

TRANSFORMATIE VAN DE ZORG

COINCIDE

JAARGANG 18
JUNI 2024

COINCIDE

06

NIELS HONIG, FRANCISCUS
GASTHUIS & VLIETLAND

13

JOLANDA BUWALDA,
OMRING

22

DAVID JONGEN,
ZUYDERLAND

32

GITA GALLÉ, PRINSES
MÁXIMA CENTRUM

NR.
26



TRANSFORMATIE VAN DE ZORG

Al meer dan 20 jaar nemen wij groepen zorgbestuurders mee, om geïnspireerd te raken door andere zorg- en welzijnssystemen. Vaak beseffen we dan dat we het in Nederland zo slecht nog niet doen, en tóch komen we altijd geïnspireerd thuis. Het verbreden van je horizon, in gesprek zijn met (internationale) collega's en nieuwe kennis opdoen is namelijk enorm waardevol.

Zo ook tijdens ons winterse bezoek aan het flink besneeuwde Helsinki. Met de snowboots aan trokken we van bezoek naar bezoek om te leren over de meest ingrijpende hervorming van een zorgsector die ik ooit heb gezien. Sinds 1 januari 2023 is de verantwoordelijkheid voor eerstelijnszorg en welzijn gecentraliseerd en ondergebracht bij 21 nieuw opgerichte zorgdistricten. Vooruitlopend op de gewenste kostenbesparing werden ook de zorgbudgetten alvast verminderd. Niet verrassend als je weet dat het Finse Ministerie van Financiën achter deze systeemverandering zit.

Dit leverde niet alleen maar succesverhalen, en Finland heeft nog even nodig om de kinderziektes aan te pakken. Toch was het bespreken van de ideeën achter deze hervorming - zoals beter geïntegreerde zorg, gelijkere toegang en kostenbesparing - leerzaam en inspirerend. We keerden dan ook in januari wederom met nieuwe inzichten huiswaarts en daar lees je in dit magazine meer over.

Met deze ervaring is het extra bijzonder om te zien dat in Nederland de zorgpartijen zelf de teugels in handen hebben genomen. In gezamenlijkheid zijn IZA, GALA en WOZO afgesloten om de duurzaamheid en kwaliteit van zorg, welzijn en leven te borgen. Dat is echter wel een continu proces wat voortdurende inzet vergt. Als Coincide dragen we hier graag aan bij door met onze programma's de juiste mensen te verbinden en zo de benodigde energie en inspiratie te bieden.

Marleen van Essen

Partner & programmadirecteur Coincide



BRENGT MENSEN SAMEN



Om innovatie en ontwikkeling in de zorg- en welzijnssector te stimuleren organiseert Coincide studieprogramma's en ontmoetingen waar besluitvormers actuele kennis, ideeën en nieuwe inzichten kunnen delen met elkaar en met de sprekers in het programma. Informatie uitwisselen, discussiëren en leren, stelt de deelnemers in staat om (collectief) verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteitsverbetering van hun sector, bedrijfstak of bedrijf en deze sneller op een hoger niveau te brengen.

Studereizen, masterclasses, congressen en netwerk programma's worden ontwikkeld op eigen initiatief en in opdracht van klanten. Opdrachtgevers kunnen regionale

samenwerkingsverbanden zijn of bijvoorbeeld instellingen die een veranderproces doorgaan of kennis van specifieke ontwikkelingen willen opdoen.

Het inhoudelijke programma wordt door onze programmacoördinator aangevuld met de juiste hotels, restaurants en vervoersmiddelen passend bij de groep en de doelstelling van het programma.

Als u geïnteresseerd bent in een op maat gemaakt programma op een (aan zorg gelinkt) thema, dan bespreken wij graag met u de mogelijkheden. Neem contact op via 020-6768217 of via info@coincide.nl voor een afspraak.

INHOUD

- 4 WILLEN EN KUNNEN WE ECHT INNOVATIEF ZIJN?**
Diana Monissen
moderator zorginnovatiereis 2024
- 6 ENORME AMBITIE**
Niels Honig
voorzitter raad van bestuur Franciscus Gasthuis & Vlietland
- 8 DE FINSE WEG: EEN MODEL VOOR ZORGVERNIEUWING IN NEDERLAND?**
René Héman
voorzitter Artsenfederatie KNMG
- 10 HUISARTSENZORG VOOR IEDEREEN**
Marjolein Tasche, *voorzitter LHV*
Aard Verdaasdonk, *vice-voorzitter LHV*
Eric Scheppink, *bestuurder NHG*
- 13 RUIMTE VOOR MAATCONFECTIE: HOE DE FINNEN HET DOEN**
Jolanda Buwalda
voorzitter raad van bestuur Omring
- 16 ZET DE ZO GROOTST MOGELIJKE KLEINE STAP**
Ingrid Wolf
voorzitter raad van bestuur Haaglanden Medisch Centrum
- 18 2040**
Aris Prins
voorzitter KNMP
- 20 WE MOETEN HET SAMEN DOEN!**
Heidi de Bruijn
voorzitter Raad van Bestuur Carintreggeland
Willem Joosten
voorzitter Twentse Noabers Coöperatie
DOORPAKKEN OP PASSENDE ZORG LEIDT TOT
- 22 GROTE RISICO'S OP BEDRIJFSCONTINUÏTEIT**
David Jongen
voorzitter raad van bestuur Zuyderland
- 24 ALLEEN GA JE SNELLER, SAMEN KOM JE VERDER!**
Anneloes van Veen en Sander Sandkuyt
bestuurders Medical Business
- 26 HEALTH IN ALL POLICIES**
Károly Illy
bestuurder Longfonds
- 28 BANKEN EN ZORGVERZEKERAARS ONDERSTEUNEN DE TRANSITIE IN DE ZORG**
Jan Willem Spijkman
sector banker healthcare ING
Rob Schreppers
hoofd relationship banking BNG Bank
- 30 OVERZICHT EN REGIE OVER JE EIGEN GEGEVENS SLUIT AAN BIJ DE BELEVINGSWERELD VAN DE BURGER**
Ronald Gorter
voorzitter Stichting MedMij
- 32 ONDERNEMERSCHAP IN FINLAND**
Gita Gallé
raad van bestuur Prinses Máxima Centrum
- 34 LATEN WE DE KAT OP TAFEL ZETTEN**
Esther Cornegé-Blokland
voorzitter NVKG
- 36 HOOGSTE TIJD OM GRENZELOOS DE TOEGANKELIJKHEID VAN ZORG TE BORGEN**
Hanneke Kloppe
voorzitter Zelfstandige Klinieken Nederland

Diana Monissen

moderator zorginnovatiereis 2024

WILLEN EN KUNNEN WE ECHT INNOVATIEF ZIJN?

Met een grote groep zorgbestuurders gingen we op pad om naar een innovatief zorgstelsel te kijken en te zien wat we kunnen leren van de Finnen. Hoe hebben zij hun hervormde stelsel geïntroduceerd? Hebben zij grensverleggende samenwerkingen in de praktijk gerealiseerd en hoe ver is het met hun digitale gezondheidszorg?



Het nieuwe Finse stelsel is van “bovenaf” vanuit het ministerie van financiën opgelegd. Dat is, anders dan in het polderend Nederland, in Finland blijkbaar mogelijk. Een “braver, volgzamer” volk zo werd ons verteld. Geen Poolse landdagen, maar de overheid heeft het “gewoon” geïntroduceerd, overigens wel na jaren van overdenking. Innovatief zou je kunnen noemen dat vanuit ons perspectief, men gezondheidszorg, sociale services en ‘rescue’ als één geheel ziet en vanuit dezelfde wet gefinancierd wordt.

Samenwerking in de praktijk, Helsinki

In Helsinki zagen we dat veel zorg en social services op één plek integraal geboden wordt, opdat cliënten een overzichtelijke, snelle en gemakkelijke toegang hebben. Over de toegangstijden zijn op nationaal niveau afspraken gemaakt. Daarnaast wordt er nadrukkelijk ingezet op verdere digitalisering. Klanten worden geholpen op hun digital journey en men werkt voortdurend aan verbetering op dit gebied. Tevens is het fantastisch, dat zowel de gezondheidszorg als welzijn met hetzelfde digitale systeem werken.

Onder de indruk was ik van de digitale mogelijkheden die men exploreert: een robot die verpleegkundige taken overneemt en het MedicubeX e-Health station dat mensen in staat stelt zelf bloeddruk, ECG en andere zaken op te nemen, waardoor de professional tijd wint. Dit station heeft veelbelovende mogelijkheden voor de toekomst; predictie van ziektes zoals hartinfarcten worden vanaf 2025, zo verwacht men, voorspelbaar op de langere termijn en zo kan er ingezet worden op preventie. Daarenboven raken, door de introductie van dergelijke toepassingen in een gezondheidscentrum, mensen aan “apparaten” en digitale oplossingen gewend.

Procesinnovatie en productiviteit

Bij Terveystalo, een grote private aanbieder van eerste-lijns zorg en tweedelijns poliklinische zorg voor de private en de publieke sector, kunnen medewerkers van gecontracteerde bedrijven snel terecht voor psychische zorg. Hierdoor blijft het ziekteverzuim in die bedrijven laag. De aanbieder werkt hard aan permanente procesinnovatie, opdat cliënten maximaal en snel geholpen worden. Mensen hebben daardoor "een gezonder leven", aldus hun missie. Permanent werken aan productiviteitsverhoging is voor deze organisatie onderdeel van hun innovatie, zoals de ontwikkeling van hun smart platform, de klant bedienen als partner en investeren in het personeel.

Wat mij ook is opgevallen bij de verschillende bezoeken is dat de private zorg en de publieke zorg goed samenwerken en daar ook desgevraagd niet echte problemen mee lijken te hebben. Daar liggen geen akkoorden of programma's aan ten grondslag, het was historisch zo gegroeid.

Eigen land

Hoe zit het dan met ons: IZA, GALA, WOZO en TAZ? Allen gericht op passende zorg in de regio, op basis van maatschappelijk businesscases. Hebben we ook een overheid nodig die een nieuwe wet maakt, van bovenaf oplegt of zijn we in staat om het in de regio's anders, duurzaam en toegankelijk te regelen met elkaar? En kan dat zonder daadwerkelijke regisseur gebeuren, inclusief serieuze investeringen in preventie en welzijn? Zijn we vooruitstrevend genoeg om dat voor elkaar te krijgen? Het IZA biedt mogelijkheden genoeg....

Toen we rond 2013 het Prinses Maxima Centrum oprichtten, een landelijk centrum voor zorg en research ten behoeve van alle kinderen met kanker, was dat een moeilijke weg. Er was veel weerstand en welbegrepen eigenbelang. Het is er toch gekomen en biedt momenteel de meest eigentijdse zorg, met research gezien als Europees centrum. Ook hier speelden belangen, was het moeilijk te her-alloceren, geld te verdelen, mensen te verplaatsen etc. Het kwam er omdat partijen de wil en het doorzettingsvermogen hadden om het doel te realiseren, namelijk: ieder kind met kanker genezen.

