schetsen wij de relatie tussen de zorgsector en de Profit en presenteren wij u 'best practices' MVO, die starten vanuit de Profit-route.

4.1. De Profit

Zorginstellingen zijn geen profit-instellingen. Zorginstellingen hebben de gezondheid en het welzijn van hun patiënten als corebusiness. Profit in de zorg is dan ook een lastig onderwerp. Als Profit echter voor doelmatig en efficiënt financieel management staat dan is het zeker in tijden van bezuinigingen van vitaal belang voor een duurzame bedrijfsvoering.

In deze rapportage zijn we er dan ook vanaf het begin van uit gegaan dat alle duurzaamheidsinitiatieven op termijn minimaal geen financieel verlies en bij voorkeur financieel voordeel opleveren. Uit een aantal 'best practices' blijkt ook duidelijk dat dit mogelijk is. Voor andere 'best practices' geldt dat dit lastiger aantoonbaar is of dat een langere projecthorizon gewenst is.

Veel zorginstellingen geven aan vanwege de bezuinigingstaakstelling duurzaamheid (nog) niet hoog op de agenda te hebben gezet. Dit lijkt zeker tegen het licht van de energiebesparingsmogelijkheden in de zorg (zie 'best practice' 1 in 2.2.1) een onjuist uitgangspunt. De belangrijkste incentive voor ziekenhuizen om tot nu toe met duurzaamheid aan de slag te gaan blijkt kostenreductie te zijn. Best practice 1 had ook in dit hoofdstuk kunnen staan. Vanwege de voordelen voor de Planet hebben we hem echter toch ondergebracht in hoofdstuk 2 (MVO in de Zorg en Planet). Duurzaamheid in de zorg zou wellicht al een veel hogere vlucht hebben genomen als het idee dat duurzaamheid duur is niet zo hardnekkig stand zou houden.

Ook op andere aspecten van de bedrijfsvoering zoals innovatieve (digitale) technologie die tot personeelsreductie kan leiden, valt veel winst te boeken. Een voorbeeld hiervan is het Health-Buddy-systeem, een apparaat dat in het COPD-zelfmanagementprogramma van de Zorggroep Almere wordt gebruikt (zie bijlagen). Het apparaat stelt de patiënt elke dag vragen over zijn/haar gezondheid en welbevinden en koppelt de antwoorden via een analoge telefoon, die elke nacht een vrij nummer belt, terug naar het gezondheidscentrum. Het systeem functioneert als een directe feedback voor de gezondheidswerker en kan als controletool worden gebruikt. Ook veel andere elektronische of digitale apparaten, waarmee op afstand zorg kan worden geboden (e-health) of zaken in huis kunnen worden aangestuurd (domotica) kunnen hiertoe worden gerekend.

Financieel management in combinatie met innovatie is een thema dat in de zorgsector nog veel meer aandacht zou mogen krijgen. In dit opzicht kan de zorgsector zijn voordeel doen met slimme connecties met de innovatieve gezondheidszorgindustrie.

4.2. Best Practices

Ook zonder digitale en sociale media zijn er inspirerende ‘best practices’. Hier geven we twee inspirerende ‘best practices’ weer die niet gemakkelijk zijn in te delen omdat alle 3P’s in beeld zijn.

Best Practice 11	De activiteiten van de Nederlandse Hartstichting
Wat?	Een meting van het effect van de activiteiten van de Hartstichting op het zorggebruik van hartpatiënten
Hoe?	De Hartstichting investeert in onderzoek, publiekscampagnes en lobby bij de politiek om mensen met cardiovasculaire problematiek. Doel van hun activiteiten is de bevolking zo goed mogelijk voor te lichten om te voorkomen dat zij hartkwalen krijgen en zo goed mogelijk te begeleiden als zij hartproblemen hebben
Winst voor de PPP	Profit (+People + Planet): Karen Maas (Erasmus Universiteit Rotterdam) concludeert dat het aantal hartinfarcten in 25 jaar tijd met 27,7% is gedaald, dat het aantal mensen dat direct overleed af nam met 63,5% en dat de duur van de ziekenhuisopname bij een hartinfarct afnam van gemiddeld 17 – 18 dagen naar gemiddeld een week. Impactmetingen wijzen uit dat Nederland mede door deze investering van 20 miljoen euro in wetenschappelijke onderzoek, preventie en voorlichting meer dan zes miljard euro heeft bespaard op de kosten van acute hartinfarcten in de laatste 25 jaar. De maatschappelijke waarde is dat de Hartstichting aantoonbaar invloed heeft gehad op het voorkomen van hartfalen en het verbeteren van de kwaliteit van leven na een hartinfarct (De Bondt, 2010).
Meer weten?	Karen Maas (universitair docent Erasmus Universiteit Rotterdam)

Dit project laat zien dat het rendoert om in te zetten op strategieën die bij kunnen dragen aan een ontlasting van de curatieve zorg. En dat dergelijke strategieën niet strijdig zijn met, maar zelfs bij kunnen dragen aan een verbetering van de kwaliteit van de zorg en van de bedrijfsvoering (Profit).

TIP 5: Door slimme samenwerkingsverbanden met patiëntenorganisaties en/of met de gezondheidszorgindustrie aan te gaan kunt u tot innovatieve aanpakken in de zorgverlening komen, die kwaliteitsverbetering combineren met kostenreductie.

Best Practice 12	Welzorg
Wat?	Op het People-aspect zorgt Welzorg o.a. voor goede opleidingsmogelijkheden voor de medewerkers, voor werkgelegenheid voor WSW-ers, voor uitgebreide klant- en opdrachtgeverstevredenheidsonderzoeken, voor veiligheidstrainingen voor scootmobielrijders en voor sportparticipatieprogramma’s voor cliënten. Op het Planet-

	<p>aspect zorgt Welzorg voor goed inzicht in verbruik- en afvalgegevens, waarop besparingsprogramma's worden ontwikkeld. Deze hebben geleid tot energiebesparing en tot projecten voor hergebruik van o.a. verpakkingsafval, accu's en transaxles. Ook is een groene, veilige en duurzame scooter ontwikkeld. Daarnaast voert Welzorg een groen leasebeleid voor zowel onze personen- als bedrijfsauto's. Op de Profit-kant wordt duurzaam ingekocht, Welzorg werkt nauw samen met leveranciers om de keten samen duurzamer te maken.</p>
Hoe?	<p>Sinds 2009 heeft Welzorg een MVO-programma gericht op People, Planet en Profit. Dit programma wordt jaarlijks geëvalueerd en aangescherpt. Er is een MVO-raad in het leven geroepen, die het MVO-beleid binnen de organisatie op de kaart zet, vorm geeft en borgt. Ook is MVO opgenomen in het introductietraject voor nieuwe medewerkers. Het MVO-beleid wordt vanuit de directie actief ondersteund.</p>
Winst voor de PPP	<p>People, Planet + Profit: Het personeelsverloop daalde in 2 jaar tijd van 54% naar 13%, het aantal geïnterviewde cliënten (klanttevredenheidsonderzoek) nam met 200% toe. In 2010 werd het autopark gedeeltelijk vervangen door auto's met 15% minder CO2-uitstoot, de energieverbruikkosten werden met 15% teruggebracht, het papierafval is op sommige locaties in een jaar tijd gehalveerd. Gemiddeld bleek 40% van de afgeschreven hulpmiddelen herinzetbaar voor donatie of verkoop in het buitenland. Het ISO 14001-milieucertificaat werd behaald. Er is een Wheels2Sport project waar mensen laagdrempelig sporthulpmiddelen kunnen lenen. Ook is er een accustraat waar jaarlijks 4000 accu's geschikt worden gemaakt voor hergebruik, hierdoor is 12% besparing op de inkoop van accu's en een veel grotere besparing op de hoeveelheid zware metalen afval bereikt.</p>
Randvoorwaarden	<p>Support van de RvB, directie en management team</p>
Tips	<p>Jaarlijks wordt een MVO-award uitgereikt aan een aantoonbaar succesvol MVO-initiatief binnen de organisatie.</p>
Meer weten?	<p>Julie Rousseau, Julie.rousseau@welzorg.nl</p>

Dit project laat zien dat uitsluitend door kritische beschouwing van de eigen bedrijfsvoering en het aanboren van MVO-creativiteit binnen de organisatie winst kan worden behaald.

TIP 6: Door kritisch naar uw eigen zorginstelling en creatief naar de gangbare processen te kijken kunt u tot innovatieve aanpakken in de bedrijfsvoering komen, die kwaliteitsverbetering en ecologische winst combineren met kostenreductie.

