

HEALTH IN ALL POLICIES

COINCIDE

JAARGANG 19
JULI 2025



04

VIJF VOOR TWAALF

21

HOE WENEN HET WONEN
EN DE ZORG VERBINDT

36

LANGE TERMIJN
FINANCIERING VAN DE
ZORG VRAAGT OM EEN
LANGERE TERMIJN VISIE

NR.
29

WIE NEEMT HET VOORTOUW?

Toen we in januari met een grote groep zorgbestuurders naar Wenen reisden, troffen we geen parade van beleidsinnovaties of een perfect georganiseerd zorgstelsel. Wat we wel vonden, was eigenlijk indrukwekkender; een stad waarin goede huisvesting aan de basis staat van de kwaliteit van leven van de bewoners.

Wenen; waar het merendeel van de inwoners in een sociaal gesubsidieerde huurwoning woont, en waar betaalbaar, gezond en waardig wonen geen gunst is, maar een vanzelfsprekend recht. Niet dankzij een actueel beleidsprogramma, maar door een cultuur van publieke verantwoordelijkheid, die al heel lang diep in de stad geworteld is.

Dat zet aan tot denken...

Hoe kijken we naar onze eigen zorgsector? Een veld vol ambitie, betrokkenheid en akkoorden. IZA, GALA, AZWA, WOZO; we zijn een sector die zichzelf graag van richting voorziet via papier. Maar wie neemt het voortouw als het rommelt in Den Haag?

De val van het kabinet toont eens te meer; als de politiek afhaakt, dreigt de neiging om af te wachten. En dat mag niet gebeuren. Dit is hét moment waarop leiderschap zich toont. Wachten op een volgend regeerakkoord of een hernieuwd zorgakkoord is geen optie.

Dit magazine laat zien wat er wél kan als de sector zelf in beweging komt. Bestuurders schrijven over passende zorg, gemeenschapskracht, de rol van patiënten, leiderschap, co-housing, preventie, onnodige zorg en de verbinding met het sociaal domein. De artikelen reflecteren, bevragen en dagen uit.

Met als gemene deler dat de kernboodschap niet gebaseerd is op akkoorden, maar op overtuiging. Vanuit de motivatie om de sector écht beter te maken en onze samenleving vitaler, inclusiever en toekomstbestendiger.

De lezer wil ik uitnodigen om dit magazine niet te lezen als een terugblik op een reis, maar als een gids voor vooruitgang. En stel jezelf dan de vraag: wat ga jij morgen anders doen?

Marleen van Essen

Partner & programmadirecteur Coincide



VERNIEUWEN DOOR VERBINDEN



De uitdagingen in zorg en welzijn vragen om nieuwe inzichten, inspiratie en verbinding. Coincide brengt bestuurders, beleidsmakers en professionals bij elkaar om samen te leren van praktijkvoorbeelden, inspirerende organisaties en actuele ontwikkelingen, in binnen- en buitenland.

Met studieprogramma's, masterclasses, werkbezoeken en maatwerkprogramma's bieden we deelnemers de ruimte om ideeën uit te wisselen, ervaringen te delen en samen verder te bouwen aan toekomstbestendige zorg. Altijd met oog voor de inhoud én voor het gesprek onderweg.

Elk programma wordt zorgvuldig samengesteld, in nauwe afstemming met de groep en het thema. Van de juiste sprekers en casussen tot de praktische organisatie: wij zorgen dat deelnemers zich volledig kunnen richten op wat echt telt; leren, reflecteren en nieuwe verbindingen leggen.

Wilt u een keer mee op reis of samen een programma op maat samenstellen? Neem gerust contact op via 020 - 676 82 17 of info@coincide.nl.

We denken graag met u mee.

INHOUD

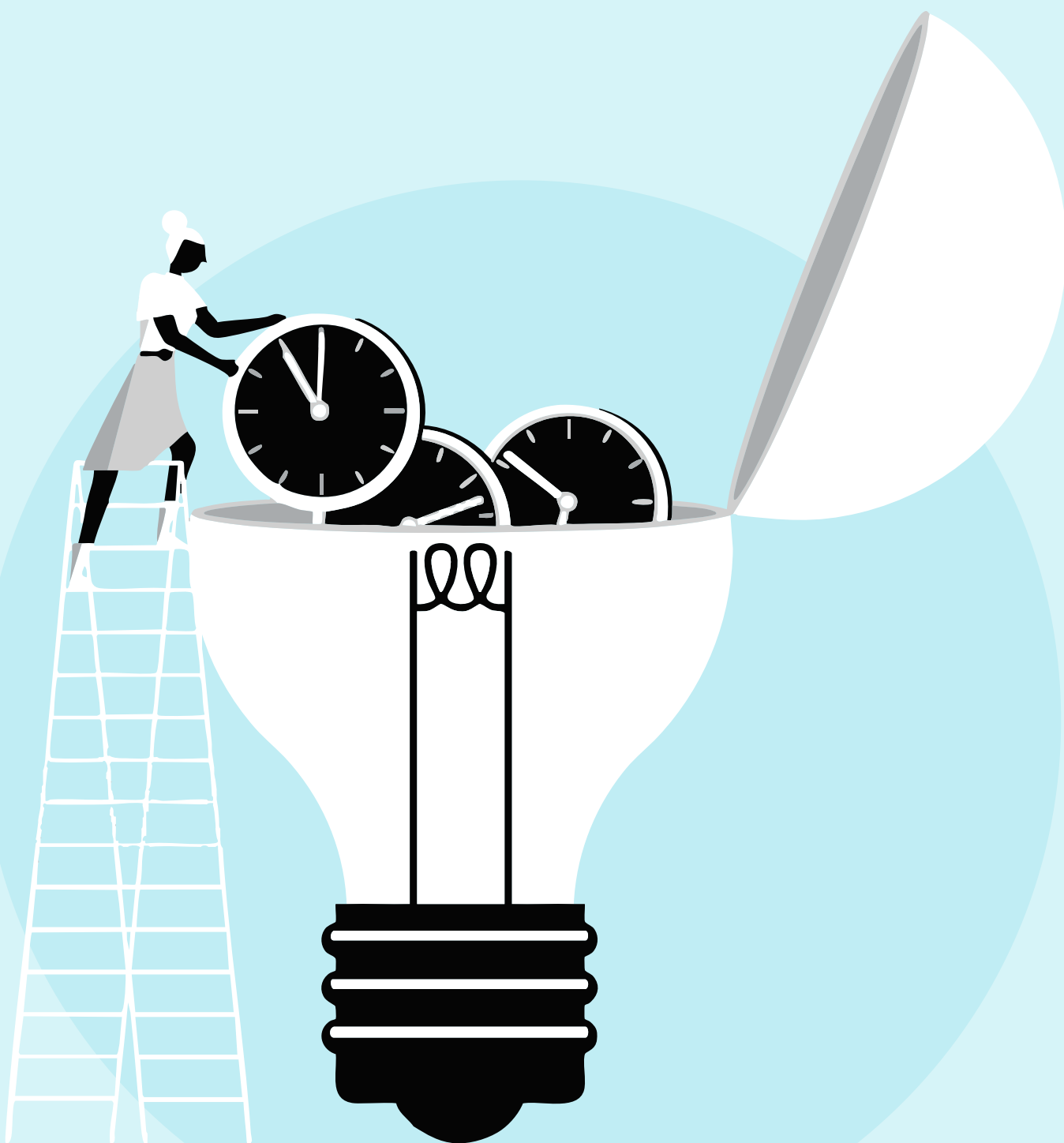
- 4 VIJF VOOR TWAALF**
Gita Gallé
raad van bestuur Prinses Máxima Centrum
- 6 GEMEENSCHAPSKRACHT: DE SLEUTEL TOT EEN TOEKOMSTBESTENDIG ZORGSTELSEL**
Edwin Velzel
CEO PGGM
- 9 ZORG EN WELZIJN, EEN NEDERLANDSE CONSTRUCTIEFOUT? LESSEN VAN HET WEENS MODEL**
Ronald Schmidt
voorzitter raad van bestuur Cordaan
- 12 PASSENDE ZORG VERGT TRANSITIEDOELEN EN RESPONSIEF BESTUUR**
Jan Kremer
hoogleraar zorg & samenleving en speciaal gezant passende zorg
- 14 ZIJN WE VERLOREN? NEE, WE ZIJN STRIJDBAARDER DAN OOI!**
David Jongen
voorzitter raad van bestuur Zuyderland
- 16 DE ROL VAN ZIEKENHUIZEN IN DE VERBINDING MET HET SOCIAAL DOMEIN**
Anna van der Hulst
directeur GGD Amsterdam
- 19 ONNODIGE ZORG VRAAGT OM AANPAK**
Dienke Bos, *directeur-bestuurder MIND*
Arthur Schellekens, *directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland*
Károly Illy, *directeur-bestuurder Longfonds*
- 21 HOE WENEN HET WONEN EN DE ZORG VERBINT**
Robert Hoeksema
directeur Healthcare ING Business Banking NL
Jan Willem Spijkman
Sector Banker Public & Healthcare
- 24 WENEN ALS INSPIRATIE VOOR GEZOND WONEN EN VITALERE SAMENLEVINGEN**
Jurriaan Penders
voorzitter KNMG
- 26 BABYLONISCHE SPRAAKVERWARRING**
Willem Wiegersma
voorzitter raad van bestuur Dijklander Ziekenhuis
- 28 CO-HOUSING: EEN SAMENLEVINGSMODEL VOOR INCLUSIE EN ZORG**
Loek Winter
founder, eigenaar Thomashuizen, DC Klinieken
- 30 TWEE LANDEN, TWEE WERELDEN: HOE PATIËNTEN MEEBESLISSEN IN OOSTENRIJK EN NEDERLAND**
Selma Tromp
vicevoorzitter Federatie Medisch Specialisten
Arthur Schellekens
directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland
- 33 IN AMSTELLAND ZIJN WE FIT FOR THE FUTURE**
Sophia de Rooij, *voorzitter raad van bestuur Amstelland*
Gabrielle Alink, *manager zorg en bedrijfsvoering Amstelland*
Marlot van 't Hof, *programmamanager Fit For the Future*
- 36 LANGE TERMIJN FINANCIERING VAN DE ZORG VRAAGT OM EEN LANGERE TERMIJN VISIE**
Peter Nijssse
Chief Commercial Officer BNG
- 38 STEMMEN VAN DE STRAAT; BEYOND AZWA?!**
Jolanda Buwalda
voorzitter raad van bestuur Omring
- 40 DE NOODZAAK VAN VERANDERING IN DE ZORG**
Raymonda Romberg
bestuurder VvAA
- 42 DE WAARDE VAN PREVENTIE VOOR DE KWALITEIT VAN DE CURATIEVE ZORG**
Károly Illy
directeur-bestuurder Longfonds
- 44 EEN HABSBURGSE TRANSFORMATIE**
Stefan Kroese
voorzitter raad van bestuur Noordwest Ziekenhuisgroep