Optimistisch

Ik ben optimistischer geworden na de reis naar Finland, de weg die we moeten gaan kan slagen voor de gehele gezondheidszorg als we allemaal ieder voor zich de schouders eronder willen zetten, met als doel passende zorg voor de toekomst voor onze kinderen en kleinkinderen. Als een ieder oprecht de vraag beantwoordt: wat kan ik zelf doen om dit specifieke regioplan te laten slagen? Wat is er nodig om die procesinnovatie of nieuwe techniek te implementeren en wat kan ik bijdragen aan cultuurverandering?

We gaan verder op het "innovatieve" pad van IZA en de andere akkoorden en programma's. Ik zag die wil tot slagen onder de deelnemers. Finland doet het met een big bang, wij kiezen een ander pad. Niet alles is maakbaar, maar met goede wil en oog voor al het innovatieve in eigen en andere landen, wel transformeerbaar en implementeerbaar. Zeker als we jonge medisch specialisten, die een breder perspectief willen zien, blijvend betrekken. o

"Finland doet het met een big bang, wij kiezen een ander pad."



Niels Honig

voorzitter raad van bestuur Franciscus Gasthuis & Vlietland

ENORME AMBITIE

De ondertekenaars van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) spraken in september 2022 af: "In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor verhoudingsgewijs niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu". Een enorme ambitie en een complex vraagstuk wat niet van iemand is, maar van ons allemaal. We zullen in samenwerking, meer waarde moeten toevoegen met voldoende en goed opgeleide professionals die ondersteund worden met de juiste informatie en technologische hulpmiddelen. Meer dan 10 landelijke programma's moeten helpen om deze transformatie mogelijk te maken.

'Regio' In tijden van transitie ontstaan nieuwe of opnieuw geladen woorden. Dit komt voort uit de behoefte om letterlijk taal te vinden voor dat wat nieuw en onbekend is. Het woord 'regio' is zo'n begrip. Het wordt te pas en te onpas gebruikt. In het IZA zelfs 474 keer, vooral wanneer bestaande ordening en organiseerprincipes tekort schieten in het verlangen om oplossingen te vinden voor de grote vraagstukken waar wij in de zorg mee te maken hebben.

Er is geen eenduidige definitie van het begrip 'regio'. Alle programma's en alle partijen aan de verschillende transformatietafels hebben zo hun eigen regioafbakening. Hieruit ontstaan, vaak complexe, netwerksamenwerkingen. Om te bepalen wie met wie moet samenwerken binnen het netwerk is overeenstemming over de schaal waarop de zorg het beste georganiseerd kan worden cruciaal. Schaal doet er immers toe maar blijkt, ook bijna twee jaar na het tot stand komen van het IZA, nog geen gemakkelijke opgave.

SOTE-hervorming

In Finland hebben ze deze ervaring ook. Finland is acht keer zo groot als Nederland, maar telt slechts 5,6 miljoen inwoners. De Finnen worstelen met dezelfde issues als wij: vergrijzing, hoge kosten en schaarste aan zorgprofessionals. Tot 2023 waren in Finland gemeenten verantwoordelijk voor de eerstelijnszorg. Dat leidde tot kwaliteitsverschillen. Voor complexe zorgvragen heb je immers schaalgrootte nodig. Dat lukte in Helsinki, maar niet in gemeenten met drieduizend inwoners. De overheid besloot daarom tot een ambitieuze herstructurering van de sociale en gezondheidsdiensten. De zogenoemde SOTE-hervorming. Schaalniveau was daarbij een van de leidende principes. In plaats van 195 gemeenten zijn er sinds 2023 21 districten aangewezen voor de organisatie van de eerstelijnszorg.

Ik pleit niet voor een verkaveling naar Fins voorbeeld of meer sturing vanuit de overheid, maar onze 'polder' leidt wel tot heel veel bestuurlijke drukte en een beperkte transitie voortgang. Ondanks alle goede intenties werken de verschillende 'transformatietafels' en programma's



langs elkaar heen. Omdat ze een andere aansturingsstructuur, aanpak, incentives en schaal hebben. Daarbij komt dat ze te ver af staan van de dagelijkse praktijk.

Radicaal anders

Tegelijkertijd stapelen analyses over de groeiende zorgkloof en het dreigende failliet van de zorg zich op. Wat deze rapporten gemeen hebben is dat de focus ligt op wat niet goed gaat, vaak concluderend met de oproep dat het "radicaal anders moet". Hoe dat anders er dan uit ziet, ontbreekt of houdt onvoldoende rekening met de huidige context. Het gevoel van onmacht dat hierdoor ontstaat blijft niet binnen de muren van de bestuurskamers maar heeft weldegelijk een negatieve weerslag op het imago van de zorg.

Kenmerkend voor de vraagstukken waar wij voor staan, is dat er niet één iemand probleem eigenaar is en er is ook niet één oplossing. Er zijn meerdere invalshoeken en kennisbronnen nodig om het transitieproces te ontketen. En dat is niet eenvoudig. Zo zijn we het immers niet gewend. Het vraagt om een andere omgang met de vraagstukken en met elkaar.

Zeggenschap

Terug naar het belang van schaalgrootte. Als we goed kijken, zien wij allemaal veel en mooie innovaties. Het zijn die ontwikkelingen waar wij als bestuurders trots op zijn. We zien ze niet vanuit de bestuurskamer of vanaf de transitietafel, maar pas als wij echt in contact zijn met de collega's op de afdeling of in de wijk. Zij bedenken dag in dag uit vanuit vakmanschap oplossingen in de complexe context waarin zij werken en maken voortdurend afwegingen in samenspraak met en in aansluiting op de behoefte van de patiënt. Passende zorg zit hen in het bloed. Zorgprofessionals zijn in staat kleine innovaties te verbinden en betrokkenheid en gedeelde verantwoordelijkheid uit te bouwen. Ook over de muren van de eigen organisatie of het eigen adherentiegebied heen. Zorgprofessionals hebben de expertise en de creativiteit om het ingewikkelde systeem waarbinnen zij dagelijks werken van binnenuit te vernieuwen. Maar daar hebben zij wel bestuurlijke steun voor nodig.

Geef zorgprofessionals dus de ruimte of wel 'zeggenschap' en nodig hen actief uit door ze te betrekken op alle niveaus. Bij de wijze waarop de afdeling wordt georganiseerd, hoe in de regio zorgpaden eruit moeten zien, hoe technologie daarin past en bij het vormgeven van

de eigen beroepsontwikkeling op landelijk niveau. Die zeggenschap ontbreekt aan de transformatietafels en is zelfs bij de meeste instellingen in Nederland nog niet goed geregeld. Terwijl wij weten dat de tevredenheid over het werk in de gezondheidszorg daalt, juist door het gevoel niet voldoende ondersteund te worden door de leiding van organisaties en door te weinig uitdaging én invloed in het werk.

Optimisme

Door meer waarderen te kijken naar en te oordelen over wat er allemaal al gebeurt op de verschillende schaalniveaus, door het aantal mensen dat betrokken is bij innovaties uit te breiden en bestaande verbindingen te versterken, kunnen we de betrokkenheid en gedeelde verantwoordelijkheid vergroten. Het zet de deur open voor professionele zeggenschap en voorkomt onnodige schaaldiscussie, waardoor we wellicht met meer optimisme de realiteit onder ogen gaan zien. 

*"Er zijn meerdere
invalshoeken en
kennisbronnen nodig
om het transitieproces
te ontketenen."*

René Héman

voorzitter Artsenfederatie KNMG

DE FINSE WEG: EEN MODEL VOOR ZORGVERNIEUWING IN NEDERLAND?

De keuzes waar we in onze gezondheidszorg voor staan zijn niet gering. Stijgende kosten, een vergrijzende bevolking, tekort aan zorgprofessionals en de roep om duurzame, solidaire en toegankelijke zorg. We zien een toename van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en bestaansonzekerheid, tegelijkertijd toont deze crisis ook de noodzaak aan om fundamentele verbeteringen door te voeren. De oplossing ligt misschien dichterbij dan we denken. In Finland is de afgelopen jaren een grootscheepse hervorming doorgevoerd die ons tot inspiratie kan dienen. Tijdens de recente zorginnovatiereis naar Helsinki vielen me twee zaken in het bijzonder op. Ten eerste de sterke focus op preventie en gezondheidsbevordering en ten tweede de recente regionalisering van de eerstelijnszorg.

Finse hervormingen, de gezondheid van de mens centraal
Finland toont met de invoering van de SOTE-hervorming in 2023 lef en visie. Sinds de hervorming is de zorg geconcentreerd in 21 regio's. Deze regio's hebben de verantwoordelijkheden overgenomen van meer dan 300 gemeenten. De regio's ontvangen geoormerkte budgetten voor de organisatie en financiering van de zorg. Deze worden toegekend op basis van demografische en socio-economische indicatoren en ziekteprevalentie.

Cruciaal in het nieuwe beleid is de nadruk op preventie en gezondheidsbevordering. Ook worden schotten tussen de eerstelijnszorg, specialisten en sociaal domein geslecht, zodat de zorg beter aansluit bij de behoeften van de burger. Bovenal staat niet de behandeling, maar de gezondheid van de mens centraal. De Finse zorgautoriteit monitort de prestaties van de zorgregio's. Dit gebeurt op basis van bijvoorbeeld wachttijden, patiënttevredenheid,

kwaliteit van zorg en kostenbeheersing. Zorgaanbieders die excelleren krijgen extra middelen voor innovatie en slecht presterende zorgregio's op gezondheidsindicatoren kunnen worden gekort op hun budget als stimulans om prestaties te verbeteren.

Een voorbeeld voor Nederland?

Nederland kampt met vergelijkbare uitdagingen en ook in ons land is hervorming nodig. Dit vereist een breed volksgezondheidsbeleid dat zich richt op sociale determinanten van gezondheid zoals huisvesting, opleiding, werk en leefomgeving. Het integreren van verschillende gezondheids- en maatschappelijke diensten kan absoluut bijdragen aan preventie, vroeg-signalering en het bevorderen van welzijn en daarmee aan het verbeteren van de gezondheid. Door regionalisering kunnen schaarse middelen beter verdeeld worden en ongelijkheden in toegang tot zorg worden verminderd. Het Finse model biedt zeker inspiratie, waarbij het belangrijk is op te merken dat de

implementatie van de SOTE hervorming nog gaande is en de volledige effecten ervan nog niet zichtbaar zijn. Op dit moment zie ik het Finse model vooral als een denkrichting voor de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg.

Wat is er dan nodig?

Als we toe zouden willen naar meer regionale regie op zorg zijn verschillende stappen nodig. Allereerst moeten er zorgregio's worden opgezet die verantwoordelijkheden van gemeenten overnemen en geïntegreerd zorg- en welzijnsaanbod op regionaal niveau organiseren.

Daarnaast is intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders en maatschappelijke organisaties van belang voor het bundelen van kennis en middelen en het vergroten van bestaanszekerheid in brede zin. Regionale zorgautoriteiten kunnen deze samenwerking ondersteunen door netwerken te creëren en gecoördineerde zorgpaden te stimuleren. Daarvoor kunnen we gebruik maken van bestaande

infrastructuren, denk aan de gemeentelijke netwerken en enkele regionale zorgautoriteiten, zoals de regionale ambulancevoorzieningen en de GGD'en. Ook is gerichte financiering nodig op basis van zorgbehoefte en prestatie-indicatoren zoals in Finland.