4.3. Overige mogelijkheden voor MVO in de Zorg en Profit

In dit hoofdstuk hebben we enkele voorbeelden gegeven van 'best practices', waarin nadrukkelijk rekening is gehouden met de Profit.

In hoofdstuk 1.2. hebben we ook aandacht gevraagd voor de overlapgebieden tussen de 3 P's en voor de mogelijkheden om door middel van **Groene Efficiency** (Milieu en Bedrijfsvoering): duurzaam inkoopbeleid, energiezorg, afvalverwerking en hergebruik) de bedrijfsvoering meer maatschappelijk verantwoord en duurzamer te maken.

In hoofdstuk 2 hebben we daar bij 'best practices 1, 2 en 3' al mooie voorbeelden van gezien. Die voorbeelden laten zien dat de 3 P's wel te onderscheiden, maar niet te scheiden zijn.

Ook hebben we aandacht gevraagd voor de ontwikkeling van nieuwe technologieën voor goede luchtbehandeling en ventilatie in de intramurale zorg en voor innovatieve vormen van afvalverwerking en een creatief gebruik van e-health, omdat ook op die terreinen naar verwachting nog veel winst kan worden behaald.

Maatschappelijk verantwoorde en duurzame zorg is dus niet hetzelfde als dure zorg.

Als dat zo zou zijn was Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in de marktsector niet dé standaard voor de bedrijfsvoering in de 21 eeuw geworden. Met deze publicatie laten we zien dat het ook in de zorgsector anders kan. Hopelijk wordt MVO ook in de zorgsector dé standaard voor de toekomstige bedrijfsvoering.

In deze rapportage zou meer aandacht besteed kunnen worden aan de spanning die het integreren van de verschillende P-aspecten in de bedrijfsvoering met zich mee kan brengen. Natuurlijk is het niet zo dat het tegemoetkomen aan Planet-aspecten altijd vanzelfsprekend ook gunstig uitpakt voor de Profit- en People-aspecten. De aspecten overlappen, maar zijn ook gescheiden. Zo heeft energiezorg door LED-verlichting negatieve gevolgen voor de licht- en klimaathuishouding in het ziekenhuis.

Maar dat is tegelijkertijd de uitdaging van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen. Hoe tot een zodanige mix van bewezen effectieve en vernieuwende bedrijfsactiviteiten te komen dat alle 3 P-aspecten aan bod komen en een duurzame balans in de bedrijfsvoering wordt bereikt?

In het laatste hoofdstuk gaan wij in op wat het integreren van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in de bedrijfsvoering voor u betekent.

5. MVO als transitietraject

MVO betekent verantwoording nemen voor de effecten van de bedrijfsvoering op mens en milieu en daar toegevoegde waarde creëren en aan strategisch voorraadbeheer doen om een balans te bereiken tussen People, Planet en Profit (3P's). Pas als alle drie de elementen in balans zijn is er sprake van een werkelijk duurzaam of toekomstbestendig beleid.

5.1. Inleiding

De Nederlandse samenleving bevindt zich thans in een fase waarin een fundamentele omschakeling naar een duurzame samenleving noodzakelijk en gaande is.

Voor de zorg betekent die fundamentele omschakeling dat niet langer de zorgverstreker centraal zou moeten staan, maar de persoon die zorg nodig heeft. Een dergelijke transitie zal nog tientallen jaren vergen... Ouderen zullen in vele opzichten een dominante plaats gaan innemen in onze toekomstige samenleving. En dit zal onder andere een zware wissel trekken op de toekomstige gezondheidszorg (Rotmans, 2003).

Doet u mee met de gewenste omschakeling?

Of blijft u achter en laat u het achterstallig onderhoud oplopen?

In de vorige hoofdstukken hebben wij u het doel van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (hoofdstuk 1) en de 'best practices' (hoofdstuk 2 t/m 4) laten zien.

Die 'best practices' hebben wij kort voor u beschreven op doelstellingen, aanpak en resultaten. Voordat u "ja" zegt tegen het incorporeren van MVO in uw bedrijfsvoering en het gaan creëren van meerwaarde voor uw product en uw organisatie willen wij u nog informeren over de processen van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen.

Hoe start u zo'n transitie succesvol op?

En hoe stuurt u het proces zo aan dat u uw doel bereikt?

Daarover gaat dit hoofdstuk.

Deze rapportage heeft als ondertitel: 'Schetsen voor een routekaart Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in de Zorgsector'. Een pasklare routekaart leveren wij u niet. Die bestaat niet. Want MVO is een zoektocht. Er is een doel (hoofdstuk 1) en er zijn belangrijke randvoorwaarden, de 'routeplanners'. Die 'routeplanners' zijn gebaseerd op de kennis en ervaringen tot nu toe. U kunt ze gebruiken om de reis goed voor te bereiden en aan te vangen en zo uw kans op het bereiken van het reisdoel te maximaliseren.

In dit hoofdstuk reiken wij u als zorgondernemer 'routeplanners' aan.

In bijlage 1 concretiseren we deze 'routeplanners' verder tot 'wegwijzers'. De 'wegwijzers' zijn bedoeld voor de projectleiders, afdelingshoofden of werkgroepleden in uw organisatie, die daadwerkelijk met de vormgeving van een MVO-traject aan de slag gaan.

5.2. Op reis willen

De reis begint in alle gevallen met de wens de reis te willen gaan maken:

- omdat het moet: "We can't solve problems by using the same kind of thinking we used when we created them" (Einstein);
- omdat het hoort: MVO is dé standaard voor ondernemen in de 21e eeuw;
- omdat het loont: u wilt met het oog op uw bedrijfsvoering toegevoegde waarde creëren op het primaire proces en u aldus onderscheiden van uw concurrenten.

De reis begint ook vanuit het besef dat de tijd daar is of dringt. **Now is the moment!** Als u het nu niet doet verliest u uw koppositie, zijn anderen u voor, verliest u patiënten, personeel of budget of bent u gewoon te laat om het traject nog succesvol te kunnen afsluiten.

Het initiatief voor de reis kan van diverse kanten komen. Veelal bent u als zorgondernemer de 'trekker' van het traject. Is dat niet zo en komt het initiatief bijvoorbeeld vanuit een Technische Dienst, het hoofd van het Facilitair Bedrijf of het hoofd van een afdeling P&O dan is het nog steeds van groot belang dat u het initiatief als RvB faciliteert en onderschrijft.

Belangrijk is ook dat de medereizigers (uw medische staf en uw personeel) het eens zijn met het ondernemen van de reis en met de bestemming. Goede communicatie en afstemming tussen de betrokken uitvoerende partijen (medisch en niet-medisch) is essentieel voor een zinvolle en succesvolle reis.

5.3. Routeplanners

5.3.1. Visie

De route naar MVO (bestemming) betekent dat u een visie ontwikkelt op een andere organisatie van het zorgproces, waarin een koers wordt uitgezet gericht op:

- het creëren van toegevoegde waarde aan het primaire proces door een integrale afweging van de 3 P's;
- een langetermijnvisie, waardoor ook voor toekomstige generaties voldoende en kwalitatief goede zorg blijft gegarandeerd (zorgvuldig voorraadbeheer op de 3 P's);
- een geïntegreerde kijk op meerdere schaalniveaus (een beoordeling van de gevolgen op micro-, meso- en macroniveau).

Voor u als zorgondernemer bevat die visie onvermijdelijk ook elementen van een verschuiving van Zorg en Ziekte naar Gezondheid en Gedrag (RvZ, 2010):

- een verschuiving van het medisch model (aanbodgericht) naar een meer op zorg gericht model (vraaggericht);
- een verschuiving van genezen naar voorkómen van ziekte;
- een verschuiving van een controlerende managementstijl naar een faciliterende/dienende managementstijl in de zorg.

Bij het ontwikkelen van die visie hoort ook een analyse van de huidige bedrijfsprocessen (what's in the box). Zie best practice 12.

5.3.2. Open Cultuur en nieuw leiderschap

Belangrijk voor het ontwikkelen van die visie is dat u een 'open mind' hebt voor innovatie en verbetering, dat u ruimte biedt voor verrassende experimenten, dat u risico's durft te lopen met innovatieve experimenten en dat u kunt omgaan met onzekerheid. (starting to innovate out of the box). Met andere woorden: dat u visionair leiderschap toont.