Gita Gallé

raad van bestuur Prinses Máxima Centrum

VIJF VOOR TWAALF

De reis naar Wenen vond plaats begin januari 2025. De inauguratie van Trump was aanstaande. De aanloop naar verkiezingen in Duitsland in volle gang en de oorlog in Oekraïne en Gaza nog steeds gaande. Nog steeds 'ge-doe' over stikstofnormen en vele andere politieke dossiers.



In de zorg zat het IZA overleg in de pauzestand. Het kabinet, en specifiek de minister, was nog op zoek naar middelen om de onverwachte 'greep in de kas' bij de opleidings- en specialisten budgetten te repareren. De VNG was al eerder uit het IZA/AZWA overleg gestapt.

In deze context ontmoette de zorg (en welzijns-) sector elkaar om te leren van Wenen. Maar ook om te leren van elkaar! En daar was veel te halen. Nagenoeg alle deelnemers hadden prachtige voorbeelden aangeleverd uit eigen huis waarin minder zorg, onnodige zorg, digitale zorg en effectievere samenwerking over de grenzen heen werden gepresenteerd.

Hoopvol en krachtig om te zien waar iedereen toe in staat is en hoe de bedoelingen van de transitie worden vormgegeven. Ondanks dat niet alle randvoorwaarden in het stelsel daartoe ingeregeld zijn.

In dit kader werd ik gegrepen door de oudejaarsconference van Pieter Derks. Die een mooie reflectie gaf op ondernemers. "Die er zijn om het geld te verdienen. En het kabinet, dat er is voor het ...eh .. amusement. En als het er echt op aankomt: Dan staan wij er, en gaan ervoor."

Prachtig verwoord in het slot van de Oudejaarsconference 2024 door Pieter Derks;



Vijf voor twaalf

Ik ben op mijn best om vijf voor twaalf, als ik het gevoel heb dat het moet kan daar zelf soms ook wel van balen maar het komt verbazingwekkend vaak nog goed

Met het water aan de lippen kan ik ineens een heleboel waarvan ik eerder nog niet wist dat ik het kon ook wel een geruststellend gevoel

Kom maar op met al je plannen, al je valse retoriek kijk maar hoe ver je kunt gaan – we zullen rustig blijven staan maar als je denkt: ze zijn verslagen heb je 't mis we wachten tot het vijf voor twaalf is

Dus dump je rotzooi in de zee, plunder halve continenten koop maar macht met al je centen, splijt het volk maar in twee

Kap het regenwoud aan gort, dwing de tegenstand tot zwijgen blijf de rechters maar bedreigen, hou de kunstenaars maar kort

Praat fascistenaars naar de mond, blijf de oorlog financieren slacht per dag miljoenen dieren, spoei het gif over de grond

Geef onschuldigen de schuld, laat de armsten maar betalen geef ons leugens en verhalen waarin krom wordt rechtgeluld

Duw ons langzaam naar de rand, kijk hoe ver je nog kan komen blijf maar lekker hardop dromen van een eng klein-zielig land

Breng ons richting het ravijn
kijk hoever je dit kan rekken
op een dag zul je ontdekken wat voor mensen of we zijn

Want wat je buigt veert ooit weer terug in je gezicht

Dus onderwerp ons aan je test
en als je denkt: ik heb gewonnen
denken wij: het is begonnen
want om 5 voor 12 zijn we op ons best

© Pieter Derks
– Vijf voor twaalf – De Oudejaarsconference 2024

Edwin Velzel

CEO PGGM

GEMEENSCHAPSKRACHT: DE SLEUTEL TOT EEN TOEKOMSTBESTENDIG ZORGSTELSEL

De Nederlandse zorgsector staat op een kantelpunt. De zorgkosten zijn de afgelopen decennia explosief gestegen, mede door vergrijzing, technologische vooruitgang en een toenemende zorgvraag. In 2020 bedroegen de totale zorguitgaven €116 miljard, bijna een verdubbeling sinds de invoering van marktwerking in 2006. Dit heeft geleid tot een groeiende druk op zorginstellingen en zorgverleners. Tegelijkertijd zorgt de ver doorgevoerde individualisering voor een afname van informele zorg en een toename van eenzaamheid, wat de zorgvraag verder opdrijft. Zonder ingrijpen dreigt een zorginfarct. Een fundamentele herwaardering van gemeenschapskracht is noodzakelijk om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