Hervormingen zijn complex maar noodzakelijk

De integrale en preventieve aanpak in Finland kan inspirerend werken voor Nederland. Regionalisering en bundeling van kennis helpt om de uitdagingen in onze gezondheidszorg aan te pakken. Of het Finse model hét antwoord is, moet blijken. Maar hoewel complex, zijn hervormingen ook in Nederland onvermijdelijk. De vraag is nu: 'durven we fundamentele stappen te zetten richting een mensgericht, preventief en geïntegreerd beleid dat gericht is op het verbeteren van de volksgezondheid, waarbij alle beleidsterreinen betrokken worden om de gezondheidstoekomst van onze bevolking te waarborgen?'. ○

*“Niet de behandeling,
maar de gezondheid van
de mens staat centraal.”*



HUISARTSENZORG VOOR IEDEREEN

Integraliteit en continuïteit van zorg door de huisarts geeft significant minder zorgconsumptie, minder ziekenhuisopnamen en (dus) minder zorgkosten en lagere mortaliteit. De huisarts en haar/zijn team lost 90% van de zorgvragen op en we geven in NL 4% van de zorgkosten uit aan de huisartsenzorg¹.



Nu is er in huisartsenzorg sprake van een kloof tussen de toenemende zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod. Veel huisartsenpraktijken hanteren een patiëntenstop en het vinden van een opvolger voor een vertrekkende huisarts is niet langer een vanzelfsprekendheid. Een kleine, maar groeiende groep inwoners heeft hierdoor geen eigen huisarts of ervaart langere wachttijden voordat zij in de huisartsenpraktijk terecht kunnen. Het belang van behoud van een vaste huisarts in de wijk, verbonden aan een vaste populatie, is een van de belangrijkste investeringen om de gezondheid van burgers goed te houden en de zorgkosten niet nog harder te laten stijgen.

Als samenwerkende huisartsenorganisaties² vinden wij het noodzakelijk dat de beroepsgroep zich er sterk voor maakt dat iedere inwoner van de wijk of het dorp een huisarts heeft. Waarbij deze huisartsen zich bij voorkeur langdurig verbinden met een vaste patiëntenpopulatie en het lokale netwerk van zorgprofessionals, en zo vorm kunnen geven aan de kernwaarden van het beroep²: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk.

We hebben het beeld hoe ook in tijden van schaarste en ongewenste ontwikkelingen het fundamenteel beter kan; een toekomst waarin

(jonge) collega huisartsen geloof en vertrouwen hebben. De huisartsen in opleiding zijn enthousiast over hun vak. 85 procent van hen geeft aan graag praktijkhouder te worden³. We pleiten voor een (regionaal) vestigingsbeleid waarbij overnames van praktijken en bedrijfsvoering van jonge beginnende huisartsen, optimaal gefaciliteerd en ondersteund wordt. We geven daarbij aan hoe we de grenzen van de kerntaken kunnen bewaken en de administratieve ballast kunnen reduceren.

Toegankelijkheid en kwaliteit

De samenwerkende huisartsenorganisaties willen op deze wijze toegankelijke huisartsenzorg van goede kwaliteit garanderen en vragen politiek, overheid en verzekeraars hen daarbij te helpen door het faciliteren van de noodzakelijke randvoorwaarden. Voor elke aanbieder van huisartsenzorg geldt dat deze op een adequate wijze invulling geeft aan de kernwaarden van de huisartsenzorg⁴ en goede zorg volgens de Wkkgz en WBGO, zich committeert aan regionale afspraken over onder andere het organiseren van de ANW-zorg en de zorg aan kwetsbare groepen. Daarnaast moet er sprake moet zijn van een maatschappelijk te verantwoorden praktijkvoering, waarbij rendement zoveel mogelijk wordt geïnvesteerd in toegankelijkheid, dienstverlening, kwaliteit van de patiëntenzorg en aantrekkelijk werkgeverschap.

Regionale samenwerking belangrijk

Om de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg te borgen is een verbinding van de huisarts aan een patiëntenpopulatie essentieel. Dit vraagt om continuïteit in het huisartsteam. Het is daarom belangrijk het werken voor een vaste populatie van patiënten aantrekkelijker te maken. Enerzijds door het praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken, anderzijds door te zorgen voor aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden als gekozen wordt voor het werken in loondienst.

Naast een vaste relatie tussen patiënt en huisarts is ook de lokale samenwerking met onder andere de wijkverpleging, apotheker en sociaal domein belangrijk. Dat hebben we met relevante partijen ook verwoord in de visie eerstelijnszorg 2030⁵. Ook bewezen effectieve innovaties en nieuwe manieren van werken zijn nodig om de toegankelijkheid voor iedereen te borgen. Innovaties en het nieuwe werken moeten voldoen aan de kernwaarden en kwaliteitseisen van de huisartsenzorg zoals die door de beroepsgroep zijn geformuleerd en in de praktijk worden gehanteerd.

¹ H&W, 3 mei 2022

² LHV, VPH, NHG, InEen

³ Manifest LOVAH 2023

⁴ Persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk

⁵ Visie Eerstelijnszorg 2030, VWS 2024

“Samen bouwen aan een toekomstbestendig zorglandschap betekent niet alleen het betrekken van alle actoren die actief zijn binnen de zorg, maar ook de verschillende generaties.”



De landelijke huisartsenorganisaties nemen mede de verantwoordelijk voor deze continuïteit van huisartsenzorg en het realiseren van samenwerking in de regio. Het regionale collectief van huisartsen geeft, uitgaande van landelijke richtlijnen, vorm en inhoud aan de kernwaarden van het huisartsendak en formuleert een gezamenlijke visie op de continuïteit van de huisartsenzorg in de regio. De belangrijkste uitvoerder van deze visie is het regionale huisartsencollectief, verenigd in de regionale huisartsenorganisatie (RHO).

De RHO ondersteunt de huisarts op praktijkniveau en onderneemt tal van acties gericht op de continuïteit van huisartsenzorg in de regio. Zij kan ondersteunen bij de implementatie van innovaties. Daarnaast organiseert de RHO de multidisciplinaire samenwerking in de wijken en met

andere disciplines, en maakt de RHO regionaal samenwerkingsafspraken met o.a. VVT, GGZ en ziekenhuizen.

Acties gericht op de continuïteit van huisartsenzorg in de regio richten zich op proactieve analyse van opvolgingsvraagstukken, ondersteunen bij overnames, faciliteren van starters en op basis van regionaal overzicht afstemmen met gemeenten over huisvesting, aantrekkelijke werkomgeving etc.

De landelijke huisartsenorganisaties ondersteunen de activiteiten in de regio, bundelen en delen de ervaringen en innovaties, maken leidraden, standaarden en formats. We bewaken gezamenlijk de grenzen van de kerntaken en de administratieve ballast. Waar nodig en mogelijk worden over landelijke issues met

VWS, ZN, ACM, IGJ, ZIN, VNG, brancheorganisaties kaders afgesproken.

Rol van de politiek, overheid en zorgverzekeraar

Huisartsenorganisaties, zowel landelijk als regionaal, nemen verantwoordelijkheid om de continuïteit van de huisartsenzorg in Nederland te borgen. Zij kunnen dit echter niet alleen en vragen hun stakeholders in het kader van deze belangrijke ambitie extra hulp om de vaste huisarts in de wijk te behouden. Huisvestingsproblematiek, gedifferentieerde financiering, mogen samenwerken (ACM), tijd en ruimte voor innovatie en een gedeeld beeld op de kwaliteit van de huisartsenzorg zijn daarvoor essentieel.

Samen moet het lukken de huisartsenzorg als pijler voor de gezondheidszorg van Nederland te continueren en te versterken.

“Samen moet het lukken de huisartsenzorg als pijler voor de gezondheidszorg van Nederland te continueren en te versterken.”



Marjolein Tasche



Aard Verdaasdonk



Eric Scheppink

RUIMTE VOOR MAATCONFECTIE: HOE DE FINNEN HET DOEN

Finland ging van 320 gemeenten naar 21 regio's en integreerde eerstelijnszorg, welzijnswerk, ziekenhuis- en ouderenzorg onder de noemer wellbeing. Met één grote pot geld per regio, gebaseerd op de populatie. Dat klinkt niet alleen overzichtelijk, dat is het ook. De Finnen weten de verbinding te leggen met het sociaal domein, waardoor welzijn een factor van betekenis wordt en toegang, doelmatigheid en kwaliteit worden geborgd voor alle inwoners.



In januari dit jaar bezocht ik met een IZA-delegatie en zorgprofessionals Finland tijdens een driedaagse zorginnovatiereis. Ik was onder de indruk van het 'doe-vermogen' van de Finnen en de manier waarop zij – zoals ik het noem – maatconfectie voor elkaar hebben gekregen.

Ook in Finland zie je een beweging naar passende zorg, meer uniformering en standaardisatie. Maar door de oriëntatie van de Finnen op de unieke individuele patiënt / cliënt, hebben ze toch ruimte voor maatwerk weten te creëren. En dat doen ze behoorlijk doortastend. Na weliswaar een politieke aanloop van ruim 15 jaar, is nu gekozen voor een vrij rigoureuze invoering van recentralisatie van gemeentelijk naar regionaal niveau, zonder landelijke stelsel/systeempartijen: fysieke voorzieningen worden gesloten en interdisciplinair werken wordt snel gerealiseerd door samenvoeging van mensen vanuit verschillende disciplines in teams. En dit allemaal vanuit een van rijkswege aangegeven gouden schaal en ombuigingsopgave.

Keuzes durven maken

In tijden van schaarste en een haperend gezondheidszorgstelsel moet je keuzes durven maken en dat is precies wat de Finnen hebben gedaan. Zo hebben zij het aantal zorggebouwen radicaal gesaneerd en tóch de entree verbeterd, wat kan dankzij digitalisering. Vooral in laagbevolkte gebieden heeft dat bijgedragen aan betere ontsluiting van zorg en welzijn. Je ziet dat dat een versnelling oplevert op het gebied van geïntegreerde gezondheidszorg, eenduidige verantwoording en toerusting.

De keuzes die door de Finnen nu in hoog tempo worden gemaakt, bouwen voort op eerder genomen maatregelen. Zo was de 'click-call-face-benadering' eerder al geïntroduceerd. Dit kon dankzij een eenduidige digitale infrastructuur, de burgerbrede invoer van het PGO en de eigen regie daarover. In Finland wordt al langere tijd ingezet op interoperabiliteit en datamanagement. Daartegenover staat dat er in Finland minder aandacht is dan bij ons voor de inzet van innovaties voor behandeling of beslisondersteuning.

Jolanda Buwalda



“Surfen tussen centraal, regionaal, lokaal en interdisciplinair wordt de kunst.”



Want natuurlijk is het Finse systeem ook niet perfect. In de ouderenzorg bijvoorbeeld spelen het ontlasten van zorgpersoneel, de bijdrage van informele zorg en het inzetten van slimme technologie in passende woonvoorzieningen, nog een beperktere rol dan bij ons. Ook zijn wij actiever aan de slag met hedendaagse concepten zoals Positieve Gezondheid en is er in Finland minder aandacht voor waarderend werkgeverschap.

Bovendien kleeft er een frustratie aan het systeem van populatiebekostiging: gezondheidsbevorderende maatregelen worden niet beloond. Er gaat meer geld naar regio's waarin de zorgvraag hoger is. Daar zie je dat de beweging 'van Ziekte en Zorg, naar Gezondheid en Gedrag' en uiteindelijk naar Mens en Maatschappij, vastloopt. Wat ik vanuit het perspectief van transformatie bovendien miste, is veranderkundige kennis en focus op onderzoek en lerend vermogen.