Het is bovendien belangrijk in deze fase van de reis dat u voorstanders vindt en draagvlak weet te creëren (inbedding regelen) omdat het wijzigen van structuren, gedachtegangen en gebruiken weerstand oproept en een innovatief experiment hiertegen moet worden beschermd. Het afbraakrisico in een vroeg stadium is anders te groot. Rotmans spreekt hier van het organiseren van een multi-actor-proces, waarin u ruimte biedt voor verrassende ontmoetingen, u barrières wegneemt en transitieteams vormt, die het vraagstuk afbakenen in deelthema's en de verschillende probleempercepties in kaart brengen. In deze fase zoekt u ook aanjagers. In de 'best practices' is regelmatig sprake van integrale werkgroepen MVO, die in het leven zijn geroepen. Ook wordt vaak aangegeven dat een andere, meer dienende leiderschapsstijl gewenst is. Die nieuwe stijl geeft meer autonomie aan de verpleegkundigen om hun werk binnen bepaalde randvoorwaarden naar eigen inzicht vorm te geven. Dit draagt bij aan een meer vraaggestuurde zorgverlening. Zie best practice 6.

5.3.3. Exploratie en Agendabouw

Als u draagvlak binnen de organisatie hebt verworven voor een experiment en een lange termijn visie hebt ontwikkeld, is het tijd om routes te bepalen waarlangs het doel mogelijkwijs kan worden gehaald.

Dit is een exploratieve fase, waarin u verschillende mogelijkheden laat/kunt onderzoeken en uitwerken. Communicatie is in deze fase maar ook in alle andere fasen heel belangrijk. In deze fase worden nieuwe verbindingen gelegd en wordt (latente) kennis geïntegreerd en geactiveerd. Uiteindelijk resulteert dit in een gezamenlijke oplossingsrichting en een gemeenschappelijke agenda voor het transitietraject. Zie best practice 7.

5.3.4. Deskundige uitvoering

Bij de uitvoering is het belangrijk dat u voor een goede mix van bestaande en nieuwe instrumenten kiest. Dit betekent dat er voorafgaand aan de uitvoering nieuwe instrumenten moeten worden ontwikkeld of ingezet/aangekocht. Ook zult u medewerkers moeten laten scholen om de nieuwe instrumenten deskundig te kunnen hanteren. Ook als het om strategieën gaat die elders al zijn ontwikkeld, geldt toch vaak dat een lokale aanpassing gewenst is om de strategie op maat voor uw eigen organisatie in te kunnen voeren.

Vaak ook zullen de verhoudingen tussen afdelingen en tussen medici en niet-medische professionals en/of tussen hulpverleners en patiënten als gevolg van het experiment veranderen. Hier zult u alert op moeten zijn. De besluitvorming kunt u voor een deel decentraliseren. Er ontstaan nieuwe rollen en nieuwe verwachtingspatronen. Aan deze zaken zult u voorafgaand aan de start en gedurende het experiment ruime aandacht moeten besteden. Zie best practice 10.

5.3.5. Knippen en meten

MVO in de zorg is een zoektocht. Een langetermijnvisie en een gemeenschappelijke agenda gaan goed samen met een aanpak waarin u het MVO-beleid stap voor stap uitwerkt, tussendoelelen formuleert, resultaten toetst en zo nodig bijstellingen doorvoert.

Ook is het belangrijk dat u bij het beoordelen van de tussenresultaten de drie essentialia van een duurzame aanpak (zie 5.3.1) goed in beeld houdt. Dit betekent dat u niet kunt volstaan met een gangbare kosten-baten-analyse, maar dat u nieuwe, passende meetinstrumenten zult moeten (laten) ontwikkelen en inzetten. Deze meetinstrumenten richten zich naast de financiële gezondheid op de verbondenheid met patiënten, de betrokkenheid van het personeel, de ecologische voetafdruk en de effecten van de bedrijfsvoering op de samenleving. Zie best practice 2.

5.3.6. Evalueren

Periodiek zult u moeten bekijken in hoeverre de ingezette instrumenten hebben geresulteerd in de gewenste oplossing, welke neveneffecten zijn opgetreden, of die positief of negatief moeten worden beoordeeld en welke maatregelen nodig zijn voor een koersbijstelling. Deze leereffecten zijn van groot belang voor het proces als geheel en kunnen zelfs aanleiding zijn om het einddoel bij te stellen. Opvallend is dat in veel van de gepresenteerde best practices dit onderdeel geheel of nagenoeg ontbreekt. Zie best practice 8.

5.3.7. Een nieuwe ronde

Rotmans hanteert als richtlijn voor één transitiecyclus een periode van 1 à 2 jaar tot maximaal 5 jaar. Een transitie naar MVO betekent al lerende doen en al doende leren en leren leren. Daarom gaat de auteur ervan uit dat er zich een proces van voortdurende innovatie ontwikkelt dat keer na keer kan worden herhaald en uiteindelijk telkens weer tot verbetering van de kwaliteit van het zorgproces op alle 3 P's en alle niveaus kan leiden. Hij geeft de volgende samenvatting van belangrijke verschillen tussen de gangbare managementstijl en transitie management:

Huidig beleid	Transitiemanagement
Korte tijdshorizon (5 -10 jaar)	Lange tijdshorizon (25 - 50 jaar)
Facetbenadering: - beperkt aantal actoren; - één schaalniveau; - één domein.	Integrale benadering: - multi-actor; - multi-level; - multi-domein.
Gericht op incrementele verbetering	Gericht op innovatie & duurzaamheid
Gangbare sturingsvorm	Nieuwe sturingsvormen

Gaat uit van zekerheid	Gaat uit van onzekerheid
Politieke arena	Transitie-arena en Politieke arena
Lineaire kennisontwikkeling en -verspreiding	Al doende leren, al lerende doen en al lerende leren

Bron: Dit hoofdstuk is voor een belangrijk deel gebaseerd op Jan Rotmans, Transitie-management; sleutel voor een duurzame samenleving, Van Gorcum, 2006.

6. Op weg gaan

In hoofdstuk 1 hebben wij u laten zien wat MVO in de zorg zoal kan betekenen en waarom het voor u als zorgondernemer belangrijk is om hiermee aan de slag te gaan.

In de hoofdstukken 2, 3 en 4 hebben wij u vanuit verschillende routes (Planet, People en Profit) laten zien hoe MVO in de Zorg kan worden ingevuld door de relatie tussen de zorg en de 3 P's kort te schetsen en concrete 'best practices' te presenteren.

In hoofdstuk 5 tenslotte hebben we u "Routeplanners" aangereikt om het traject vanuit de RvB goed te kunnen starten en met goed gevolg te kunnen afronden.

In de bijlagen vindt u nog:

- 'Wegwijzers', dit zijn nog concretere handreikingen voor de direct bij een MVO-traject betrokken projectleiders en uitvoerders
- een schat aan overige 'best practices' (in totaal 27 projecten), waar u inspiratie aan kunt ontleunen;
- relevante websites, die u kunnen inspireren;
- een adreslijst met instellingen en adviseurs, die u op weg kunnen helpen;
- de samenstelling van de Coalitie, die aan de wieg heeft gestaan van deze publicatie en die u uiteraard ook kan helpen om uw weg in MVO-land te vinden.

Wij bieden u hiermee een actuele en adequaat toegeruste 'startkit', waarmee u kunt besluiten de MVO-weg op te gaan. Deze rapportage laat zien dat MVO loont, niet alleen omdat het moet en hoort, maar vooral omdat het kansen biedt op betere zorg, gemotiveerder personeel, zuiniger gebruik van grondstoffen en lagere kosten. Omdat het toegevoegde waarde heeft, die zich misschien niet direct, maar zeker op termijn vertaalt in de genoemde voordelen. Omdat innovatie voorsprong oplevert en creativiteit losmaakt. En omdat die creativiteit nodig is om oplossingen te vinden voor de problemen die zijn ontstaan of zich nog gaan aandienen.

En omdat "health wealth" is in de breeds mogelijke betekenis van het woord.

Het is nu aan U!