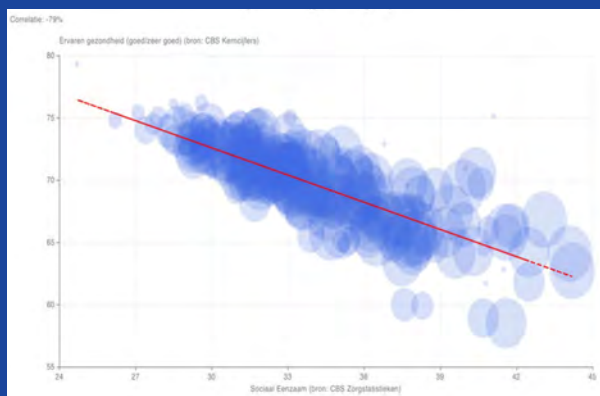


Individualisering: Afnemende mantelzorg en toename van eenzaamheid

De samenleving is in toenemende mate geïndividualiseerd. Families zijn kleiner en traditionele sociale netwerken verdwijnen, waardoor de informele zorgcapaciteit afneemt. In 1975 waren er nog dertig potentiële mantelzorgers per 85-plusser, in 2040 zullen dat er nog slechts zes zijn. Dit leidt ertoe dat ouderen vaker afhankelijk zijn van formele zorgvoorzieningen, wat de kosten en de druk op zorginstellingen verder verhoogt.

Daarnaast is eenzaamheid een groeiend probleem. Bijna de helft van de 65-plussers voelt zich in enige mate eenzaam, en 410.000 ouderen ervaren ernstige eenzaamheid. Dit heeft directe gevolgen voor de gezondheidszorg, aangezien eenzaamheid het risico op depressie, angststoornissen en hart- en vaatziekten vergroot. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat sociale isolatie net zo schadelijk is voor de gezondheid als het roken van 15 sigaretten per dag. Mensen die ernstig eenzaam zijn, hebben 40-50% hogere zorgkosten dan niet-eenzame leeftijdsgenoten. Zie ook de hoge negatieve correlatie tussen eenzaamheid en de ervaren gezondheid in de CBS gegevens per gemeente (-79%):

De relatie tussen Sociaal Eenzaam en Ervaren gezondheid (goed/zeer goed) - Nederland



Preventie is geen individuele kwestie, maar een gemeenschappelijke taak

Gezondheidspreventie wordt nog te vaak benaderd als een individuele verantwoordelijkheid: gezonder eten, meer bewegen, stoppen met roken. Maar de diepere oorzaken van ziekte en vroegtijdig sterven liggen vaak in eenzaamheid en een gebrek aan sociale verbinding. Mensen met een sterk sociaal netwerk leven langer en gezonder, terwijl sociaal isolement juist leidt tot meer chronische ziekten en psychische klachten.

Daarnaast blijkt dat individueel gerichte preventie vooral werkt bij hoger opgeleiden, waardoor gezondheidsverschillen alleen maar toenemen. Willen we echt impact maken, dan moeten we afstappen van dit individualistische paradigma. We moeten investeren in sterke, inclusieve

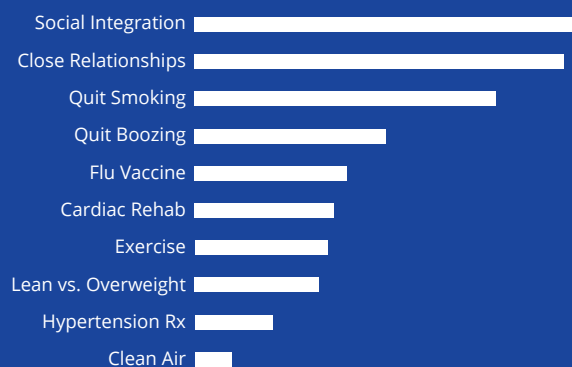
gemeenschappen waarin sociale steun, ontmoeting en verbinding centraal staan. Door collectieve preventie – denk aan buurtinitiatieven, toegankelijke ontmoetingsplekken en sociale programma's – maken we gezonde keuzes vanzelfsprekender voor iedereen.

Gezondheid is geen optelsom van individuele keuzes, maar een gedeelde verantwoordelijkheid. Laten we zorgen voor elkaar, in plaats van het bij het individu neer te leggen.

Psychologe Susan Pinker benadrukt in haar TED Talk 'The secret to living longer may be your social life' het cruciale belang van sociale interacties voor een lang en gezond leven. Ze verwijst naar onderzoek waaruit blijkt dat de sterkste voorspellers voor een langere levensduur niet individuele factoren zoals gewicht of fysieke activiteit zijn, maar eerder sociale integratie en hechte relaties.

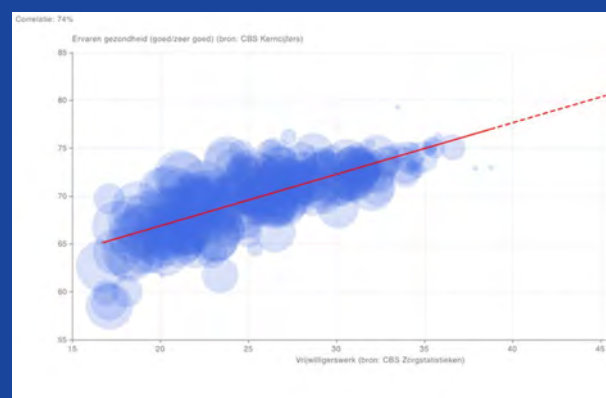
The secret to living longer may be your social life

Staying Alive



Sociale integratie verwijst naar de dagelijkse interacties die we hebben met zowel sterke als zwakke banden, zoals gesprekken met burens, collega's of de barista die je koffie serveert. Hechte relaties zijn die met mensen op wie je kunt rekenen in tijden van nood. Deze vormen van sociale betrokkenheid hebben een grotere impact op onze levensverwachting dan veel individuele gezondheidsfactoren.

De relatie tussen Vrijwilligerswerk en Ervaren gezondheid (goed/zeer goed) - Nederland



Dit onderstreept het belang van een gemeenschapsgerichte benadering van preventie. Door te investeren in sociale netwerken en gemeenschapsactiviteiten kunnen we eenzaamheid verminderen en de algehele gezondheid bevorderen. Het creëren van omgevingen die sociale interactie faciliteren, zoals gemeenschappelijke ruimtes en buurtinitiatieven, kan bijdragen aan een gezondere en langere levensduur voor iedereen. Ook uit de CBS data per gemeente blijkt dat het doen van vrijwilligerswerk – een belangrijke indicator voor sociale cohesie – een grote positieve correlatie heeft (74%) met de ervaren gezondheid.

Van theorie naar actie: Gemeenschapsinitiatieven als oplossing

Er zijn succesvolle voorbeelden van gemeenschapsinitiatieven die zorg dichterbij en efficiënter organiseren. Zorgcoöperaties zoals Austerlitz Zorgt en Zorgcoöperatie Hoogeloon (en nog honderden andere) laten zien dat bewoners zelfredzaam kunnen zijn en bijdragen aan een duurzame zorgorganisatie. Gemeenschappen kunnen een cruciale rol spelen in het verlagen van de formele zorgvraag, mits zij de juiste ondersteuning krijgen.