Domeinoverstijgend denken en doen

De samenstelling van de regiobesturen is zonder enige twijfel wel inspirerend: iedere regio heeft een politieke en operationele opdrachtnemer. Deze operationele opdrachtnemers hebben naast openbaar bestuurlijke kennis verschillende achtergronden. Er zitten artsen bij, maar ook ingenieurs en experts op het gebied van het sociaal domein. Zo stimuleer je binnen de transformatie

en de interregionale afstemming al het domeinoverstijgend denken en doen. Dat is pas alignment!

Het is interessant om te zien hoe we allemaal bezig zijn om de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. We raken op stoom en kunnen veel van elkaar leren. Want we zijn allemaal op zoek naar de gouden schaal. Ook ik doe dat binnen mijn eigen regio NHN. Binnen 3 subregio's ontbreekt het nog aan eenduidig maatschappelijk ondernemerschap, een fair share en governance. Helaas, geeft het nog veel gedoe om met velen binnen de respectievelijke cure/care community, en financiers maatwerk afspraken te maken. Een ongewenste golf van nieuwe fragmentatie dreigt te ontstaan. Een stopreactie daarop en stimulans, zijn de "Zorg voor jou" zorgpaden die een landelijke aanpak hebben en meters maken. Domeinoverstijgend doorgaan samen met VVT, eerstelijns en GGZ is direct nodig en mogelijk!

Natuurlijk blijven we op lokale schaal gemeenschapZijn en gemeenschapZijn empoweren om te ontzorgen. Want wie zorgt er voor jou, voor mij en voor wie zorg ik? Cruciale volvaardigheden zijn nodig om op passende schaal impact te maken. Surfen tussen centraal, regionaal, lokaal en interdisciplinair wordt de kunst! Bij het ontstijgen van eigen belang en ego's helpt "ombouw comfort" bij transitiepijn. Daar zijn ook volvaardigheden voor nodig. Kiitos Finland! ○

Ingrid Wolf

voorzitter raad van bestuur Haaglanden Medisch Centrum

ZET DE GROOTST MOGELIJKE KLEINE STAP



Met een grote klap werd op 1 januari 2023 in Finland de zorgtransformatie bekrachtigd. Uiteraard ging daar jaren van denken en overleggen aan vooraf, maar op de eerste dag van het nieuwe jaar was de overgang voor het complete Finse zorgstelsel een feit. In Finland werd dit besluit om de zorg radicaal anders in te richten financieel gestuurd. Oftewel: er was geen weg meer terug.

De tijd begint te dringen
In Nederland is rond dezelfde periode het Integraal Zorgakkoord (IZA) gepresenteerd. Ook bij ons is het noodzakelijk om samen te werken om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. We hebben nu nog de luxe om de zorgtransformatie vanuit de inhoud te sturen. Anders dan in Finland zijn wij voor onze zorgtransformatie nog niet te laat, maar de realiteit is dat ook voor ons de tijd begint te dringen.

In het IZA is samenwerken het sleutelwoord. De coronacrisis heeft diepe sporen achtergelaten, maar positief is dat de samenwerking in de zorg in die coronaperiode flink is verbeterd. We weten elkaar steeds beter te vinden, zeker ook voor complexe zorgvragen. Er komt steeds meer ruimte om samen te werken en het anders te doen. Alleen als we samenwerken, kunnen we de grote uitdagingen in de zorg aan en ontstaan er mooie dingen. Zo werken we in Den Haag als HMC samen met het HagaZiekenhuis in een gezamenlijk Level-1 Traumacentrum. Traumachirurgen uit beide ziekenhuizen opereren hier patiënten met ernstig letsel. Dat we

dat in Den Haag samen doen, ben ik heel trots op.

Kansen van samenwerken

Samenwerken gaat verder dan alleen tussen de ziekenhuizen. De kansen zitten ook in het nauwer met elkaar optrekken van huisartsen, VVT, gemeentelijk domein en het ziekenhuis. Samenwerken is ontzettend waardevol en leuk. Het mooie als zorgbestuurder vind ik dat ik nu ook bij de wethouder over de vloer kom, bijvoorbeeld in de uitwerking van de regioplannen. Door een kijkje te nemen binnen en buiten de muren van je ziekenhuis ontstaan er nieuwe kansen en inzichten. Samenwerken betekent dat je als bestuurder met iedereen in gesprek bent; met collega's, zorgpartners, gemeenten, zorgverzekeraars, want iedereen is even belangrijk. En dat je bij iedereen open en transparant bent over je visie en plannen. Als wij op bestuurlijk niveau immers vertrouwen hebben in elkaar, kunnen we (nog) grotere stappen zetten dan dat we al gedaan hebben. Daar ben ik van overtuigd.

Gevaar van niet beginnen

We begrijpen elkaar steeds beter en lossen steeds meer samen op, vooral

omdat we beseffen hoe urgent deze transformatie is. Het gevaar zit erin dat het hier bij blijft, dat we niet beginnen. Om met het IZA voortvarend door te gaan, en te voorkomen dat besluiten voor ons worden gemaakt net als in Finland, pleit ik voor het zetten van de grootst mogelijke kleine stap. Een voorbeeld uit de praktijk is het concentreren en spreiden van hoog-complexe operaties. Laten we daar beginnen vanuit het perspectief van de patiënt. Zet bijvoorbeeld voor de hoog-complexe interventies voor oncologische patiënten in op 50 operaties in 2024. Maak het niet te groot, anders gebeurt er helemaal niks. Zet een kleine stap, maar wel zo groot mogelijk, waardoor we in beweging blijven en de volgende stap weer kunnen zetten. Begin! Houd in je achterhoofd dat het zomaar onze laatste kans kan zijn. En dat we niet gedwongen worden om het roer radicaal om te gooien. We hebben ons als zorg gecommiteerd om echt samen te werken. De kansen liggen er zeker. En met de krappe arbeidsmarkt zien we de noodzaak ervan des te meer, net als destijds in de coronaperiode. Ik geloof dat we met de plannen die er nu zijn, echt verschil kunnen maken. ○

“Alleen als we samenwerken, kunnen we de grote uitdagingen in de zorg aan en ontstaan er mooie dingen.”

Aris Prins

voorzitter KNMP

2040



"In de eerste plaats tonen Hollanders zich onverschillig voor zaken die hen niet onmiddellijk raken. Door hun bekrompen dorpsgeest wenden ze zich af van alles wat niet hun directe omgeving aangaat." Aldus de Franse cultuurhistoricus Henry Havard dat in 1873.

Van 1873 naar 2024 is net iets meer dan 150 jaar, ongeveer 10 generaties en 5 familielagen. Vanuit deze rekensom is het volstrekt logisch dat deze dorpsgeest nog niet uitgebannen is. Dit is goed zichtbaar in het dossier van medicatietekorten. We hebben al jarenlang medicijntekorten, vooral bij chronisch zieke ouderen. Ik durf de stelling wel aan dat iedereen, die tijdens mijn voorzittersperiode (12-12-2019 – heden), chronisch medicatie gebruikt, in aanraking is gekomen met een tekort. Vaak gebeurt dat ongemerkt met de wisseling van een verpakking en kleur en vorm van de medicatie. Medicijngebruikers zijn het gewend. Ze hebben hun onvrede al een keer geuit. De laatste tijd worden incidentele medicijngebruikers, vaak jonge mensen met kinderen geconfronteerd met een medicijntekort. Direct springen ze op de bres en komt er ineens meer beweging op dit dossier. Recente voorbeelden daarvan zijn de tekorten in antibiotica en

*"Kampioen stilzitten
is geen eretitel."*

“We ontvangen allerlei signalen, dat in 2040 de zorg echt onhoudbaar is. Als we op deze wijze doorgaan.”

salbutamol en - spoiler alert - er komen er nog meer aan. Net zoals we bij de film de Titanic ook al wisten, dat de boot op de ijsberg zou botsen. En toch zijn we massaal naar deze film gegaan.

Alle tijd?

De titel van dit stuk is alleen niet 2024, maar 2040, en niet zonder reden. We ontvangen allerlei signalen, dat in 2040 de zorg echt onhoudbaar is. Als we op deze wijze doorgaan. Dus niet “Iceberg, right ahead”, maar “Iceberg, over 16 years!” Betekent dat dat we nog alle tijd hebben? Nee! Een verandering kost tijd en het is belangrijk om iedereen mee te krijgen. Iedereen meekrijgen is aan boord van een boot alleen makkelijker dan in een kruiswagen.

Apotheker 2040

Als apothekers zijn we al bezig met onze toekomst. Sterker nog, wij zijn al een tijd aan het kijken naar de apotheker in 2040. Op 31 mei 2023 zijn we begonnen met een startconferentie met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen in de zorg in één kamer. Inmiddels zijn we 4 transitiecafés en werkateliers verder en zijn we van een initiatiefgroep overgegaan op een regiegroep. Gedurende de hele weg hebben we van binnen uit naar buiten en van buiten naar binnen laten kijken. Gezamenlijk met elkaar, met collega zorgprofessionals en met beleidsmakers en financiers. Dit traject is te volgen via de website www.apotheker2040.nl

Gezamenlijk bewegen

Weten we na dit traject exact hoe in 2040 de zorg eruit gaat zien? Nee, maar wat we wel weten is, dat we nu moeten beginnen om stappen in een andere richting te zetten, dan waar we nu naar op weg zijn. Niet alleen, maar gezamenlijk, met alle apothekers en alle andere zorgverleners.

We moeten überhaupt gaan bewegen, want kampioen stilzitten is geen eretitel!! ○



Heidi de Bruijn *voorzitter raad van bestuur Carintreggeland*

Willem Joosten *voorzitter Twentse Noabers Coöperatie*

WE MOETEN HET SAMEN DOEN!

We moeten het samen doen en we willen het ook samen doen. Zorg- en welzijnsorganisaties, zorgverzekeraars, gemeenten, woningcorporaties en inwoners moeten de handen ineenslaan om te zorgen dat de veranderingen in de zorg werken. Het zal geen enkele professional en bestuurder zijn ontgaan: er is noodzaak om te veranderen. De verantwoordelijkheid voor de juiste zorg op de juiste plaats ligt bij ons allemaal. Zorgbestuurders hebben de maatschappelijke verantwoordelijkheid om over de muren van de eigen organisatie en sector heen te kijken. En als mens heeft eenieder de taak om goed voor zichzelf te zorgen en voor elkaar.



“Waarom stuurt de gemeente geen brief als je de leeftijd van 50 of 60 jaar bereikt, met vragen over je gezondheid, je mogelijke bijdrage aan de samenleving, je toekomstbestendige woning etc.?”

In beweging

We gaan uit van het vergroten van het eigenaarschap van burgers en het versterken van gemeenschapskracht, dus meer samen doen en eigen regie tonen. Ook het omarmen van het gebruik van hulpmiddelen en zorgtechnologie is nodig om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Maar hoe landt dit bij de mensen die deze verandering aangaat? Landt dit eigenlijk wel bij inwoners en hoe gaan professionals hiermee om? De veranderingen in de zorg staan niet op zichzelf. Onze samenleving is sterk in beweging. En dat is nodig, want we staan voor grote uitdagingen op veel maatschappelijke thema's. Al die transitie's beïnvloeden elkaar, en onze gezondheid. In toenemende mate ontstaat de behoefte om dit samen en grensverleggend op te pakken.