Bijlagen

Bijlage 1 Wegwijzers voor uw MVO-project

Bijlage 2 Overige 'best practices'

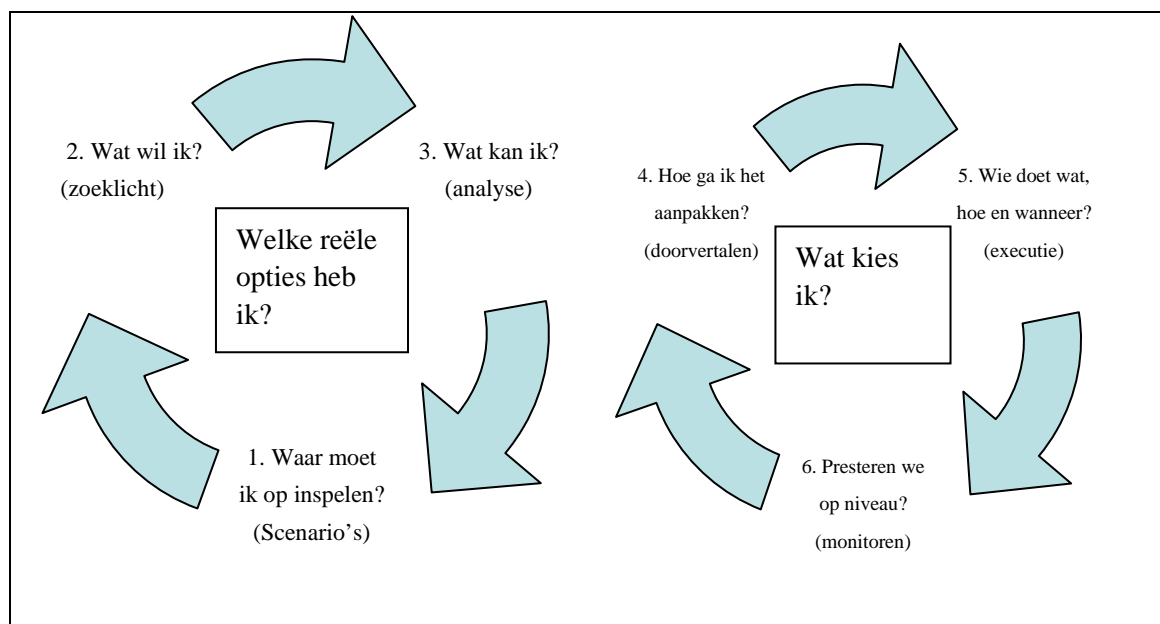
Bijlage 3 Relevante websites voor MVO

Bijlage 4 Lijst Innovators

Bijlage 5 Samenstelling Coalitie

Bijlage 1 - Wegwijzers voor uw MVO-project

Als u met een MVO-transitieproces of -experiment start is het belangrijk u de volgende vragen te stellen:



Vrij naar: FME Duurzaamheidskompas: Handboek duurzaamheid high tech systems, april 2011)



Wegwijzer 1. Waar moet ik op inspelen?

De problemen in de zorg zijn groot. De kansen ook. Dit vraagt om vernieuwende aanpakken en vernieuwend leiderschap. MVO integreren in de bedrijfsvoering betekent de bereidheid en wens om de kwaliteit van zorg te verbeteren door op het People-, Planet- en Profit-aspect waarde toe te voegen. Die aanpak vraagt om een integrale bedrijfsvoering, zorgvuldig voorraadbeheer en een langetermijnvisie vanuit een geïntegreerde kijk op verschillende schaalniveaus (zie 5.3.1 en 5.3.2)

Als je kiest voor het integreren van MVO in de bedrijfsvoering doe je dat meestal om een mix van redenen, die past bij jouw organisatie. Daardoor is elk MVO-traject uniek. Het gaat erom de bedrijfsvoering aan te passen aan veranderende tijden en wensen met (minimaal) behoud van kwaliteit van zorg. Zoals het bedrijfsleven aan productvernieuwing doet kan de zorgsector voortdurend aan zorgvernieuwing doen. Omdat er nieuwe technologische mogelijkheden zijn, onderdelen of grondstoffen schaars worden, de zorgvraag verandert etc..Omdat het op onderdelen anders moet of kan en je daarmee de kwaliteit van de zorg tegelijkertijd structureel kunt verbeteren. Of de concurrentie voor kunt zijn.

Belangrijk is ook de "sense of urgency", het besef dat het NU moet en niet langer kan wachten.



Wegwijzer 2. Wat wil ik?

MVO integreren in de bedrijfsvoering vraagt dus om betrokken en visionair leiderschap. Het vraagt ook om het creëren van een open en lerende bedrijfscultuur, waarin ruimte is voor experimenten (Squarewise). En om een zekere nieuwsgierigheid. Ceanconsulting beschrijft de benodigde ‘mindset’ als: samenwerkingsgericht, met een continue focus op verbetering, denken in kansen en top-down-kaders bieden en bottom-up kleine stappen zetten. Squarewise wijst er ook op dat MVO in de zorg intern om samenwerking en het delen van kennis en extern om het opbouwen van effectieve (kennis)samenwerkingsrelaties vraagt. Het is ook excellent willen zijn en je nek uit durven steken. Koplopers kansen bieden en onconventionele paden durven bewandelen. En goed communiceren over wat je doet en waarom je het doet zowel intern als naar patiënten toe. Ontwikkel een langetermijn visie op MVO en probeer daar alle aspecten in mee te nemen. Combineer het met een prioritering (transitieagenda) en bak het traject af in deelthema’s en in overzichtelijke experimenten: al doende leren en al lerende doen. Dit maakt het mogelijk de transitie gefaseerd in te voeren en zo nodig telkens bij te stellen. Zorg dat MVO in de portfolio zit van een of meer van de leden van de RvB en dat de duurzaamheid van hun beleid ook wordt gemeten. Betrek een lid van de RvB in de projectgroep. Wat u uiteindelijk wilt is afhankelijk van uw startpositie en uw einddoel. Beide goed in beeld brengen is een must.



Wegwijzer 3. Wat kan ik?

Zorginstellingen beschikken over het algemeen over een geweldig areaal deskundige stakeholders, die je actief bij het traject kunt betrekken. U kunt veelal meer dan u denkt. Over het algemeen wordt aangeraden om een integraal transitieteam of een werkgroep in te stellen. Dit team kan duurzaamheidcriteria voor de organisatie opstellen en voorstellen doen voor de herallocatie van middelen om de experimenten mogelijk te maken. Zorg dat u hierin mensen met inhoudelijke kennis, netwerkers en verkopers bundelt. U hebt ze nodig om de aansprekende boodschap uit te dragen. Wijs ook een probleemeigenaar aan. Uit de best practices komt naar voren dat het bij de uitvoering vaak meer om het creatief omgaan met beschikbare middelen gaat dan om het vinden van aanvullende middelen. Regelmatig blijkt dat de nieuwe aanpak gewoon uit de DBC-financiering bekostigd kan worden. Het is wel belangrijk duidelijke criteria te formuleren en helder af te spreken wie beslissingsbevoegd is. Door nieuwe verbanden aan te gaan en latente kennis te integreren en activeren ontstaat ruimte voor nieuwe ideeën en kan vaak voor een belangrijk deel worden geput uit reeds aanwezige bronnen. Belangrijk daarbij is om de juiste mensen te benaderen en om medische en niet-medische deskundigheid te integreren. Soms ook moeten nieuwe vaardigheden worden aangeleerd en moet hiervoor budget beschikbaar worden gesteld. Draagvlak hiervoor creëren is erg belangrijk. Support vanuit het management wordt in alle best practices essentieel voor een goe-

de kans op welslagen genoemd. Reken op tegenwind, maar laat u niet al te gauw uit het veld slaan en verwacht niet op al te korte termijn tastbare resultaten.



Wegwijzer 4. Hoe ga ik het aanpakken?

U bevindt zich nu in de verkenningsfase. Een belangrijk advies is om niet te snel van start te gaan, maar voor deze fase echt de tijd te nemen. Te snel van start willen gaan of met te weinig draagvlak is een veel voorkomende valkuil. Neem dus ruim de tijd om de verschillende percepties van het probleem in kaart te brengen en met de betrokkenen door te spreken. En zoek ook samenwerking met andere zorgaanbieders om kennis te delen en te vermenigvuldigen. Pas als er consensus is bereikt over wat het probleem is en welke richting de organisatie in moet slaan kunnen de transitiepaden worden verkend. Een risico in dit traject is dat u uitsluitend vertegenwoordigers van stakeholders betreft. Dit kan een remmende werking op het innovatieve karakter van het proces hebben. Nodig daarom ook altijd een of meerdere ‘creatievelingen’ op persoonlijke titel uit om mee te doen. En durf ‘out of the box’ te denken.



Wegwijzer 5. Wie doet wat, hoe en wanneer?

Zorg ervoor dat er binnen de organisatie ruimte ontstaan om binnen de gegeven randvoorwaarden van probleemanalyse en einddoel invulling aan het traject te geven. Kies daarom niet voor een top-down-aanpak, maar leg de verantwoordelijkheid voor de invulling van het transitiepad zo laag mogelijk in de organisatie en zo dicht mogelijk bij de deskundigen en feitelijke uitvoerenden. Maak ze medeprobleemeigenaar en benut hun creativiteit. Maar zorg wel dat duidelijk is wie de projectleider en leidinggevende voor het MVO-project is. Geef deze persoon een belangrijker plaats in de organisatie en zorg dat MVO in een stafachtige afdeling wordt ondergebracht zodat het alle afdelingen van de organisatie regardeert. En zorg dat die persoon en de medewerkers aan het experiment voldoende zijn gefaciliteerd om deze opdracht redelijkerwijs met goed gevolg te kunnen uitvoeren. Spreek van tevoren de periode af gedurende welke het experiment zal draaien voordat een (eerste) evaluatie wordt uitgevoerd.