Wat is nodig om gemeenschapskracht te versterken?

Institutionele erkenning: Gemeenschappen moeten als volwaardige partners in het zorgstelsel worden erkend.

Structurele ondersteuning: Toegang tot financiering, infrastructuur en netwerken is essentieel.

Autonomie en innovatie: Minder bureaucratische belemmeringen en meer ruimte voor lokale oplossingen.

Cultuurverandering: Zorg moet niet alleen als een taak van de overheid en markt worden gezien, maar als een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Conclusie: De tijd van afwachten is voorbij

De zorg staat op een kruispunt. Zonder versterking van gemeenschapskracht zal de druk op het formele systeem blijven toenemen, met als gevolg onhoudbare kosten en een afnemende toegankelijkheid.

De gemeenschap is geen optionele aanvulling, maar een noodzakelijke pijler in de zorgorganisatie. Dit vraagt om politieke keuzes, beleidsaanpassingen en een verandering in mentaliteit bij overheid, zorgaanbieders en burgers. Alleen door gezamenlijk te investeren in gemeenschapskracht kunnen we een zorginfarct voorkomen en een toekomstbestendig, betaalbaar en toegankelijk zorgsysteem realiseren. 

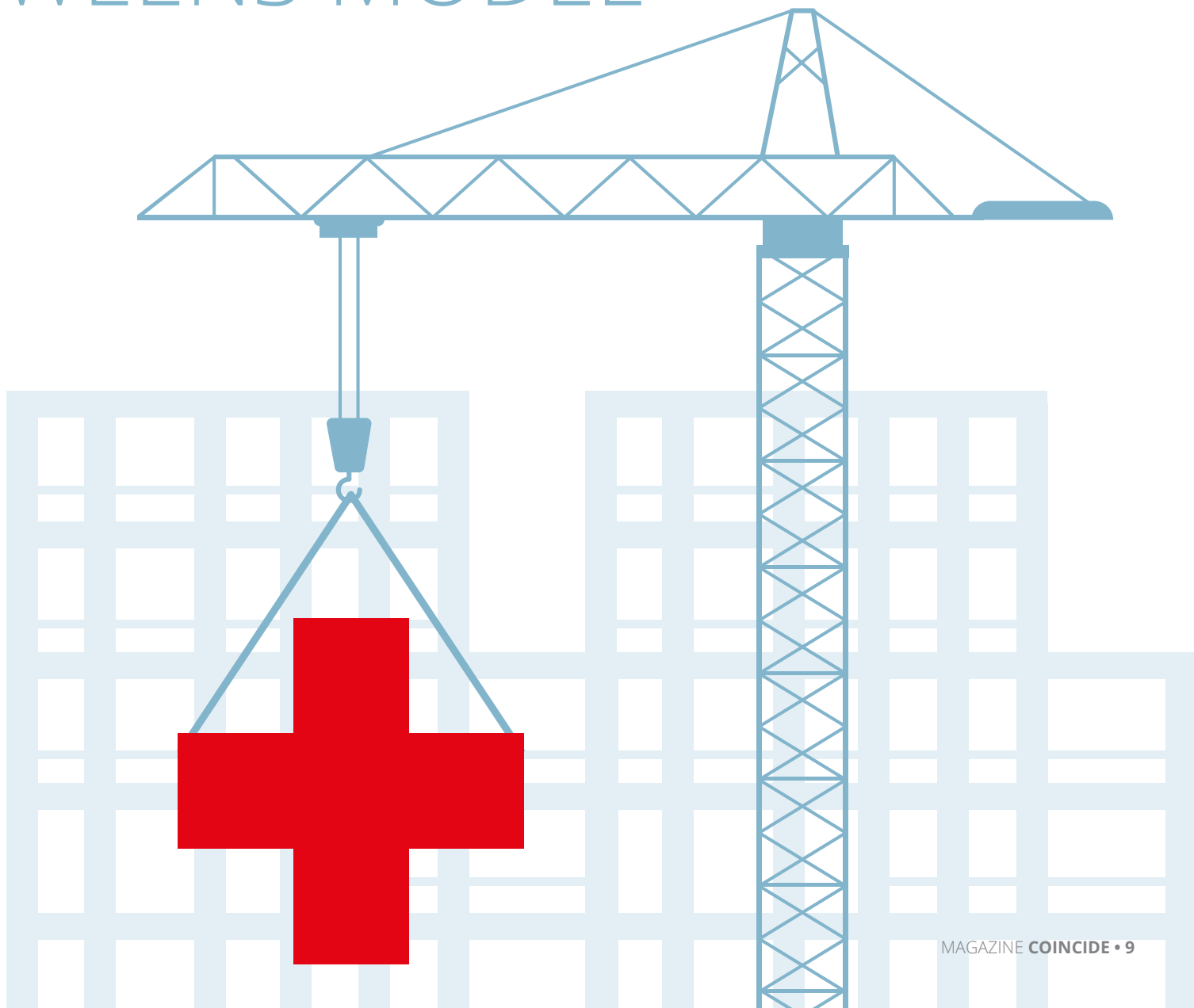


“Gezondheid is geen optelsom van individuele keuzes, maar een gedeelde verantwoordelijkheid.”

Ronald Schmidt

voorzitter raad van bestuur Cordaan

ZORG EN WELZIJN, EEN NEDERLANDSE CONSTRUCTIEFOUT? LESSEN VAN HET WEENS MODEL



Terwijl Nederland zoekt naar oplossingen om zorg en welzijn beter te verbinden, laat Wenen een verrassend ander voorbeeld zien. Niet de zorg, maar het wonen vormt daar de basis voor welzijn en sociale samenhang. Wat kunnen wij leren van het Weense model – en biedt het ons misschien zelfs een sleutel om twee crisissen tegelijk te bezweren?

Zorg en welzijn, twee handen op één buik? In het Nederlandse stelsel zijn zorg en welzijn nadrukkelijk met elkaar verbonden. Ze delen een pensioenfonds, zitten samen aan tafel in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en via initiatieven als 'welzijn op recept' dringt welzijn zelfs door tot in de spreekkamer van de huisarts.

Tegelijkertijd, met een vastlopende zorgsector door gebrek aan mensen en middelen in het vooruitzicht, wordt er met man en macht gewerkt aan een beweging van zorg naar welzijn. Wat geen zorgvraag is, moet ook geen zorgantwoord krijgen. De oplossing voor het vastlopende zorgstelsel wordt gezocht in welzijn.

Sociaal werkers zijn inmiddels duizend-dingen-doekjes geworden, die hun aandacht moeten verdelen tussen multiprobleemgezinnen, armoedebestrijding, kwetsbare ouderen en mensen met dementie. Maar waar deze beweging op gang komt, ontstaan ook discussies: over financieringsschotten, over de belangen van koepels en aanbieders, en uiteindelijk over "het stelsel" zelf. Deze discussies verlammen de voortgang.

De Weense zorg: alles medisch

Rondlopend in Wenen vallen een paar dingen op. De zorg daar is volledig medisch ingestoken. Er is geen eerste lijn. De emancipatie van de verpleegkundige beroepsgroep is nauwelijks op gang gekomen. Iedere burger heeft

directe toegang tot het ziekenhuis, en er wordt nauwelijks gestuurd op doelmatigheid.