Gewoon doen

De opgaven zijn divers maar hebben een gemeenschappelijke deler. Namelijk dat professionals en burgers van Nederland iets anders moeten doen dan we altijd gedaan hebben. De transformatie vraagt van ons ander gedrag. Het vraagt om fundamentele aanpassingen van ons als mens en van de samenleving. Daarvoor is draagvlak en participatie belangrijk maar eigenlijk gaat het om een verandering van cultuur. Cultuurveranderingen zijn lange processen en kosten tijd. Tijd die er niet is en waardoor de urgentie groter wordt. Kunnen we dan niets doen? Jawel,

we kunnen heel veel doen. Gewoon beginnen. Dicht bij huis zelf het goede voorbeeld geven. Nadenken over oud worden en zelf verantwoordelijk zijn voor je oude dag. Met mensen in gesprek gaan zodat men nadenkt over hoe je voor jezelf en voor een naaste kunt zorgen. Bijvoorbeeld hoe je een persoonlijk netwerk opbouwt, hoe je medische en niet medische zaken kunt scheiden en hoe je zorg en begeleiding/ondersteuning kunt scheiden. Bewustwording van wat dat van jou als burger vraagt is daarbij belangrijk. Waarom krijgt iemand op zijn 18de verjaardag van de gemeente een brief over wat je allemaal mag en moet als je 18 wordt? En waarom stuurt diezelfde gemeente geen brief als je de leeftijd van 50 of 60 jaar bereikt met vragen over je gezondheid, je mogelijke bijdrage aan de samenleving, je toekomstbestendige woning etc.?

Alle partijen betrekken

Om de zorg en ondersteuning van onder andere kwetsbare ouderen in Nederland toekomstbestendig te maken wordt in veel regio's in Nederland gewerkt aan integrale zorg voor ouderen in de wijk, ondersteuning van informele zorg en geschikt wonen. We zien in toenemende mate nieuwe vormen van organisatie van zorg, samenwerkingsverbanden en verplaatsing van zorg, bijvoorbeeld zo dicht mogelijk bij de burger met behoud van kwaliteit. Ook de werkomgeving van de zorgprofessional

verandert en flexibiliseert.

In Twente hebben we, zoals in alle regio's, een Regioplan gemaakt. Daarin hebben we de opgaven vanuit de verschillende akkoorden vanuit de overheid vertaald naar thema's en plannen. Gemeenten, zorgverzekeraar, onderwijs, alle sectoren in zorg en welzijn en burgers zijn hierbij betrokken geweest. Dat laatste is echt heel belangrijk. Vanuit intrinsieke motivatie hebben we van het begin af aan met het perspectief van de inwoners naar de vraagstukken gekeken. Dat was lang niet altijd makkelijk en soms voelden we ons een roepende in de woestijn. Desondanks pleiten wij ervoor om het samen te doen. We hebben elkaar heel hard nodig. Zonder eigenaarschap van burgers gaan we de cultuurverandering niet krijgen.

Gemeenschapskracht

In Twente kennen we vanouds het Noaberschap. Het betekent dat we naar elkaar omzien, voor elkaar zorgen als dat nodig is. Om bij te dragen aan toekomstbestendige zorg moeten we ons Noaberschap een nieuwe invulling geven. Verbindingen onderling en met professionals, herstellen en versterken. Op zoek gaan naar de gemeenschappelijke passie in wijken en buurten. Laagdrempelig aansluiten bij wat er is. In buurthuizen, (sport) verenigingen, de bieb en tante Jo op de hoek bijvoorbeeld.

Onze boodschap is: doe het samen! ○

David Jongen

voorzitter raad van bestuur Zuyderland

DOORPAKKEN OP PASSENDE ZORG LEIDT TOT GROTE RISICO'S OP BEDRIJFSCONTINUÏTEIT

Bij het lezen van de kop van dit artikel frons je wellicht je wenkbrauwen. Passende zorg is toch wat we met zijn allen willen? Daar hebben we toch, in al zijn facetten, in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) gezamenlijk voor getekend? En wat heeft passende zorg überhaupt met bedrijfscontinuïteit te maken?



Zorginfarct voorkomen

Om te beginnen sta ik achter alles wat we met zo veel partijen in het IZA hebben afgesproken. Daar wil en zal ik niks aan afdoen. Sterker nog; de weg naar passende zorg is de enige redelijke en zowel maatschappelijk als politiek uit te leggen manier om een zorginfarct te voorkomen. De enige weg waarop we samen proberen te voorkomen dat ons zorgstelsel vastloopt. We hebben de komende jaren immers te weinig zorgpersoneel in combinatie met een te hoge zorgvraag en idem zorguitgaven. Daar is iedereen zich inmiddels volledig van bewust.

Stevige inzet op passende zorg

Daarom wordt er door vele zorgaanbieders in de meeste regio's vol ingezet op passende zorg. Dit gebeurt op vele manieren; via digitalisering, initiatieven rondom de juiste zorg op de juiste plek, stevige regionale samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten, de uitrol van vele passende zorg processen in het ziekenhuis en door kritische operationele sturing op wie er het ziekenhuis inkomt en hoe snel een patiënt er weer uitgaat.

Verantwoordelijkheid

Als zorgbestuurder ben en voel ik me hiervoor verantwoordelijk. Daarnaast ben ik met vele collega's verantwoordelijk voor onze bedrijfscontinuïteit. En juist daar zit het probleem. Passende zorg is bedrijfsmatig een "inkomsten-krimp-strategie". Er zijn niet veel bedrijven die een dergelijke strategie hebben. Wij dus wel. Wij kunnen echter geen bijbehorende bedrijfsonderdelen afstoten en opnieuw investeren in onze kernactiviteiten. Dat is voor een zorginstelling heel ingewikkeld en ook maar marginaal mogelijk. Bovendien hebben we, daar waar we kosten kunnen afbouwen doordat we passende zorg toepassen, die afbouw nodig om kostenstijgingen zoals de cao-kosten op te kunnen vangen.

Dit gaat niet om klein bier. Vooral vele chronisch zieke patiënten behandelen we niet alleen op andere manieren; digitaal of via e-Health, maar patiënten worden ook niet meer zo snel opgenomen. En als ze wel worden opgenomen, is het aantal ligdagen veel minder. Dit gaat om vele miljoenen euro's afbouw van schadelast en dus ook om een daling van inkomen/omzet. En dat terwijl de kosten blijven stijgen, ondanks deze nieuwe manieren van werken.

Andere financiering van zorg

Ik pleit daarom voor een andere financiering van zorg. Het uitgangspunt is dat ziekenhuizen in staat worden gesteld om de financiële positie gezond te houden en voldoende investeringsvermogen te houden, terwijl we tegelijkertijd vol blijven gaan voor passende zorg. Binnen de NvZ werken we aan een dergelijk voorstel, waarvan de kern bestaat uit het bekostigen van de acute zorg op basis van beschikbaarheid, de chronische zorg als populatiebekostiging en de electieve zorg als PxQ. Voor complexe netwerkzorg wordt nog nagedacht over de wijze van bekostiging. In het concept visiedocument hebben we de verschillende vormen van zorg goed afgebakend en de financiering uitgewerkt. Er staan tevens stappen omschreven voor de korte en iets langere termijn. Deze voorstellen vergen stevige veranderingen in de wijze van bekostiging. Dat is de enige manier om door te pakken op passende zorg, om niet alleen een zorginfarct te voorkomen maar ook ziekenhuizen gezond te houden. Wie kan daar nou tegen zijn? o

"Passende zorg is bedrijfsmatig een "inkomsten krimp strategie".



Anneloes van Veen en Sander Sandkuyt, bestuurders Medical Business

ALLEEN GA JE SNELLER, **SAMEN** **KOM JE VERDER!**

Tijdens de Zorginnovatiereis hebben we vele interessante verhalen mogen horen over het Finse zorgstelsel. De uitdagingen waar dat land nu en in de toekomst mee geconfronteerd wordt, klonken allesbehalve onbekend. Denk aan de sterke toename in het aantal ouderen en het tekort aan zorgpersoneel om de groeiende vraag het hoofd te bieden. Door de recent ingevoerde 'SOTE' hervorming werd de versnippering van het Finse zorgsysteem onherroepelijk opgeheven met als gevolg vernieuwde en uitgebreide samenwerkingen.



“Samen bouwen aan een toekomstbestendig zorglandschap betekent wat ons betreft niet alleen het betrekken van alle actoren die actief zijn binnen de zorg, maar ook de verschillende generaties.”

ZA vóór en mét de toekomst

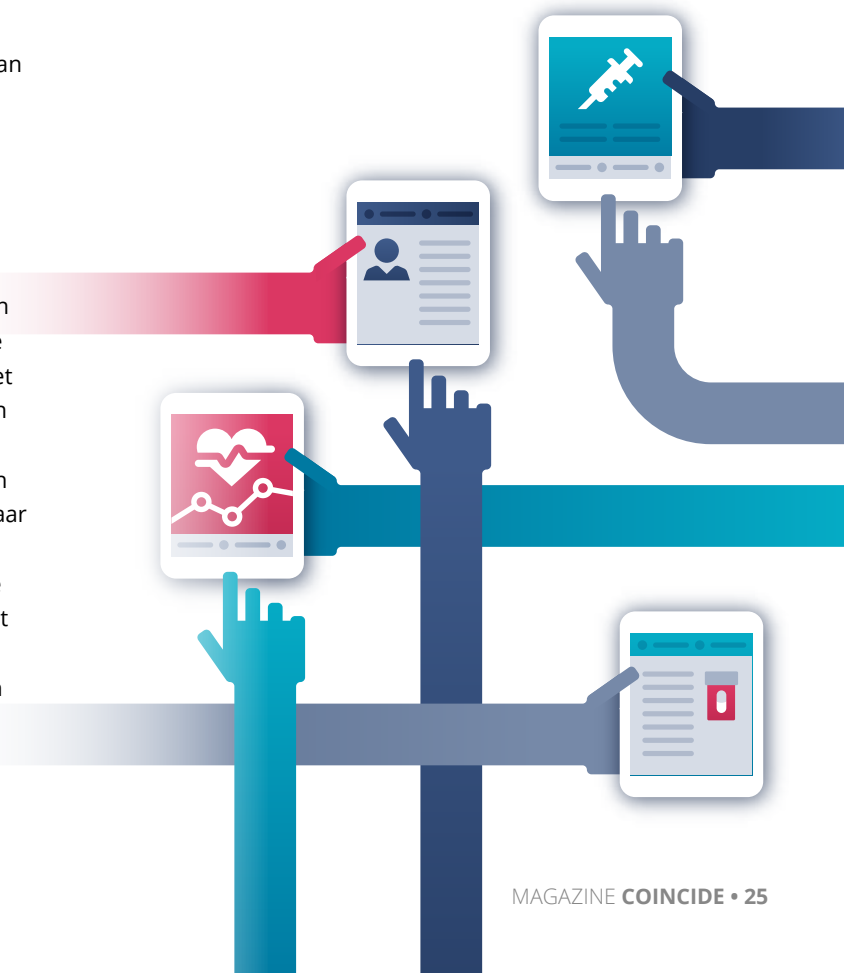
Opvallend was dat de beleidsmakers van het ministerie van Financiën in the lead waren, vanwege de gigantische financiële wijzigingen en investeringen die hiermee gemoeid waren. De rol van de zorgprofessionals en hun verantwoordelijkheden werden echter slechts mondjesmaat genoemd. Eén vraag over de Finse hervormingen bleef voor ons daarom onbeantwoord: hebben de zorgprofessionals, in de breedste zin van het woord, de kans niet gegrepen om aan tafel te zitten of hebben zij die kans nooit gehad?