Wegwijzer 6. Presteren we op niveau?

Metten is weten. Daarom is het raadzaam voorafgaand aan de start van het transitie-experiment een nulmeting te doen. Mogelijkerwijs is dit bij 2. al gebeurd. Zo niet, dan is het raadzaam goed in kaart te brengen waar u start en wat u met dit MVO-experiment wilt bereiken. Een transitietraject is het resultaat van een ingrijpende en onomkeerbare verandering van het denken over en het werken aan en in de gezondheidszorg, waarbij bestaande structuren, gebruiken en gedachtegangen worden afgebroken en duurzame structuren, gebruiken en gedachtegangen daarvoor in de plaats komen (zie 5.3.7) Een evaluatie van een transitietraject vraagt dus ook om een ingrij-

pende verandering in het denken over en meten van de resultaten van het experiment. Een eenvoudige kosten-baten-analyse op het niveau van de organisatie (een 2-dimensionale meting) volstaat niet langer. Nodig is een evaluatie die de effecten op micro-meso- en macroniveau in kaart brengt voor People, Planet en Profit en die de lange termijn doelen en de korte termijn doelstellingen goed met elkaar in verband brengt. Het gebruik van KPI-standaarden voor de Planet-kant aangevuld met metingen op de patiënt, medewerker- en samenlevingsaspecten wordt aangeraden. Een experiment is uiteindelijk alleen succesvol als het op al die aspecten en op alle niveaus positief uitpakt. Want structurele omwentelingen worden pas gerealiseerd als de niveaus en aspecten elkaar versterken.

Naast een heldere lange termijn strategie is er dus een uitgebalanceerde set van gerelateerde duurzaamheid meetwaarden nodig. Daarvoor is nog geen blauwdruk ontwikkeld. Wel zijn er enkele methodes en scans ontwikkeld, die de impact van MVO-activiteiten goed in kaart kunnen brengen.

We noemen er hier enkele:

- de Milieuthermometer Zorgsector voor alle zorginstellingen van MPZ/Stichting Milieukeurmerk;
- de ISO 26000 richtlijn;
- de Balanced Score Card;
- de MVO Prestatieladder;
- de Social Return on Investment.

Ook wordt aangeraden om budgetcriteria voor MVO-projecten te ontwikkelen. Zo zou je de besluitvorming bijvoorbeeld zo in kunnen richten dat MVO-experimenten met een terugverdientijd van 5 jaar en een budget van minder dan €150.000,= zonder meer worden goedgekeurd.

Succes!

De 'wegwijzers' in deze bijlage zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op de publicatie: "Sustainability in Health Care, A study on the relation between sustainability initiatives and organizational design elements in hospitals" van Abhimanyu Julaniaya, Rebecca Kersch, Elvera Laanen, Markus Wabnegg, RSM Erasmus Universiteit Rotterdam/Squarewise, 2011. De integrale tekst van deze publicatie is te verkrijgen bij Squarewise, strategisch Adviesbureau met focus op innovatie en passie voor duurzaamheid, Vinoly gebouw, Claude Debussylaan 48 1082 MD Amsterdam, Nederland, Telefoon: +31 (0)20 447 39 25, Fax: +31 (0)20 611 04 19, E-mail: info@squarewise.com

Bijlage 2 - Overige best practices

Onderstaand presenteren wij u de overige 'best practices' die de masterstudenten in hun rapportages hebben beschreven. Deze 'best practices' hebben wij niet in de tekst opgenomen, omdat hun grote aantal dit onmogelijk maakte. De hier gepresenteerde 'best practices' zijn op dezelfde manier beschreven als de 'best practices' in de hoofdstukken. Voor uitgebreidere informatie verwijzen wij u naar de afzonderlijke rapportages van de masterstudenten. Per 'best practice' is aangegeven in welke rapportage deze is terug te vinden.

Best Practice 13	Diaconessenhuis, Reinier de Graaf Groep, Voorburg
Wat?	In 2006 zijn 125 armaturen met twee PLC spaarlampen van 26 Watt en voorschakelapparatuur van 4 Watt vervangen door LED Downlighters van 16 Watt. De LED Downlighters werden in de gangen en hallen van verschillende poliklinieken gemonteerd op de plaatsen van de PLC spaarlamp armaturen.
Hoe?	Door de teamleider van de Technische Dienst is in overleg met de milieucoördinator, het hoofd van de Technische Dienst en een externe adviseur begonnen met een test van drie verschillende LED Downlighters. De Pheaton LED Downlighters werden -en de PAR LED Downlighters worden toegepast bij natuurlijke vervangingsmomenten. Hierdoor worden over een tijdsperiode van circa 5 jaar alle PLC spaarlamp armaturen in de hallen en gangen vervangen.
Winst voor de PPP	Planet + Profit: Door alle energiezuinige maatregelen heeft het Diaconessenhuis uiteindelijk in 2010 een besparing van €53.000 gerealiseerd op de energierekening. Onbekend is hoe groot de specifieke besparingen van alleen de toegepaste Pheaton -en PAR LED Downlighters zijn. Door de Technische Dienst is berekend dat de terugverdientijd van de LED-verlichting circa 2,5 jaar bedraagt.
Randvoorwaarden	De LED-verlichting werd geplaatst tijdens natuurlijke vervangingsmomenten.
Tips	Door gebruik te maken van het onderhoudsbudget hoeft geen aanvraag te worden gedaan bij de Raad van Bestuur voor "extra" financiering.
Meer weten?	J. Keijser, Milieucoördinator
Bron	Rapportage Daan Bording

Best Practice 14	Onze Lieve Vrouwen Gasthuis, Amsterdam
Wat?	Officieel beleidsdoel van het ziekenhuis is om eind 2012 het zilveren niveau te halen op de Milieuthermometer (MPZ/Stichting Milieukeurmerk). Vervolgens zal dit verder moet worden uitgewerkt in een uitvoeringsplan .
Hoe?	Voor het behalen van ‘zilver’ gelden o.a. inkoopcriteria zoals: toegang tot inkoopcriteria, aandacht voor milieu bij investeringen en tenders en milieucriteria als onderdeel van de standaard inkoopcontracten. Daarnaast worden leveranciers regelmatig verzocht duurzame oplossingen toe te passen en worden zij geselecteerd op een bij voorkeur gecertificeerd milieumanagementsysteem.
Winst voor de PPP	Planet: Een duurzaamheidchecklist voor de inkoopafdeling, duurzame inkoop als onderdeel van het toekomstige beleid en energiereductie door een nieuw efficiënt verwarmingssysteem. MVO is een doel voor de toekomst geworden
Randvoorwaarden	Een top-down-implementatie
Tips	Maak gebruik van beschikbare nuttige ‘tools’ zoals de Milieuthermometer
Meer weten?	E.M.Parma@olvg.nl
Bron	Rapportage Peter Schouten

Best Practice 15	Erasmus MC, Rotterdam
Wat?	Duurzame inkoop, duurzame bouw, (reductie van) het gebruik van grondstoffen en duurzaam personeelsbeleid,
Hoe?	Door TNO metingen te laten verrichten en advies uit te laten brengen over de meest kansrijke projecten en een ziekenhuisbrede werkgroep in te stellen, die de verschillende projecten met elkaar moet gaan verbinden. Voor Erasmus MC geldt dat men eerst een nulmeting laat uitvoeren en vervolgens op kansrijke onderdelen met MVO aan de slag gaat.
Winst voor de PPP	Planet (+People): Energie en water worden sinds 2009 betrokken uit ‘groene’ bronnen. TNO berekent de CO2-voetafdruk voor het ziekenhuis. Op basis hiervan worden keuzes voor de toekomst gemaakt. Duurzaamheid is een belangrijk agendapunt voor de RvB geworden.
Randvoorwaarden	Een goed contact tussen de inkoopafdeling en de budgethouder.
Tips	Start een klankbordgroep
Meer weten?	l.lodder@erasmusmc.nl
Bron	Rapportage Peter Schouten