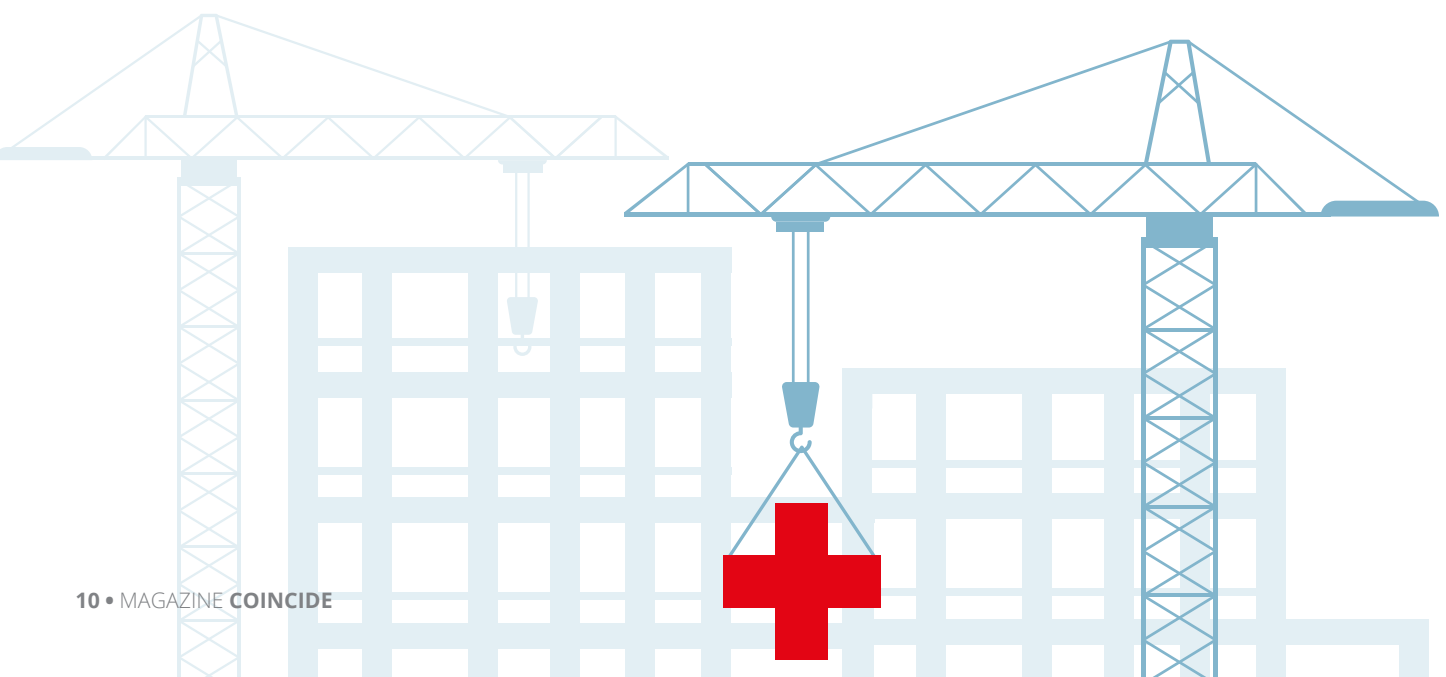
De kosten die hiervoor worden gemaakt zijn vergelijkbaar met die in Nederland, maar met een belangrijk verschil: de kosten voor verpleeghuiszorg worden in Wenen grotendeels door de cliënten zelf betaald en vallen dus buiten de gebruikelijke berekeningen. Kortom: op het gebied van zorg hebben we in Wenen weinig te leren.

Welzijn? Geen taak van de zorg

Interessant is dat als je in Wenen met zorgprofessionals over welzijn spreekt, over een "beweging nach forne" of over een sociale basis, je glazig wordt aangekeken. Daar gaat de zorg niet over en heeft toch niets met zorg te maken? Nee, de aandacht voor welzijn en sociale cohesie wordt niet gevoed vanuit het zorg-denken maar vanuit een heel ander domein!

Welzijnsdenken vanuit wonen

Het denken in welzijnsconcepten is in Wenen al honderd jaar nauw verbonden met wonen. Voor een inwoner van Wenen is een woning van 70m² geen pensioenvoorziening of beleggingsobject. Een goed huis heeft geen tuin, is niet vrijstaand en is geen waarde vermeerderend object, maar een basisvoorziening: kwalitatief goed, betaalbaar en beschikbaar. In Wenen huurt 80% van de inwoners. De huren zijn betaalbaar en is voor iedereen is een woning snel beschikbaar. Geen wooncrisis dus — en daarmee een stevige basis voor welzijn.



Omdat de sociale huur in Wenen beschikbaar is voor iedereen met een netto-inkomen tot 5000 euro per maand, ontstaat er sociaal-economische diversiteit in de wijken. Geen stigma, geen segregatie, maar een natuurlijke neiging tot sociale cohesie.

Wonen en welzijn: hand in hand

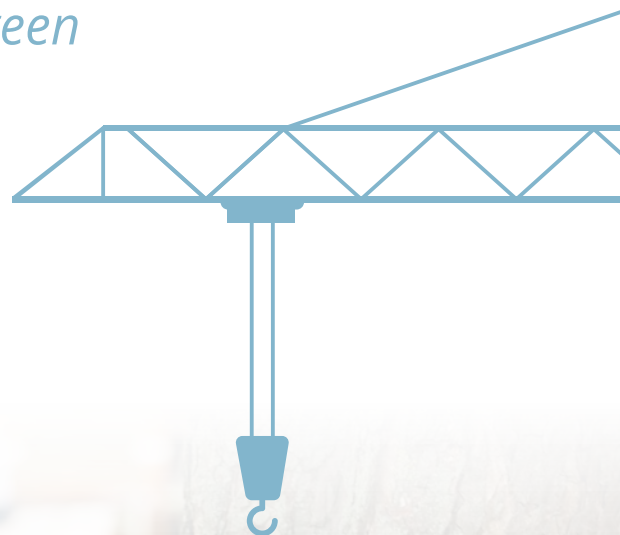
Die sociale cohesie wordt daarnaast nog bewust gestimuleerd. Vast onderdeel van de buurt is bijvoorbeeld de functionaris die vanuit de huisvester verantwoordelijk is voor community vorming. Voor aandacht voor die bewoners die het (even) moeilijker hebben. Zodat burgers onderling de ruimte voelen om gezamenlijke zorg en welzijnsinitiatieven te ontplooiën. Niemand noemt het zo, er is geen discussie over het stelsel, geen financieringsschotten, geen organisatiebelangen. Wonen is welzijn en welzijn is wonen.

Een sleutel voor Nederland?

Misschien ligt hier wel een mooie sleutel voor Nederland. We staan voor de uitdaging om een wooncrisis te bezweren. Hoe mooi zou het zijn als we die niet naast de zorgcrisis hebben, maar inzetten als oplossing voor het zorgprobleem? Laat de opvolger van het IZA niet weer een 'Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord' heten. Laten we de overlegtafel voor de wooncrisis benutten voor een 'Aanvullend Woon- en Welzijnsakkoord'.