Overeenkomsten tussen de Finse ‘SOTE’ hervorming en het Nederlandse IZA zijn er zeker. Maar de onderscheidende kracht van het IZA is dat wél alle verschillende actoren binnen de zorg zijn betrokken en dat zij hebben uitgesproken mét elkaar de zorg in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Tijdens vrijwel iedere groeps- en plenaire discussie in Helsinki kwam dit ter sprake: alleen samen kunnen we bouwen aan een toekomstbestendig zorglandschap!

Samen betekent wat ons betreft echter niet alleen het betrekken van alle actoren die actief zijn binnen de zorg, maar ook de verschillende generaties. Besluiten die nu op bestuurlijk niveau worden genomen, zullen namelijk vooral de dagelijkse praktijk van de jonge professionals in de toekomst beïnvloeden. Zij zullen zorg verlenen aan de vergrijzende samenleving en daarbij te maken krijgen met nieuwe zorgvraagstukken, technologische ontwikkelingen en veranderende maatschappelijke behoeften. De jonge zorgprofessional moet zich bewust zijn van de op handen zijnde transformatie en de handschoen nú oppakken, maar tegelijkertijd is dit ook een oproep aan alle bestuurders om de jonge zorgprofessional te betrekken en de kans te bieden om mee te denken. Het zal mogelijk verbazen met welke vaardigheden en innovatieve ideeën, bijvoorbeeld op het gebied van digitalisering en duurzaamheid, zij een waardevolle bijdrage kunnen leveren!

Een nieuwe koers varen

Stichting Medical Business is ruim 10 jaar geleden opgericht door een groep jonge artsen. Het was hen toen al duidelijk dat de zorg in Nederland in de toekomst voor grote uitdagingen zou komen te staan. Een nieuwe generatie artsen, die verder kijkt dan de zorg voor de individuele patiënt door ook kennis op te doen van bestuurlijke, organisatorische en financiële aspecten van de zorg, zou hierin mogelijk een bepalende rol kunnen vervullen. In Helsinki werd ons het belang van een nieuwe koers duidelijk: de nieuwe generatie jonge zorgprofessionals moet zich breder ontwikkelen en daarbij ook over de grenzen van de eigen beroepsgroep heen leren kijken. Als Stichting Medical Business zullen wij ons daarvoor blijven inzetten, zodat de toekomstige generaties zorgprofessionals en -bestuurders met elkaar de gezondheidszorg in Nederland naar een hoger niveau kunnen brengen. [o](#)



Károly Illy

bestuurder Longfonds

HEALTH IN ALL POLICIES

Een gezonde samenleving is niet louter afhankelijk van de gezondheidszorgsector. Het gaat om een veel breder spectrum van beleidsgebieden dat van invloed is op ons welzijn. Het concept van Health in All Policies benadrukt het belang van het integreren van gezondheidsdoelen in alle besluitvormingsprocessen. In Nederland wordt de noodzaak van hiervan steeds urgenter, vooral in het kader van preventie. Het betrekken van patiëntenorganisaties speelt hierbij in mijn ogen een sleutelrol.

Verder dan zorg
Health in All Policies gaat verder dan de traditionele gezondheidszorg. Het erkent dat factoren zoals onderwijs, werkgelegenheid, huisvesting en milieu direct van invloed zijn op onze gezondheid. Door gezondheid te integreren in alle beleidsdomeinen, wordt een omgeving gecreëerd die bevorderlijk is voor het welzijn van de bevolking. Het implementeren van Health in All Policies vergt daarom een hechte samenwerking tussen verschillende overheidsinstanties. Het betekent dat besluitvormers bij het ontwerpen van beleid rekening moeten houden met de mogelijke impact op de gezondheid. Het

verbeteren van de luchtkwaliteit, het bevorderen van actieve mobiliteit en het creëren van gezonde werkplekken, bijvoorbeeld, zijn niet alleen milieu-maatregelen, maar hebben directe positieve gevolgen voor de volksgezondheid. Door een gezondheidsperspectief te integreren in stadsplanning, milieubeleid en onderwijs, kunnen we preventieve maatregelen nemen om gezondheidsproblemen te verminderen en de kwaliteit van leven te verbeteren.

Meer dan een slogan

Health in All Policies is meer dan een slogan; het is een benadering die erkent dat de gezondheid van een bevolking nauw verbonden is met

“Het streven naar een rookvrije generatie vereist niet alleen wetgeving en voorlichting, maar ook een verandering in de sociale normen rondom roken.”

verschillende beleidsdomeinen. Het erkent ook de waarde van preventie als middel om gezondheidsproblemen te voorkomen in plaats van te behandelen. In het geval van luchtkwaliteit kan dit betekenen dat er nadruk wordt gelegd op het verminderen van luchtverontreinigende stoffen door het bevorderen van schonere energiebronnen, het stimuleren van duurzaam transport en het implementeren van groenere stadsplanning. Het doel is niet alleen om de negatieve gezondheidseffecten te verminderen, maar ook om de bevolking te beschermen tegen potentieel ernstige aandoeningen die voortkomen uit blootstelling aan vervuilde lucht.

Essentiele rol van patiëntenorganisaties

Patiëntenorganisaties spelen een cruciale rol bij het betrekken van burgers en het waarborgen van hun belangen in het besluitvormingsproces. Bij het streven naar een gezonde luchtkwaliteit kunnen deze organisaties een platform bieden voor mensen die direct worden getroffen door luchtverontreiniging. Hun ervaringen en getuigenissen kunnen beleidsmakers inzicht geven in de echte impact van vervuilde lucht op individuele levens. Hierdoor kunnen passende maatregelen worden genomen om de luchtkwaliteit te verbeteren en gezondheidsschade te voorkomen.

Rookvrije generatie

Een ander vitaal aspect van preventie, waar patiëntenorganisaties een grote invloed kunnen hebben, is het streven naar een rookvrije (en ook vape-vrije) generatie. Roken is een van de belangrijkste vermijdbare oorzaken van ziekten en sterfte. Het streven naar een rookvrije generatie vereist niet alleen wetgeving en voorlichting, maar ook een verandering in de sociale normen rondom roken. Patiëntenorganisaties kunnen hier een belangrijke rol spelen door bewustwordingscampagnes te voeren, steun te bieden aan rokers die willen stoppen en als pleitbezorgers op te treden bij het ontwikkelen van effectief anti-rookbeleid.

Matchen van maatregelen met behoeften

Health in All Policies benadrukt het belang van het integreren van gezondheidsoverwegingen in alle facetten van beleidsvorming. Bij preventie, bijvoorbeeld gericht op luchtkwaliteit en het streven naar een rookvrije generatie, is deze aanpak van onschatbare waarde. Het betrekken van patiëntenorganisaties bij deze inspanningen zorgt ervoor dat beleidsmaatregelen gebaseerd zijn op de daadwerkelijke behoeften en ervaringen van de bevolking. Alleen door gezamenlijke inspanningen kunnen we een gezonde toekomst voor Nederland nastreven, waarin preventie een integraal onderdeel is van alle beleidsvormen. 



Károly Illy

Jan Willem Spijkman *sector banker healthcare ING*
Rob Schreppers *hoofd relationship banking BNG Bank*

BANKEN EN ZORGVERZEKERAARS ONDERSTEUNEN DE TRANSITIE IN DE ZORG

De houdbaarheid van de zorg is de afgelopen jaren steeds verder onder druk komen te staan. Structurele oorzaken tekenden zich in de afgelopen jaren al af maar werden versterkt door een aantal recente ingrijpende ontwikkelingen. De coronacrisis en de daarna ongekend snel opgelopen inflatie konden deels worden opgevangen dankzij financiële buffers bij de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Maar de structurele ontwikkelingen (vergrijzing, autonoom stijgende zorgvraag, personeelstekorten) zijn een aanhoudende zorg.



Jan Willem Spijkman

En dat is het eigenlijk al vele jaren, waarin we een nieuw zorgstelsel zagen ingevoerd ("gereguleerde marktwerking") en waarna de sector zelf ingegeven door de ontwikkelingen juist meer heeft ingezet op samenwerking. Dat heeft in 2022 geleid tot het Integraal Zorgakkoord dat algemeen op dit moment gezien wordt als het beste perspectief om de zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogstaand te houden. Daarnaast zijn er samenhangende akkoorden gesloten op het gebied van de langdurige zorg (WOZO), preventie (GALA) en de noodzakelijke verduurzaming (Green Deal Zorg). De sector moet daarvoor in brede zin een transitie maken, ook ten aanzien van de noodzakelijke verduurzaming in lijn met het Klimaatakkoord.

Passende afspraken

De transitie is alleen mogelijk als alle betrokken stakeholders uit het zorgveld daarin meegaan. Daarom hebben in de akkoorden niet alleen de Rijksoverheid en de zorgaanbieders (en hun branches) zich gecommitteerd maar zijn ook andere partijen betrokken. Banken en zorgverzeke-

“Niet alleen de Rijksoverheid en de zorgaanbieders (en hun branches) hebben zich gecommitteerd aan de akkoorden, maar ook andere betrokken partijen zoals banken en zorgverzekeraars.”

raars spelen als financiers van de zorg ook een rol in de maatschappelijke opgave voor een houdbare gezondheidszorg. Banken verstrekken kredieten (werkkapitaal en langlopende leningen met of zonder garantie van het Waarborgfonds voor de Zorgsector) en zorginkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) zorgen voor de inkoop van de benodigde zorg.

Om te komen tot de noodzakelijke transformatie van het zorgaanbod, willen zorgverzekeraars en banken, zorgverleners actief ondersteunen in de transformatie van zorg door middel van passende zorginkoopcontracten (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) en passende financieringsarrangementen (banken en WfZ). Zij hebben daarbij het gezamenlijk belang om de continuïteit van zorgaanbieders zoveel mogelijk te borgen te midden van de transformatie van zorg, en discontinuïteit (faillissementen) te voorkomen. Zowel banken als zorgverzekeraars hebben er, vanuit ieders hun rol en verantwoordelijkheden in het stelsel, gezamenlijk belang bij transformatie en tegelijkertijd continuïteit van zorg en financiële exploitatie (mede gegeven het not-for-profit karakter van vele zorgaanbieders).