Best Practice 16	Elkerliek ziekenhuis, Noord-Brabant
Wat?	In aanvulling op een jaarlijks interview (sinds 2006), waarin samen met de werknemer gekeken wordt naar de ambities van de werknemer voor de komende 3 jaar, is een digitaal systeem geïntroduceerd. Dit systeem monitort de deskundigheid van de werknemer op drie dimensies: op organisatieniveau, op functieniveau en op persoonlijk niveau. Aansluitend wordt aan medewerkers een digitale leeromgeving aangeboden. Managers krijgen een training coachend leiderschap, hun afdelingen worden verkleind en de verantwoordelijkheden worden lager in de organisatie gelegd en op organisatie-, groeps- en individueel niveau wordt een inzetbaarheidsmonitor bijgehouden. De resultaten van de monitor vormen de basis voor actieplannen voor afdelingen en medewerkers. Daarnaast zijn er plannen in voorbereiding voor meer lichaamsbeweging en voor het aanpassen van banen aan de mogelijkheden van mensen met een functiebeperking.
Hoe?	Door een stuurgroep en feedbackgroep in het leven te roepen en veel tijd in het project te investeren. Extra geld was nodig voor de verschillende activiteiten en voor de software
Winst voor de PPP	People: Een verbeterde inzetbaarheid van de medewerkers; proactieve werknemers, die meer autonomie ervaren m.b.t. de ontwikkeling van hun carrière
Randvoorwaarden	Organisatiebrede acceptatie met behulp van een goed communicatieplan; een projectleider duurzaam personeelsbeleid; integratie van MVO in de planning & control-cyclus
Tips	Probeer niet alles tegelijk te implementeren.
Meer weten?	Hester Wagenvoort, projectleider duurzaam personeelsbeleid
Bron	Rapportage Hedzer Fijlstra

Best Practice 17	Waterland ziekenhuis, Noord-Holland
Wat?	Een jaarlijks vitaliteitsinterview met de manager, waarin het werk, de vorderingen en de persoonlijke kansen, maar ook de persoonlijke vitaliteit aan bod komen. Medewerkers worden gestimuleerd om na te denken over hun werk en het werk o.a. d.m.v. informatiebijeenkomsten en pluimbijeenkomsten en uitgenodigd zich te onderscheiden. Aansluitend worden hen trainings- en ontwikkelingsmogelijkheden geboden.
Hoe?	Door het ingezette verzuimbeleid in samenspraak met een extern consultancybureau te intensiveren en verbreden naar duurzaam personeelsbeleid (mobiliteit) dat zowel aanwezigheid als inzet in de beschouwing betreft. Daarbij is gebruik gemaakt van de BRAVO-thema's (Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, Ontspanning) en het 7-stappenplan van het NIGZ.

Winst voor de PPP	People + Profit: lage verzuimcijfers en een meer open werksfeer waardoor het bespreken van deze thema's gemakkelijker is geworden.
Randvoorwaarden	Begin met eenvoudige activiteiten
Tips	Wees voorbereid op weerstand bij medewerkers
Meer weten?	Joost de Bie, adviseur vitaal en veilig werken
Bron	Rapportage Hedzer Fijlstra

Best Practice 18	Cordaan, Amsterdam
Wat?	Een diversiteitsproject, waarin d.m.v. workshops en dialoogsessies de organisatie cultuursensitief wordt gemaakt, binnen elke unit aandachtsfunctionarissen worden aangesteld om elk jaar aandacht aan interculturalisatie te besteden; gebruik wordt gemaakt van zittend etnisch personeel als ambassadeur om de jeugd te benaderen om in de zorg te komen werken, contact wordt gelegd met zelforganisaties van allochtonen, allochtonen als vrijwilliger kunnen komen werken om te ervaren hoe het is, door bij sollicitatiegesprekken altijd iemand van een etnische minderheid aan het gesprek deel te laten nemen, door allochtonen in de gelegenheid te stellen als vrijwilliger voor eenzame ouderen hun nederlands bij te spijkeren, door mensen die dat willen via een zij-instroomprogramma een verpleegkundige opleiding te laten volgen
Hoe?	Door een stuurgroep in het leven te roepen en een projectleider, aandachtsfunctionarissen en ambassadeurs aan te stellen. En door het diversiteitsbeleid elk jaar te evalueren en zonodig aan te passen. De voorzitter van de RvB zou het initiatief voor het project hebben genomen. Ook is er een programmaraad betrokken.
Winst voor de PPP	People + Profit: het diversiteitsbeleid van Cordaan is zo bekend dat mensen met een etnische achtergrond inmiddels op eigen initiatief naar Cordaan komen. Inmiddels heeft 14% van de medewerkers en 5% van de cliënten een etnische achtergrond. De etnische medewerkers zijn creatiever, zitten vol met ideeën en hebben een lager verzuim. Ook zijn zij gemiddeld genomen lichamelijk en psychisch sterker en scoren zij hoger in de tevredenheidsonderzoeken. Het diversiteitsbeleid draagt bij aan duurzame inzetbaarheid van nieuw personeel voor de zorg.
Randvoorwaarden	Enthousiasme bij de RvB en de medewerkers binnen de organisatie
Tips	Besteed in de opleiding aandacht aan de diversificatie van het cliëntenbestand
Meer weten?	Anne-Rose Abendanon, programmamanager interculturalisatie
Bron	Rapportage Hedzer Fijlstra

Best Practice 19	Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht
Wat?	Familieparticipatie. Binnen de divisie Kinderen van het WKZ heeft familie 24 uur per dag toegang tot hun kind en mag 1 ouder bij het kind blijven slapen (uitgezonderd kinder intensive care waar de praktische ruimte voor inroemen ontbreekt). Familie wordt gestimuleerd om zorg te leveren voor zover verantwoord en voor zover men dat wil. Het personeel leert handelingen aan; de familie voert ze uit. Daarnaast biedt het ziekenhuis emotionele ondersteuning aan ouders en kunnen geestelijken en maatschappelijk werkers helpen met levensvragen.
Hoe?	Familiezorg is al 20 jaar geleden op gang gekomen en is een geïntegreerd onderdeel van de zorg, die niet meer weg te denken is uit het beleid.
Winst voor de PPP	People +Profit: meer aandacht voor het kind, waardoor de gezondheid en het welzijn van het kind verbeteren. Er is een kortere ligduur, waardoor zorggebruik en kosten lager zijn dan 20 jaar geleden. Dit resultaat komt niet alleen op conto van het project, want in 20 jaar is er veel veranderd. Familiezorg betekent wel veel adequatere zorg, omdat ouders hun kind het beste kennen. Bovendien is bewezen dat het traumatisch is voor kinderen om te worden gescheiden van hun ouders. Ook komt het het welzijn van de ouders ten goede.
Randvoorwaarden	Het precieze effect is lastig in kaart te brengen omdat het zo verweven zit in het beleid van de instelling. In situaties, waarbij de ouders niet aanwezig zijn, blijkt dat kinderen angstiger zijn en dat er minder aandacht voor hen is op psychosociaal gebied.
Tips	De volwassenenzorg kan veel van deze aanpak leren.
Meer weten?	Claudia Heikoop, hoofd Zorgenheid Kikker en Eekhoorn
Bron	Rapportage Noëlle de Jong

Best Practice 20	Willem Arntsz ABC, Altrecht, Utrecht
Wat?	Familieparticipatie bij jong-volwassen cliënten met psychose. Voor het personeel is het niet vrijblijvend en zijn er trainingsmiddagen om het omgaan met de familie te trainen. Voor familie zijn er trainingen psycho-educatie, is er groepsbegeleiding (multifamilygroups) en zijn er thema-avonden. Bij elke intake en behandelplanbespreking is familie aanwezig en vanuit de kliniek wordt er eens in de 2 weken gebeld met de familie. Verder kan aan ouders individuele ondersteuning worden geboden.
Hoe?	De aanpak is vanuit het management van ABC in 2002 opgezet.
Winst voor de PPP	People: de aanpak is positief voor de behandeling en het welzijn van de cliënt en wordt door de familie gewaardeerd.