Stel je voor: de voordelen van het Weense woon en welzijnsmodel, gecombineerd met de doelmatigheid en zinnige zuinigheid van het Nederlandse zorgmodel. Wat een stevige basis zouden we daarmee kunnen leggen voor de komende jaren. ○

*"Wat geen zorgvraag is, moet ook geen
zorgantwoord krijgen."*

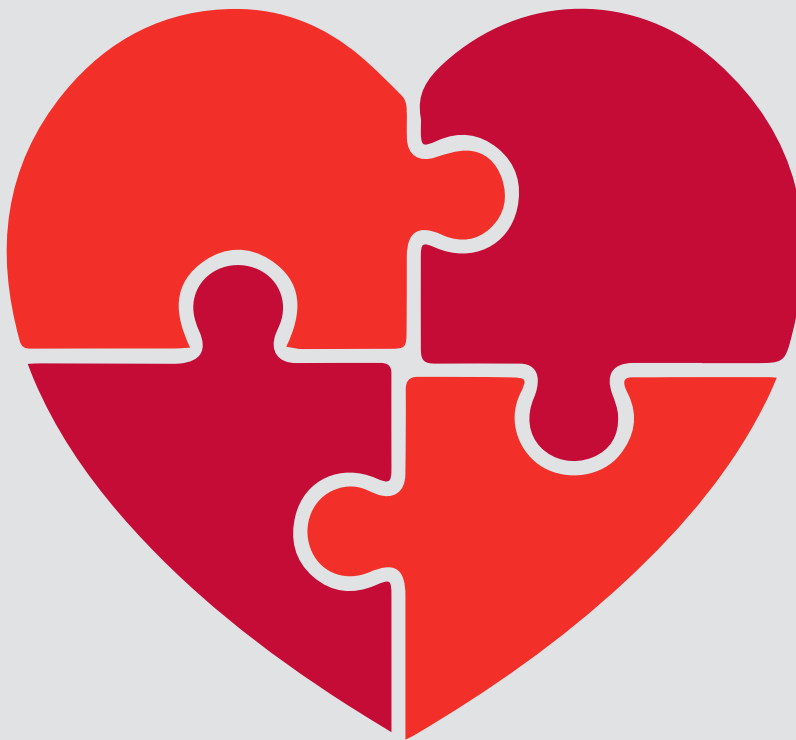


Jan Kremer

hoogleraar zorg & samenleving en speciaal gezant passende zorg

PASSENDE ZORG VERGT TRANSITIEDOELEN EN RESPONSIEF BESTUUR

We staan voor de grote vraag hoe we goed voor elkaar blijven zorgen in onze sterk vergrijzende samenleving met meer zorgvraag en minder personeel. Passende zorg is daarbij een belangrijke sleutel.



Passende zorg is zorg die past bij het leven van mensen én minder beroep doet op schaars personeel en middelen. Met als doel goede zorg op een mensgerichte manier toegankelijk te houden voor iedereen die dat nodig heeft. Passende zorg gaat niet over verschraling of rantsoenering, maar over warme en eerlijke antwoorden op de tragiek van het leven. Geen somber verhaal van een 8 naar een 6, maar een hoopvol verhaal van een 8 naar een nieuwe 8.

Complexiteit

Wat vraagt een dergelijke transitie aan sturing? Eerst maar eens wat theorie uit de complexiteitswetenschappen. Bij eenvoudige vraagstukken met één probleem, één oplossing en één uitkomst voldoet een plan dat geïmplementeerd kan worden in de praktijk en waarbij achteraf gemeten wordt of het ook daadwerkelijk is gebeurd. Plannen, implementeren en controleren is het adagium. Bij ingewikkelde vraagstukken werkt het

ongeveer hetzelfde, met dat verschil dat vooraf nog eerst een stevige analyse nodig is om het vraagstuk goed te doorgronden. Bij complexe vraagstukken is de situatie fundamenteel anders. Er zijn meerdere problemen, meerdere uitkomsten en meerdere domeinen die belangrijk zijn. De samenhang is groot en de voorspelbaarheid klein. De verleiding is groot om te doen alsof die complexiteit er niet is, maar dan wordt het pas echt ingewikkeld. Er gebeuren allerlei onverwachte dingen die leiden tot frustratie, boosheid en stilstand. Nog stoerder sturen gaat niet werken. Veel beter past dan een gezamenlijke lerende aanpak met als adagium experimenteren, reflecteren en leren.

Transitiedoelen

Een complexe beweging vraagt sturing die recht doet aan die complexiteit. Ten eerste is ondanks het zoekende en lerende karakter van een complexe transitie een duidelijke koers cruciaal. Het helpt niet als men elkaar tegenwerkt of de scherpte uit het oog verliest. De maatschappelijke opgave om de toegang tot passende zorg overeind te houden kan immers niet meer vrijblijvend zijn. Heldere transitiedoelen zijn belangrijk. Gelukkig zijn we wat dit betreft op landelijke niveau goed bezig met de keuze voor twee transitiedoelen. Het eerste doel gaat over het verminderen van de behoefte van personeel inzet voor de huidige zorg om mensen vrij te spelen voor de groeiende zorgvraag. Het tweede doel gaat over het binnen daarvoor geschikte normen brengen van de toegang tot passende zorg. Mensen moeten kunnen rekenen op gelijkwaardige toegang tot zorg wanneer dat nodig is, ongeacht waar je woont of hoeveel geld je hebt.

Responsief bestuur

Ten tweede vraagt een complexe transitie om een attitude van bescheidenheid en leergierigheid. Bescheidenheid, omdat je als bestuurder te ver van de complexiteit van de context afstaat om te bepalen wat goede oplossingen zijn. Daar weten de mensen die in die context werken meer over. Zo kan een oogarts beter dan een bestuurder bepalen of en wanneer een dubbelzijdige staaroperatie wel of niet passend is. Leergierigheid is belangrijk omdat je als bestuurder veel kunt leren van de vele koplopers die in de praktijk al volop bezig zijn met passende zorg. Deze koplopers hebben het niet gemakkelijk omdat zij de zorg van morgen aan het vormgeven zijn in een organisatie van gisteren. Leergierigheid helpt om na te denken welke sturing en ondersteuning zij nodig hebben om de wind mee te krijgen, waardoor ook achterblijvers kunnen volgen. En dat is belangrijk omdat een bestuurder niet zo zeer verantwoordelijk is voor de oplossingen zelf, maar voor een omgeving waarin die oplossingen kunnen ontstaan. Responsief bestuur wordt dat ook wel genoemd. Denk aan bijvoorbeeld het bieden van scholing zodra je erachter komt dat dit koplopers helpt. Of aan passende

contractering (inclusief de interne doorvertaling daarvan), zodat koplopers beloond worden in plaats van gestraft. Nog te vaak zijn financiële prikkels gericht op het stimuleren van maximale zorg in plaats van passende zorg.

Tot slot

Kortom, de combinatie van heldere transitiedoelen en responsief bestuur is cruciaal voor een complexe transitie. Samen dragen zij bij aan een effectieve en gedragen aanpak van maatschappelijke opgaven. Met ruimte en vrijheid voor professionals en burgers om bij te dragen aan een heldere maatschappelijke koers. ○

“Er zijn meerdere problemen, meerdere uitkomsten en meerdere domeinen die belangrijk zijn”



David Jongen

voorzitter raad van bestuur Zuyderland

ZIJN WE VERLOREN? NEE, WE ZIJN STRIJDBAARDER DAN OOIT!

In een wereld vol crises en onzekerheid, lijkt ook de zorgsector soms stuurloos. Toch biedt de praktijk een ander beeld. David Jongen, voorzitter van Zuyderland, deelt zijn persoonlijke reflectie over leiderschap, samenwerking en hoop in roerige tijden.



Omggaan met crises

Op wereldschaal hebben we te maken met oorlogen, geweld, steeds meer autocratische leiders en democratieën die onder druk staan, naast een verergerende klimaatcrisis. In Nederland komen daar nog een woningmarktcrisis, stikstofcrisis en “asielcrisis” bij. En dat alles in een onrustige politieke context, met een demissionair kabinet. Een gevolg daarvan is dat regeringsfracties in de Tweede Kamer regelmatig voorname-ns en beleid van ministers blokkeren – vaak ingegeven door politieke motieven, en minder door inhoudelijke argumenten. Dit leidt tot veel onrust en weinig voortgang op de grote maatschappelijke vraagstukken. Juist nu is moed en leiderschap nodig. Er moeten keuzes worden gemaakt, ongeacht electorale risico’s. Dat is bij uitstek de taak van het kabinet, gesteund door een meerderheid in de Kamer.