Financiële consequenties

De juiste zorg op de juiste plaats, het bieden van passende zorg, kan voor individuele zorgaanbieders betekenen dat zij minder zorg verlenen of bepaalde zorg voortaan overlaten aan een andere zorgaanbieder in de keten. Dit gaat hoe dan ook gepaard met financiële spanningen. Het zal leiden tot minder omzet voor bijvoorbeeld ziekenhuizen, als zorg verplaatst wordt naar de verpleging, verzorging en de thuiszorg (VVT). Ook als meer patiënten met behulp van thuismonitoring en -behandeling niet meer in het ziekenhuis verschijnen, waardoor deze vorm van patiëntenzorg efficiënter wordt, maar ook minder inkomsten voor ziekenhuizen betekent. Ook in de VVT zal meer extramurale producten zoals “Volledig Pakket Thuis”

in plaats van intramurale zorg in natura leiden tot een ander verdienmodel voor de VVT. Ook zal de eerstelijnszorg versterkt moeten worden. Allemaal financiële consequenties voor alle zorgaanbieders in de zorgketen als de transitieplannen worden geïmplementeerd. Het is van groot belang dat de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de banken continu met elkaar in gesprek blijven over IZA, WOZO, GALA en alle regionale transitieplannen. Dit is nodig om met elkaar de zo nodige transitie zoals beschreven in het IZA succesvol door te voeren. Dat dit uitdagingen met zich mee gaat brengen is geen verrassing. Het is zaak dat we blijven samenwerken om van het IZA en de transitie in de zorg een succes te maken. ○

Rob Schreppers



Ronald Gorter

voorzitter Stichting MedMij

OVERZICHT EN REGIE OVER JE EIGEN GEGEVENS

SLUIT AAN BIJ DE BELEVINGSWERELD VAN DE BURGER



*"Laten we de PGO
gezamenlijk omarmen."*

Veel bestuurlijke gesprekken in de zorg gaan over het verbeteren van de digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners onderling. Hoe maken we medische gegevens van patiënten beschikbaar voor collega's binnen de zorg? Dat is ontzettend belangrijk en het zijn ook heel goede ontwikkelingen. Databeschikbaarheid is niet voor niks meegenomen in de Wegiz. Het staat centraal in de Nationale Visie en Strategie op het Gezondheidszinformatiestelsel (NVS). Maar kijken we hierin ook genoeg naar de behoeftes van de burger?

De debatten in de 2e Kamer gaan juist regelmatig over het betrekken van de burger bij de zorg. Hoe kunnen we de zorg toekomstbestendig maken met passende zorg en het inzetten van digitale middelen? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de burger actief aan de slag gaat met zijn of haar gezondheid? Ik ben ervan overtuigd dat de persoonlijke gezondheidsomgeving, kortweg de PGO, daar een essentiële rol in heeft. De PGO is niet voor niks al beschreven in de wet. Laten we die PGO dan ook gezamenlijk omarmen.

Goed geïnformeerde burger

Overzicht en regie over eigen medische gegevens door middel van een app sluit aan bij de belevingswereld van de burger. Met een PGO kan een burger informatie over zijn of haar gezondheid verzamelen in één overzicht. Er ontstaan verbanden, mensen kunnen goed geïnformeerd een gesprek met de zorgverlener aangaan. Er ontstaat een gelijkwaardigere relatie tussen patiënt en zorgverlener. Met het MedMij Afsprakenstelsel maken we mogelijk dat die gegevensuitwisseling richting de burger veilig en transparant kan plaatsvinden. Maar de opdracht om dat te realiseren is groot.

Complexe implementatie

De praktijk is weerbarstig gebleken, dat hebben we de laatste jaren wel geleerd. We hebben te maken met verschillende partijen die uitwisseling mogelijk moeten maken, verschillende bronsystemen, verschillen in zorgtaal, en vragen over hoe je de privacyregels moet interpreteren. De meeste van de knelpunten waar we met de PGO-implementatie mee te maken hebben, zijn niet uniek voor het PGO-stelsel. Het zijn problemen van gegevensuitwisseling over de hele breedte van de zorg. Dat gaat soms over heel banale dingen. Of je de medicatie met een punt of komma noteert in het EPD bijvoorbeeld; daar kan uitwisseling al misgaan.

Obstakels wegnemen

De afgelopen tien jaar zijn er individuele ICT-zorgsystemen ingericht zonder duidelijke regie vanuit de Nederlandse overheid. Daar was namelijk lang geen politiek draagvlak voor. Nu is dat er wel. Gezamenlijk moeten we nu kijken naar een systeem dat past bij de manier waarop wij in

Nederland het zorgstelsel hebben ingericht. In landen als Finland of Estland bestaan nationale EPD's al, net als een soort landelijk PGO. Dat past bij hun zorgsysteem en de manier waarop men naar de overheid kijkt. Wij zijn een land van marktwerking en poldercultuur; het is niet anders. En laten we eerlijk zijn, de weerstand is niet te overzien als de politiek morgen zou besluiten om de gezondheidszorg als een soort Engelse NHS te organiseren.

Databeschikbaarheid

Dat betekent dat we ook met de verbetering van de ICT-infrastructuur in de zorg gebonden zijn aan deze context. Maar ik heb er vertrouwen in dat databeschikbaarheid in de Nederlandse zorg lukt. De overheid neemt nu meer regie met wetgeving, standaardisering en generieke voorzieningen. Digitalisering staat hoog op de agenda in het IZA. Organisaties zoals VZVZ, Nictiz en MedMij werken dagelijks aan het verbeteren van die infrastructuur. Alle stoplichten staan op groen. Aan ons allen, met de Nederlandse overheid voorop, de schone taak om obstakels weg te nemen en de schouders eronder te zetten. Dat zijn we aan de burger verplicht. o



Gita Gallé

raad van bestuur Prinses Máxima Centrum

ONDERNEMERSCHAP IN FINLAND



*“Laten we ondernemerschap
omarmen.”*

Overall staat de zorg onder druk, zo ook in Finland. Recent heeft daar een grote verandering van het zorgstelsel plaatsgevonden. Naast Covid en een serieuze staking van verpleegkundigen was dit de derde grote bedreiging voor het land. De geopolitiek buiten beschouwing gelaten. Deze reform heeft veel impact (gehad). Het stelsel is 'cold turkey' gereorganiseerd. De geldstromen zijn heringericht van lokaal naar regionaal niveau om de grote verschillen tussen gemeenten te beperken en zo een gelijkere toegang tot de zorg te organiseren. Hoewel de hervorming met goede intenties is ingevoerd, heeft het tegelijk meer ruimte gegeven aan de private sector. Wat de ongelijkheid qua toegankelijkheid in Finland heeft vergroot. Kortom, ook in Finland is het zoeken naar een optimaal systeem waarin de prikkels zo zijn ingericht dat ze maximaal de gelijke toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit borgen. Kortom, de heilige graal!

Wat ik in Finland bevestigd zag is het belang, of eigenlijk de noodzaak, van (privaat) ondernemerschap zoals dat bijvoorbeeld door Mehilanen wordt geboden. Zij leveren al meer dan 100 jaar sociale- en zorgdiensten en zijn verder 'in het gat' gesprongen dat de Finse hervorming veroorzaakte. Ze leveren zorg op meer dan 840 locaties, niet alleen in Finland maar ook in Zweden en Duitsland en investeren veel in digitalisering. Hier hebben ze een eigen platform (BeeHealthy) voor ontwikkeld en veel werkgevers maken van hun diensten gebruik door medewerkers via de Occupational Healthcare daarheen door te verwijzen. Mehilanen ziet de werkgevers als de drijvende kracht achter hun eigen innovatie.

We hebben ondernemerschap nodig

In Nederland neemt ondernemerschap in de zorg toe, in de afgelopen jaren ook in de eerste lijn. Door de problematiek rondom het vinden van een opvolger voor huisartsenpraktijken zijn veel ontwikkelingen zichtbaar. Je hebt inmiddels naast de 'gewone huisartsenpraktijk'; CoMed, Flexdokters, Buurtdokters, Arts en Zorg, en nog vele andere initiatieven voor het organiseren van 'schaal, digitaal en backoffice' van de huisartsenzorg. Het Nivel heeft er recent onderzoek naar gedaan. Het bleek nog niet zo eenvoudig om op basis van data iets te zeggen over deze nieuwe organisatievormen van huisartsenzorg. En ook niet of het nu 'goed of slecht' is voor de zorg.

Mijns inziens is het van grote waarde dat deze initiatieven er zijn! We hebben ondernemerschap nodig om verder te komen met innovatieve oplossingen voor de complexe vraagstukken in de zorg. Samenwerking met bedrijven en ondernemers helpt ons om sneller vooruit te komen. Er wordt nog weleens besmuikt over ondernemerschap gesproken. Waarbij de bekende voorbeelden worden genoemd rondom overmatig winst maken. Hoewel voor mij de waarde van ons collectieve zorgstelsel van groot belang is, hoort ondernemerschap erbij.

Ziekenhuizen als ondernemer

Voor de ziekenhuizen geldt dat zij een rol hebben als zorgverlener, als werkgever, en als ondernemer. Zo is het door de ziekenhuissector gepositioneerd bij de start van het nieuwe zorgstelsel in 2005. Met dat zorgverlenerschap zit het wel goed en ook de rol als werkgever pakken veel instellingen steeds beter en zelfs heel goed op, wat noodzakelijk is in een krappe arbeidsmarkt.

De rol van ondernemer is echter lastiger. Organisaties die minder binnen eigen huis in 'belangen hoeven te onderhandelen' zijn gemakkelijker in staat om met een heldere focus waarde toe te voegen. En daarmee processen te innoveren die de zorg beter maken. Dat is in de context van een instelling nu eenmaal ingewikkelder. Zie ook de recente column van Danka Stuijver over ziekenhuizen en focusklinieken die vechten om de krenten uit de patiëntenpap. Waarbij zij aangeeft dat het voor ziekenhuizen toch moeilijker is om naast de complexe zorg en de spoedzorg ook de laagcomplexere zorg op een kostenefficiënte en klantvriendelijke manier te organiseren. Inmiddels komen daar ook steeds meer mooie voorbeelden van ZBC's in ziekenhuizen bij.

Ondernemerschap en focus helpt ons vooruit. Ik heb inmiddels zelf een huisarts die is aangesloten bij het bedrijf (nb een coöperatie) van Flexdokters. Na een zurige afscheidsbrief van mijn eigen huisarts aan al zijn patiënten is de praktijk overgenomen door een zeer goed bereikbare, ogenschijnlijk alle tijd hebbende, en heel digitale huisarts. Ik vind het top!

Laten we ondernemerschap omarmen. Dat is nodig om vooruit te komen. En laten de 'systeempartijen' ervoor zorgen dat de prikkels en de regulering zó zijn ingeregeld, dat dat ondernemerschap de gelijkheid in de gezondheidszorg bevordert en waarde voor allen toevoegt. ○

Esther Cornegé-Blokland

voorzitter NVKG

LATEN WE DE KAT OP TAFEL ZETTEN



De zorgvraag en de druk op de zorg nemen de komende jaren sterk toe met als piek een dubbele vergrijzing in 2040. Dit leidt tot toenemende en complexere zorgvragen. Steeds meer ouderen blijven langer thuis wonen, zelfs wanneer zij te maken krijgen met een toenemende kwetsbaarheid op sociaal, verpleegkundig en medisch vlak. Tegelijkertijd worden we geconfronteerd met een groeiend tekort aan personeel in elke sector van de zorg. De vraag is: hoe pakken we deze uitdagingen gezamenlijk aan? Nu is het hét moment om samen de regie over deze toekomst te nemen.