Randvoorwaarden	Alles gebeurt binnen het budget van ABC; casemanagers en persoonlijk begeleiders hebben hetzelfde aantal cliënten als in andere afdelingen van Altrecht. Alleen de activiteiten buiten kantooruren kunnen leiden tot meer werkuren of verschuiving van de werkuren. Voor de werknemers is het betrekken van familie niet vrijblijvend; bij sollicitaties wordt hierop geselecteerd.
Tips	Zie: www.altrecht.nl/ABC
Meer weten?	Ingeborg Siteur, manager en psychiater
Bron	Rapportage Noëlle de Jong

Best Practice 21	Nieuw Berkendael, revalidatie woonzorgcentrum, Zorggroep WZH, Den Haag
Wat?	Familiezorg: de verpleegkundigen en teamleider zorgen behalve voor de cliënt ook voor de familie. Ze kunnen de familie ook bepaalde handelingen aanleren. Casemanagers begeleiden cliënten (naar) buiten de instelling. Er zijn geen bezoeken en de familie wordt bij alle zorgleefplan-besprekingen en andere activiteiten betrokken.
Hoe?	Zorggroep WZH heeft een visie ontwikkeld op patiënt- en familiegerichte zorg. N.a.v. klachten is een nieuwe locatiemanager aangesteld om deze visie te implementeren en daarin te incorporeren wat cliënten en familie veranderd zouden willen hebben. De personele bezetting is hierop aangepast: er zijn veel overheadfuncties geschrapt. De teamleiders leveren zelf geen zorg meer. Hierdoor hebben ze tijd vrij voor de familie.
Winst voor de PPP	People: het welzijn van de patiënt is het uitgangspunt. Familie betrekken verhoogt de kwaliteit van het leven van de patiënten erg. De familie kan bovendien ondersteunend zijn bij de professionele zorg en daarmee de professionals ontlasten.
Randvoorwaarden	Familieparticipatie kost veel tijd
Tips	Creativiteit is belangrijk voor het aanbieden van activiteiten en het mogelijk maken van vernieuwing. Daarbij gaat het er vaak om oplossingen te zoeken die de patiënt ten goede komen, maar geen extra geld kosten.
Meer weten?	Jolanda Smits, locatiemanager
Bron	Rapportage Noëlle de Jong

Best Practice 22	Gecombineerd Centrumverpleeghuis Liduina, Boxtel
Wat?	De familie wordt betrokken bij alle activiteiten. Ze bieden dan hulp en begeleiden de bewoners. Bij het intakegesprek en bij het

	zorgleefplan wordt altijd de familie betrokken, evenals bij het overleg twee keer per jaar over het zorgleefplan. Zelfregie is het uitgangspunt.
Hoe?	Er bestonden al verschillende initiatieven op het gebied van familieparticipatie binnen de instelling. N.a.v. een workshop van Vilans over familieparticipatie in de langdurende zorg is een familieparticipatiebeleid ontwikkeld. Daarvoor is een werkgroep in het leven geroepen.
Winst voor de PPP	People + Profit: familiezorg is goed voor het welzijn van de bewoners en heeft (naar verwachting) ook effect op de gezondheidstoestand. De werknemers geeft het voldoening, omdat er zelden conflicten zijn. Het stimuleert ook eigen initiatief en het denken in oplossingen. Hierdoor komen allerlei initiatieven van de grond. Het verloop is heel laag.
Randvoorwaarden	
Tips	Het duurt vaak een tijdje voordat de familie van een nieuwe bewoner gaat participeren
Meer weten?	Ad van Rozendaal, hoofd begeleiding; Barbara Wijnand, hoofd verpleging psychogeriatric
Bron	Rapportage Noëlle de Jong

Best Practice 23	Zorglijn Psychotische stoornissen, UMC Utrecht
Wat?	Familiezorg t.b.v. patiënten met acute psychose in de leeftijd van 18 – 30 jaar. Alle zorgverleners hebben lezingen en trainingen familie-zorg gehad. De familie wordt nu altijd uitgenodigd voor het opnamegesprek en regelmatig uitgenodigd om over de behandeling of medicatie te praten. De eerste dagen van de opname kan de familie ook worden opgenomen (rooming-in). Ook kan de familie worden ingeschakeld bij praktische zaken als medicatie-toediening. Dit gebeurt vooral wanneer de patiënt aan verpleegkundigen weerstand biedt. Daarnaast is er veel aandacht voor informatie-uitwisseling.
Hoe?	N.a.v. een spiegelgesprek in 2006 met familie en cliënten werd besloten de familie-zorg te verbeteren. Daarvoor is in 2009 een projectvoorstel ingediend bij het UMC-innovatieprogramma Slimmer Beter. Toen de financiering werd verkregen is een projectteam gestart met de ontwikkeling en uitvoering van het plan.
Winst voor de PPP	People: de aanpak is gunstig voor het welzijn van de patiënt, maar ook voor het werkplezier van het personeel. Er wordt betere zorg geleverd.
Randvoorwaarden	Aanvankelijk kostte het betrekken van de familie meer tijd, maar later verdween dit verschil doordat het was geïntegreerd in het werken. Naast de personele kosten voor de trainingen (externe financiering) zijn er geen extra kosten gemaakt.

Tips	
Meer weten?	Lena Donk, zorglijncoördinator Psychotische stoornissen en project-leider familiebeleid.
Bron	Rapportage Noëlle de Jong

Best Practice 24	Prisma-programma voor patiënten met diabetes II VUMC, Amsterdam
Wat?	Het Prisma-programma is een zelfmanagementprogramma voor mensen met diabetes mellitus II gebaseerd op het Engelse DES-MOND-programma, dat uitvoering is geëvalueerd. Het programma is in 2006 gestart in het VUMC, kan 8 keer per jaar worden gevolgd, en richt zich op het informeren van mensen over hun ziekte en over het aanleren van vaardigheden om met de ziekte en de symptomen te kunnen omgaan. Naast de informatie wordt voor elke patiënt in overleg een persoonlijk behandelplan opgesteld met doelen. Het bereiken van de doelen wordt in check-ups besproken. De doelen worden zo nodig gedurende het traject bijgesteld. Het Prisma-programma is een keuzeonderdeel van het normale diabeteszorgprogramma.
Hoe?	Professionals worden getraind in de methode en begeleiden in twaalfden de patiënten.
Winst voor de PPP	People + Profit: Deelnemers aan het programma lieten verbeterde eetgewoonten, een lagere consumptie van vetten en suikers, een gezonder eetpatroon, gewichtsverlies, een afname van depressie en een verbeterde kwaliteit van leven zien. De vergrote zelfstandigheid van de patiënten leidt tot een afname van de vraag naar professionele zorg.
Randvoorwaarden	Een belangrijke voorwaarde voor een succesvol project is dat zelfmanagement goed wordt ondersteund. Dit betekent dat de verpleging goed moet worden geschoold in het motiveren van patiënten tot zelfmanagement.
Tips	Organiseer scholing voor patiënten en voor professionals in de nieuwe aanpak.
Meer weten?	Suzanne Bader
Bron	Rapportage Michelle de Groot

Best Practice 25	Zelfmanagementprogramma voor mensen met COPD van Zorggroep Almere
Wat?	Het programma bestaat uit 3 informatiebijeenkomsten. Tijdens de 1e bijeenkomst staan de klachten van de patiënt en de taken van huisarts en praktijkondersteuner centraal, tijdens de 2e bijeenkomst de

	behandeling van diëtist, fysiotherapeut en apotheker en tijdens de 3e bijeenkomst het zelfmanagement en de diverse hulpmiddelen/methoden. Er wordt o.a. een beweegprogramma gepresenteerd en een persoonlijk behandelplan besproken. Daarnaast kunnen de deelnemers kennis maken met de Healthy Buddy. Dit apparaat stelt de patiënt elke dag vragen over zijn/haar ziekte, leefstijl en welbevinden. De antwoorden worden via een analoge telefoon of internet doorgegeven en uitgelezen op een centraal punt. Vragen, die en vervolgvragen vereisen worden doorgegeven. De praktijkondersteuner neemt dan contact op met de cliënt. Zo nodig wordt het persoonlijk behandelplan bijgesteld. Hiermee ontvangt de gezondheidswerker directe feedback, die als controle kan dienen. Bij elk consult wordt het persoonlijk behandelplan gecheckt op behaalde resultaten. Desgewenst kan door mensen met sociaalpsychologische problemen worden deelgenomen aan een cursus.
Hoe?	Het programma is opgezet in 2007 en wordt gegeven in 4 van de 23 gezondheidscentra van de Zorggroep Almere. Per programma (3 sessies) worden ca. 50 – 60 personen bereikt.
Winst voor de PPP	People + Profit: De vergrote zelfstandigheid van de patiënten leidt tot een afname van de vraag naar professionele zorg.
Randvoorwaarden	Zelfmanagement moet goed worden ondersteund.
Tips	Maak gebruik van een ruimte, die de patiënten goed kennen (bijvoorbeeld en gezondheidscentrum).
Meer weten?	Vera Kampschöer
Bron	Rapportage Michelle de Groot