Onrust in de zorg

Ook in de zorg zien we die onrust, terwijl we samen juist nú veranderingen moeten doorvoeren om een crisis te voorkomen. Een voorbeeld; om tekorten op de OCW-begroting op te vangen, besluiten regeringsfracties samen met enkele anderen tot een bezuiniging op de VWS-begroting. Dit gebeurt zonder dat een bewindspersoon van VWS daarin wordt gekend. Gevolg: wantrouwen en onrust in een periode waarin we samen koers moeten bepalen.

Politiek laten gijzelen

In commissie- en Kamerdebatten over de zorg, waar de minister doordachte voorstellen toelicht, komt veel weerstand – zelfs vanuit de eigen coalitiefracties. Daarover wil ik geen oordeel vellen; voor mij is democratie heilig, in welke vorm dan ook. Het is slechts een constatering, met als consequentie dat er veel “stilstaat”.

Daarin voel ik me soms wat verloren en ik denk dat ik niet de enige ben in de Nederlandse zorgwereld. We laten ons politiek gijzelen terwijl we grote uitdagingen in de zorg willen en moeten oplossen.

Zijn we echt verloren?

Maar zijn we ook écht verloren? Als ik daar goed over nadenk, dan is mijn antwoord heel duidelijk: nee! We zijn volop in beweging. Er is niet één allesomvattende oplossing, maar een veelheid aan kleine én grotere stappen die samen het verschil maken. En dat gebeurt al volop: lokale en regionale initiatieven ontstaan overal, gedragen door betrokken zorgprofessionals die elkaar opzoeken en samenwerken.

Samenwerking in Zuid-Limburg

Dat zie ik ook dagelijks in Zuid-Limburg. Daar werken bestuurders en professionals van gemeenten, zorgorganisaties en zorgverzekeraars, samen met inwoners, aan tal van veranderingen: palliatieve zorg, wijkaanpak, arbeidsmarktzoekstukken, spoedzorg, geboortezorg en meer. En dit gebeurt ook elders in het land. Onder de motto’s “Iedereen kan iets betekenen, maar niemand kan het alleen” en “Verbinding leggen is geen taak voor één persoon maar voor ons allemaal”, bouwen we aan een lappendeken van oplossingen.

Daarmee willen we de komende tien jaar de kwaliteit van leven voor onze inwoners verbeteren, ondanks de groeiende zorgvraag en het dalende aantal beschikbare medewerkers.

Dus zijn we verloren?

No way!

We zijn strijdbaarder dan ooit! ○

*“Iedereen kan iets
betekenen maar
niemand kan het
alleen.”*

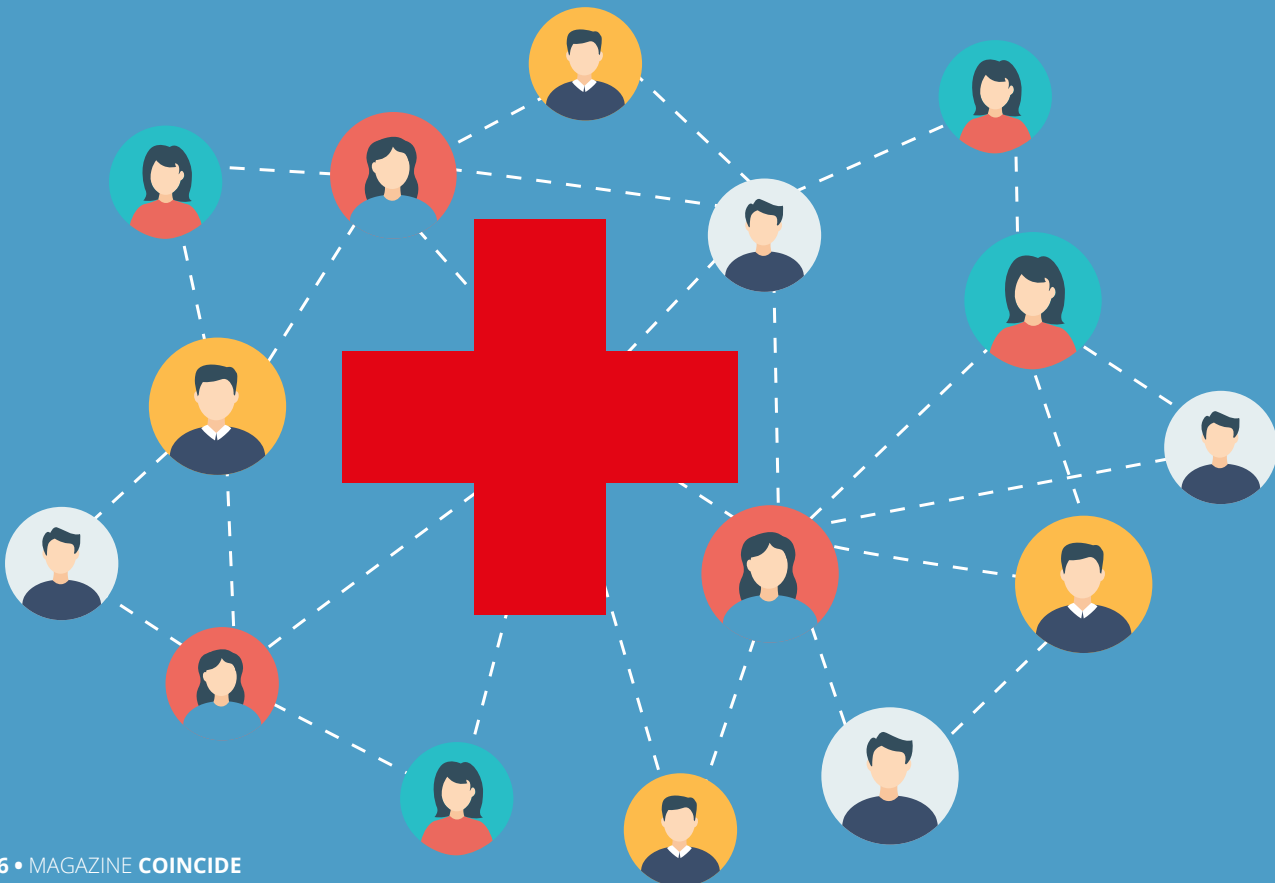


Anna van der Hulst

directeur GGD Amsterdam

DE ROL VAN ZIEKENHUIZEN IN DE VERBINDING MET HET SOCIAAL DOMEIN

Ziekenhuizen spelen een cruciale rol in de patiëntenzorg, wetenschap en onderwijs, maar dat alleen is niet genoeg. Ook valorisatie – de impact op de samenleving en de eigen regio – is een essentiële verantwoordelijkheid. De gezondheid van patiënten wordt namelijk vaak beïnvloed door bredere maatschappelijke factoren. Stress, leefstijlkeuzes zoals roken en voeding, en het hebben van een ondersteunend netwerk zijn van veel grotere invloed dan alleen medische behandelingen. Dit werd pijnlijk duidelijk bij het doorbraakteam van de gemeente Amsterdam, waar bleek dat alle slachtoffers van de toeslagenaffaire die zij begeleidden, ook fysieke gezondheidsklachten hadden.