Liderschap in uitdagende omstandigheden

Een inspirerend voorbeeld van leiderschap in uitdagende omstandigheden zag ik bij Attendo, een verzorgings- en verpleeghuisorganisatie in Helsinki. Onder leiding van CEO Virpi Holmqvist, is deze organisatie in drie jaar tijd van de een na

slechtste werkgever van verpleeghuisorganisaties van Finland naar de tweede beste werkgever gegaan. Hoe dan? Als je het mij vraagt door een uitstekend voorbeeld van dienend leiderschap. Virpi Homqvist heeft echt gekozen om de groei en het welzijn van de medewerkers van Attendo voorop te zetten. Door te luisteren, compli-

menten te geven, dankbaarheid te uiten, aan te moedigen en aan te spreken. Hun hogere ambitie was om de best gewaardeerde en aantrekkelijkste organisatie in hun branche te worden. Met de cliënt en voor de cliënt, want door goed voor de medewerker te zorgen werd de kwaliteit van zorg voor de ouderen ook beter.

De kat op tafel

Het Finse gezegde “Nostaa kissa pöydälle”, dat vrij vertaald wordt als “de kat op de tafel zetten”, verwijst naar het ter sprake brengen van onderwerpen die ongemakkelijk kunnen zijn om te bespreken, maar besproken moeten worden. Attendo heeft honderden speelgoedkatten aangeschaft en deze verdeeld over alle units binnen de ouderenzorgorganisatie.

Tijdens gesprekken tussen medewerkers en leidinggevenden of onder medewerkers zelf, als een vorm van steun bij het aanpakken van moeilijke onderwerpen, stond deze kat op tafel. Dit heeft een enorme boost aan de cultuurverbetering binnen Attendo gegeven. Medewerkers voelen zich nu meer gesteund om zich kwetsbaar op te stellen en zaken open en eerlijk te bespreken, met als doel de werkom-

standigheden en uiteindelijk de zorg voor ouderen te verbeteren.

Deltaplan

Maatschappelijk gezien zou het ook goed zijn als ‘de kat op tafel wordt gezet’ bij het bespreekbaar maken van de dubbele vergrijzing en alle uitdagingen en kansen die dat met zich meebrengt. We hebben dit al zo lang zien aankomen en jarenlang is de kat niet op tafel gezet. Recentelijk is er gelukkig meer media-aandacht voor gekomen, zoals de tv- en podcastserie ‘De Toekomst is Grijs’ van Omroep MAX, die het onderwerp toegankelijk maakt voor een breed publiek. Niettemin is er een dringende behoefte aan een omvangrijke strategische aanpak, vergelijkbaar met een Deltaplan, om de complexiteit van de dubbele vergrijzing effectief aan te pakken. Zo’n plan zou zich moeten richten op het adresseren van de uitdagingen en het optimaal benutten van de kansen die deze verschuiving biedt, met als doel de zorgsector en de samenleving als geheel te versterken.

Aantrekkelijke werkplek

Voor grote maatschappelijke veranderingen hebben we veel partijen nodig, maar als bestuurders in de zorg hebben we wel direct invloed op het volgende: In een tijd waarin we staan voor een uitdaging van groeiende zorgvraag en toenemende personeelstekorten is het belangrijk om het vak aantrekkelijk te houden. Zowel voor het personeel dat al in de zorg werkt, als voor het aantrekken van nieuw personeel. Het benadrukken van de ontwikkeling en het welzijn van medewerkers, zoals Attendo succesvol heeft gedemonstreerd, kan een leidraad bieden voor alle zorginstellingen. Door een omgeving te creëren waarin medewerkers zich gewaardeerd voelen en kansen krijgen voor persoonlijke en professionele groei, kunnen we de zorg als aantrekkelijke werkplek positioneren. [o](#)

“In een tijd waarin we staan voor een uitdaging van groeiende zorgvraag en toenemende personeelstekorten is het belangrijk om het vak aantrekkelijk te houden.”



Hanneke Klopper

voorzitter Zelfstandige Klinieken Nederland

A photograph of Hanneke Klopper, a woman with short blonde hair, wearing a bright red suit over a dark blue shirt. She is standing on a staircase with a wooden handrail and a metal railing, looking towards the camera with a slight smile. The background is dark and out of focus.

HOOGSTE TIJD OM GRENZELOOS **DE TOEGANKELIJKHEID VAN ZORG TE BORGEN**

In een tijd waarin de zorgvraag toeneemt en de beschikbare middelen niet altijd gelijke tred houden, is het essentieel actief invulling te geven aan een toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar zorgsysteem. De zorg in Nederland scoort internationaal hoog maar de toegankelijkheid van de zorg staat meer en meer onder druk. We hebben grensoverschrijdende strategieën en concepten nodig die ons kunnen helpen bij het vormgeven van een toegankelijk en duurzaam zorglandschap

De Zorgvraag als uitgangspunt

Als we kijken naar de zorg in al zijn facetten dan zou een maatschappelijke business case niet alleen op het bestaande systeem gebaseerd moeten zijn, maar vooral op de zorgvraag nu en in de toekomst. Wat hebben mensen echt nodig? Hoe kunnen we de zorg zo organiseren dat het aansluit bij hun behoeften? Dit vraagt om flexibiliteit en een open blik. Waarin het zorgveld bereid moet zijn om te leren van elkaar, los te laten, te leren van andere landen en moet kijken naar nieuwe benaderingen en samenwerkingsvormen.

Laten we een blik werpen op Finland, waar het zorgsysteem disruptief is veranderd. Disruptie is daar een gevolg van een politieke strategie, waarbij partijen onvoldoende de mogelijkheid hebben gekregen om de continuïteit van organisatie en daarmee de zorg en solidariteit te borgen. Met als gevolg een grote druk op de toegankelijkheid. Welke lering

kunnen we hieruit trekken? Disruptie kan, maar dan alleen in nauwe betrokkenheid en echte samenwerking tussen alle zorgpartijen. We moeten in Nederland gezamenlijk inzetten op innovatieve zorgmodellen en nieuwe technologieën.

Innovatieve zorgmodellen binnen de medisch specialistische zorg (MSZ) betekent differentiatie tussen hoog complexe, acute en planbare zorg in organisatievorm, concentratiegraad en bekostiging. Dit volgt uit de les van de coronapandemie dat kennis-, mens-, materiaal- en dus kostenintensieve zorg (zoals IC-capaciteit) van ziekenhuizen vraagt om coördinatie omwille van kwaliteit, efficiëntie en beschikbaarheid. Tegelijkertijd is hoogfrequente, planbare zorg vanuit datzelfde oogpunt aantoonbaar beter af met prikkels voor passende, betaalbare zorg en gestoeld op transparantie van uitkomsten. Door differentiatie ontvangt de patiënt de juiste zorg op de juiste plek, vergroten we de toegankelijkheid, betaalbaarheid en borgen we kwaliteit.

De rol van Technologie en Data

Digitalisering van zorgprocessen en elektronische gegevensuitwisseling dragen bij aan kwalitatief goede en veilige zorg, verhoogde arbeidsproductiviteit en verminderde administratieve lasten. Investerings in digitale hulpmiddelen en elektronische gegevensuitwisseling zijn daarom essentieel om ook in de toekomst de gewenste standaard van zorg te kunnen blijven bieden. In zowel het IZA als het recent gesloten IZA-uitvoeringsakkoord zijn concrete afspraken gemaakt om knelpunten op dit vlak op te lossen zodat landelijke gegevensuitwisseling de standaard wordt.

Het IZA-hoofdstuk over digitalisering en gegevensuitwisseling omvat maar liefst 95 afspraken en doelen die bijdragen aan de transformatie naar een toekomstig zorglandschap met passende hybride zorg met minder arbeidskrachten en behoud van goede kwaliteit van zorg. Om zorginstellingen inzicht te geven in de belangrijkste ontwikkelingen op het

“Wat hebben mensen echt nodig? Hoe kunnen we de zorg zo organiseren dat het aansluit bij hun behoeften?”



“Laten we met elkaar ervoor zorgen dat de basis voor gegevensuitwisseling op orde is door middel van eenheid van taal en techniek, een landelijk dekkend netwerk en generieke functie.”

gebied van digitalisering, hebben MSZ-partijen ‘de routekaart’ digitalisering opgesteld. Het doel van deze routekaart is om de IZA-doelen te duiden en focus aan te brengen, zodat zorginstellingen de IZA-doelen opnemen in de jaarplannen en hun meerjarenstrategie in lijn brengen met het landelijk beleid.

Ondanks deze nadere duiding in de routekaart blijft er bij zelfstandige klinieken en ziekenhuizen behoefte aan verdere concretisering en praktische handvatten om daadwerkelijk invulling te kunnen geven aan de beweging naar digitale gegevensuitwisseling. Vanuit de sector MSZ streven we ernaar deze handvatten te bieden, maar dit kan de sector niet alleen. Het realiseren van alle 95 IZA-afspraken per eind 2025 is niet realistisch. Gezamenlijk zal antwoord gegeven moeten worden op de vraag:

‘welke onderwerpen gaan we met prioriteit oppakken en welke afspraken moeten we daardoor temporiseren?’ Laten we met elkaar ervoor zorgen dat de basis voor gegevensuitwisseling op orde is door middel van eenheid van taal en techniek, een landelijk dekkend netwerk en generieke functie. Met deze basis kan vervolgens de gewenste stap naar databeschikbaarheid worden gemaakt.

Partnerschap als Leidraad

De zorg zou veel baat hebben bij partnerschap van zorgpartijen georganiseerd in goede effectieve zorgnetwerken, met databeschikbaarheid als fundament. Alleen op deze wijze ontvangt de patiënt grenzeloos de juiste zorg op de juiste plek, met grenzeloze gegevensuitwisseling als noodzakelijke voorwaarde. Dit betekent dat we niet alleen indivi-

duële behoeften moeten overwegen, maar ook moeten streven naar collectieve voordelen. Partnerschap houdt in dat we samenwerken om de lasten en lusten van de zorg eerlijk te verdelen. Dit kan betekenen dat we investeren in preventie, innovatie en samenwerking tussen verschillende zorgpartijen. Los van bestaande instituties met oog voor elkaars belang, samen op zoek naar grensverleggende samenwerking. Laten we streven naar een zorglandschap waarin solidariteit en de zorgvraag centraal blijven staan. Deze uitgangspunten kunnen ons helpen om de juiste keuzes te maken en de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Laten we leren van andere landen, maar ook onze eigen unieke Nederlandse context niet uit het oog verliezen. Zo bouwen we samen aan een duurzame toekomst van de gezondheidszorg. 

“De zorg heeft baat bij een partnerschap van zorgpartijen georganiseerd in goede effectieve zorgnetwerken, met databeschikbaarheid als fundament.”

COLOFON

Uitgever

© Coincide BV
Argonautenstraat 29
1076 KK Amsterdam
info@coincide.nl
+31-20-6768217
www.coincide.nl

Eindredactie

M.C. (Marleen) van Essen MSc MBA

Vormgeving & opmaak

Monter, Amsterdam

@ juni 2024 Coincide BV

Coincide BV en auteurs kunnen niet aansprakelijk worden gesteld voor de inhoud. Overnemen met bronvermelding is toegestaan.

Dit magazine is mede mogelijk gemaakt door:

Beyond is
where we begin.

BCG

ING
BANK

Gedreven door
maatschappelijke impact

Deloitte.

ING 

 **kpn**
Health

PHILIPS