Best Practice 26	Het Club DiaBest programma van Zorggroep Almere voor mensen met Diabetes Mellitus II
Wat?	Het programma bestaat uit 13 wekelijkse groepsbijeenkomsten van 8 – 10 patiënten. Elke bijeenkomst heeft een eigen onderwerp. Gedachte achter de aanpak is dat door de onderwerpen in groepsverband te bespreken de patiënten zich meer bewust worden van wat er speelt dan in een 1 op 1 situatie met de hulpverlener. Daarnaast komt het persoonlijk zorgprogramma aan de orde en kunnen de patiënten gebruik maken van een Health Buddy (telebegeleiding) en ontvangen ze een mailnieuwsbrief.
Hoe?	Het programma voor diabetes mellitus II is gebaseerd op het Club Diabetes programma, dat is ontwikkeld door een psychiater en een psycholoog. Het programma wordt gesponsord door Lilly Nederland. Het programma wordt uitgevoerd in enkele huisartsenpraktijken in Oost-Nederland en door de Zorggroep Almere. De DVN promoot evenals zorgverzekeraar Agis.
Winst voor de PPP	People + Profit: De vergrote zelfstandigheid van de patiënten leidt

	tot een afname van de vraag naar professionele zorg
Randvoorwaarden	Het totale programma wordt gefinancierd vanuit het beschikbare budget voor DBC's. Hierdoor kost het programma de Zorggroep Almere geen extra geld. Het werken in groepsverband kost meer tijd.
Tips	Het programma wordt in groepsverband gedaan om het leerproces te versterken. Hierdoor komen andere thema's aan de orde en worden onderling ervaringen uitgewisseld. Dit leidt tot andere resultaten dan een 1-op-1 contact met de professional.
Meer weten?	Vera Kampschöer
Bron	Rapportage Michelle de Groot

Best Practice 27	Het programma Vitale Vaten van het OLVG, Amsterdam
Wat?	Het programma richt zich op het opfrissen van de kennis van huisartsen en praktijkverpleegkundigen van cardiovasculaire aandoeningen en het onderkennen van de symptomen van de ziekte d.m.v. hernieuwde training. Nevendoel is om de patiëntenstroom van de polikliniek cardiologie naar de huisarts te bevorderen. Het programma bestaat uit informatieboekjes en brochures en informatie-materiaal voor bijvoorbeeld sportinstututen in de omgeving. Het programma op de polikliniek cardiologie duurt max. 1 jaar; daarna wordt de patiënt overgedragen aan de huisarts. Het eerste halfjaar bestaat uit verschillende consulten, terwijl in het tweede halfjaar eenmalig gecheckt wordt hoe de patiënt met zijn ziekte om gaat. Een digitale instructie is in de maak en waarschijnlijk najaar 2011 operationeel.
Hoe?	Het programma Vitale Vaten wordt in 2011 door het OLVG geïmplementeerd in 5 huisartsenpraktijken in Amsterdam als onderdeel van een omvangrijker programma gericht op secundaire preventie en op het terugplaatsen van de cardiovasculaire zorg naar de huisartsenpraktijk.
Winst voor de PPP	(People + Profit): Verwacht wordt dat het programma resulteert in zelfmanagement, in meer aandacht voor secundaire preventie en in een verschuiving van de zorg voor cardiovasculaire aandoeningen naar de eerstelijnszorg
Randvoorwaarden	Het opfrissen van de kennis van huisartsen en verpleegkundigen over cardiovasculaire aandoeningen en hun behandeling is een essentieel onderdeel van dit programma
Tips	-
Meer weten?	Yvette Henstra en Sytze van Dam
Bron	Rapportage Michelle de Groot

Bijlage 3 - Relevante websites voor MVO

www.1001zorgoplossingen.nl
www.nigz.nl
www.wingez.nl
www.mvonderland.nl
[www.milieuplatform.nl\(/milieuthermometer\)](http://www.milieuplatform.nl(/milieuthermometer))
www.zonmw.nl
www.ourcommonfuture.nl
www.fme.nl
www.annualreport2010.philips.com
www.footprintnetwork.org/en/index.php/GFN/page/world_footprint
www.iso26000scan.nl
www.drift.eur.nl
www.ksinewerk.nl
www.sroi.nl
www.socialeevaluator.nl
www.schuttelaer.nl
www.marketresponse.nl
www.zelfmanagement.com
www.nivel.eu
www.maastrichtuniversity.nl
www.fairclimatefund.nl
www.rsm.nl
www.rvz.nl
www.sustainable-lifestyles.eu
www.scp.nl/content
www.loc.nl
www.npcf.nl
www.lvg.nl
www.cbo.nl
www.ehealth.nu
www.branchebelang-thuiszorg.nl
www.actiz.nl
www.mezzo.nl
www.ec.europa.eu/enterprise/policies/sustainable-business/corporate-social-responsibility/index_en.htm
www.iso.org/iso/iso_catalogue/management_and_leadership_standards/social-responsibility/sr_iso26000_overview.htm
www.oecd.org/daf/investment/guidelines
www.duurzamegroei.nl
www.duurzaamondernemen.nl
www.portal.vibewire.org/wp-content/uploads/2009/10/SustainabilityChart.jpg
www.vernet.nl/index.php/nieuws
www.tplz.nl

www.aovvt.nl
www.haalallesuitjezelf.nl
www.blikopwerk.nl
www.zorginnovatieplatform.nl
www.ncsi.nl
www.nvz-ziekenhuizen.nl
www.nevi.nl/images
www.umcutrecht.nl
www.rijksoverheid.nl/nieuws
www.mijnenergiezorg.nl
www.duurzaammkb.nl/page/tips
www.infomil.nl/algemene-onderdelen/uitgebreid-zoeken
www.intermediair.nl/artikel/branches-zorg/103108/kenmerken-van-de-zorgsector
www.duurzaaminjewerk.nl
www.degroenezaak.com
www.natuurenmilieu.nl

Bijlage 4 - Lijst Innovators

Bij het project betrokken Zorgaanbieders (Innovators):

Bronovo Ziekenhuis, Den Haag (Energiezorg)
Diaconessenhuis, Reinier de Graaf Groep, Voorburg (Energiezorg)
VUmc, Amsterdam (Energiezorg + Duurzaam personeelsbeleid)
NKI (Energiezorg)
Groene Hart Ziekenhuis, Gouda (Energiezorg)
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (Energiezorg)
Zorggroep Noorderbreedte (Energiezorg)
Martini Ziekenhuis, Groningen (Energiezorg)

UMC, Utrecht (Duurzaam Inkopen + Duurzaam Patiëntenbeleid)
UMC Groningen (Duurzaam Inkopen)
OLVG, Amsterdam (Energiezorg + Milieu & Duurzaam Inkopen + Duurzaam Patiëntenbeleid)
Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam (Duurzaam Inkopen)

Stichting Schakelring, Vlijmen (Duurzaam Personeelsbeleid)
GGZ Breburg, Rijen (Duurzaam Personeelsbeleid)
Waterland Ziekenhuis, Purmerend (Duurzaam Personeelsbeleid)
Cordaan, Amsterdam (Duurzaam Personeelsbeleid)
Delta psychiatrisch Centrum, Portugaal (Duurzaam Personeelsbeleid)
Elkerliek Ziekenhuis, Helmond (Duurzaam Personeelsbeleid)
Zonnehuisgroep Amstelland, Amstelveen (Duurzaam Personeelsbeleid)
Medisch Spectrum, Twente (Duurzaam Personeelsbeleid)
UMC Sint Radboud, Nijmegen (Duurzaam Personeelsbeleid)

Verpleeghuis De Merlinge, Rivas Zorggroep, Arkel (Duurzaam Patiëntenbeleid)
Woonzorgcentrum Den Herdgang, Zorggroep De Wever, Tilburg (Duurzaam Patiëntenbeleid)
Verpleeghuis Liduina, Zorggroep Elde, Boxtel (Duurzaam Patiëntenbeleid)
Sophia Revalidatie, Den Haag (Duurzaam Patiëntenbeleid)
ABC Altrecht, Utrecht (Duurzaam Patiëntenbeleid)
Woon Zorgcentra Haaglanden, Den Haag (Duurzaam Patiëntenbeleid)
Huisartsenzorg regio Arnhem (Duurzaam Patiëntenbeleid)
Zorggroep Almere (Duurzaam Patiëntenbeleid)

Bijlage 5 - Samenstelling Coalitie

De vier partijen, die het initiatief hebben genomen voor het project MVO in de Zorg en voor deze rapportage zijn:

Gezondheidsinstituut NIGZ

Postadres: Postbus 500
3440 AM Woerden
Bezoekadres: Houttuinlaan 16
3447 GM Woerden
t: (0348) 43 76 00
f: (0348) 43 76 66
e: info@nigz.nl
I: www.nigz.nl

MVO Nederland

Postadres: Postbus 19219
3501 DE Utrecht
Bezoekadres: Nieuwekade 9
3511 RV Utrecht
Telefoon Algemeen: (030) 230 56 00
E: contact@mvonederland.nl
I: www.mvonederland.nl

Vereniging Milieu Platform Zorgsector

Scheepmakershaven 27c
3011 VA Rotterdam
Tel. 010 245 03 03
Fax. 010 437 93 03
I: www.milieuplatform.nl

ZonMw

Postadres: Postbus 93 245
2509 AE Den Haag
Bezoekadres: Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
E-mail info@zonmw.nl
I: www.zonmw.nl