Tegelijkertijd worden ziekenhuizen zelf driedubbel geraakt door de vergrijzing: het zorgpersoneel neemt af, het aantal patiënten neemt toe en medewerkers worden steeds vaker belast met mantelzorg. De sociale betrokkenheid die in hun werk centraal staat, speelt immers ook thuis een rol.

Van ziektegerichte zorg naar veerkrachtige gemeenschappen

De GGD wijst er op dat zorg niet alleen gericht moet zijn op ziekte, maar op wat mensen wél kunnen. Dit vraagt om een collectieve aanpak waarin de sociale basis en het sociaal domein een grotere rol spelen. Ook ziekenhuizen moeten deze beweging naar de voorkant maken. Levensstijlinterventies hebben op zichzelf vaak weinig effect, behalve op specifieke momenten in iemands leven. Ziekenhuizen hebben een unieke kans om deze 'windows of opportunity' te benutten, bijvoorbeeld tijdens een zwangerschap of bij een ernstige ziekte. In de spreekkamer en aan het ziekenhuisbed kunnen artsen, verpleegkundigen en paramedici patiënten stimuleren stappen te nemen naar een gezondere leefstijl en de juiste sociale ondersteuning.

Ouderen en zorgzame woonomgevingen

Voor kwetsbare ouderen is passende huisvesting essentieel. Onderzoek van Zilveren Kruis en Achmea Real

Estate toont aan dat geclusterde woonomgevingen met community building de zorgvraag met een derde kan verminderen. Dit is belangrijk voor de langdurige zorg, maar heeft ook directe gevolgen voor ziekenhuizen. Ouderen die langer thuis blijven wonen, worden bij incidenten sneller opgenomen, wat leidt tot problemen met verkeerde bedbezetting. Onderzoek van Marlies Bär (Erasmus School of Health Policy & Management¹) laat zien dat een goed woon- en ondersteuningsnetwerk dit kan verminderen.

Naast een geschikte woonsituatie is ook een stevig sociaal vangnet cruciaal. Ouderen kunnen worden ondersteund in het opbouwen van een netwerk, het volgen van valpreventieprogramma's en andere initiatieven die bijdragen aan hun zelfstandigheid.

Ondersteuning voor mensen in kwetsbare posities

Niet alleen ouderen, maar ook mensen in kwetsbare situaties hebben baat bij een sterke sociale basis. Buurteams, gemeenten en het sociaal domein kunnen hierbij ondersteunen door:

- Hulp te bieden bij schulden, huisvesting en opvoeding
- Mensen te begeleiden naar gezondere keuzes
- Het opbouwen van sociale netwerken en een gevoel van zingeving te bevorderen

Daarnaast kunnen ziekenhuizen bijdragen aan het verhogen van de maatschappelijke norm rondom gezondheid, bijvoorbeeld door rookvrije omgevingen te creëren en gezond eten en bewegen te stimuleren.

Ziekenhuizen als schakel, niet als aanbieder

Belangrijk is dat ziekenhuizen deze ondersteuning niet zelf gaan leveren, maar samenwerken met bestaande initiatieven. Net zoals er afspraken zijn met verpleeghuizen voor CVA-patiënten, zouden er ook afspraken moeten komen met buurtteams voor bijvoorbeeld schuldenproblematiek of andere sociale zorgen. Een goed voorbeeld hiervan is de Kruitmolen Alliantie in Amsterdam-Noord, waarin verschillende partijen samenwerken om problemen integraal aan te pakken.

Het slagen van deze samenwerking vraagt om een andere benadering. Medisch specialisten communiceren het liefst met collega's uit hetzelfde veld, terwijl de taal die in sociale ondersteuning effectief is, vaak heel anders is. Een jongerenwerker kan bijvoorbeeld een mentaal kwetsbare jongen motiveren om in beweging te komen, terwijl een buurtmoeder wantrouwen kan doorbreken in een gemeenschap. Deze vaardigheden zijn essentieel om de verbinding tussen zorg en sociaal domein te versterken.

"Medisch specialisten communiceren het liefst met collega's uit hetzelfde veld."

¹ <https://www.eur.nl/nieuws/langer-thuis-wonen-door-ouderen-vergroot-de-druk-op-andere-zorg>

De kansen niet laten liggen

Niet alleen de voorkant, maar ook de achterkant van het zorgproces biedt kansen. Ziekenhuizen zouden gratis ruimtes kunnen aanbieden voor buurtteams, zodat ondersteuning direct beschikbaar is. Wanneer iemand met een snijwond binnenkomt na herhaaldelijke dronkenschap, kan dat het moment zijn om een gesprek aan te gaan en door te verwijzen naar een buurtteam voor ondersteuning bij onderliggende problemen, zoals schulden of verslaving. Te vaak worden deze kansen gemist, waardoor pas in een veel later stadium – als harmreduction de enige optie is – wordt ingegrepen.

Tot slot: Zinnige Zorg

Ziekenhuizen moeten kritisch kijken naar de zorg die ze bieden. De sluiting van het Slotervaartziekenhuis leidde ertoe dat 40% van de zorgproductie verdween, zonder dat dit werd opgevangen door andere ziekenhuizen. De SEH-productie van het VUmc verdampte grotendeels na de verplaatsing naar het AMC. Dit roept de vraag op: hoeveel zorg is écht nodig? Door met een nieuwe blik te kijken naar de zorg binnen ziekenhuizen, kunnen we efficiënter en effectiever werken.

De verbinding tussen ziekenhuizen en het sociaal domein is geen luxe, maar een noodzaak. De gezondheid van patiënten wordt niet alleen bepaald door medische behandelingen, maar ook door hun sociale context. Door samen te werken met buurtteams, gemeenten en sociale initiatieven, kunnen ziekenhuizen bijdragen aan een gezondere samenleving en tegelijkertijd de druk op de zorg verlagen. De tijd om die stap te zetten, is nu. 



Dienke Bos

directeur-bestuurder MIND

Arthur Schellekens

directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland

Károly Illy

directeur-bestuurder Longfonds

ONNODIGE ZORG VRAAGT OM AANPAK

Van oudsher bestaat het beeld van patiënten als Rupsje Nooitgenoeg. Er moet altijd meer zorg bij. Graag ook snel en dichtbij huis, als het even kan! Dat dit beeld enige nuancering behoeft blijkt uit onderzoek van de Patiëntenfederatie onder bijna 11.000 patiënten, waarin 41% van hen aangeeft in de afgelopen twee jaar vormen van onnodige zorg te hebben ervaren. Nu hoor ik u al denken: "Zijn al die patiënten nou echt in staat om vast te stellen of zorg overbodig is? Het zijn tenslotte geen artsen." Daar heeft u een punt. Laten we daarom gemakshalve een kwart eraf halen. Dan houden we nog steeds ruim 30% over. Dat is een heleboel onnodige zorg. En niet alleen patiënten merken dat op. Uit onderzoek van de Vereniging van Anesthesiologen blijkt dat elke anesthesioloog gemiddeld één keer per dag een patiënt in de operatiekamer ziet waarbij er serieuze twijfels zijn of deze daar wel thuishoort. Voor de goede orde, Nederland telt ongeveer 2200 anesthesiologen. Een snelle rekensom brengt ons dan bij circa 375.000 ingrepen per jaar, waarbij deze "hoeders van de patiënt in de operatiekamer" vraagtekens zetten.

Samen beslissen

Voor veel patiënten is het lastig het gesprek met de zorgverlener aan te gaan over zorg die als onnodig wordt ervaren. Patiënten die dat wel proberen, hebben vaak het gevoel dat er niet wordt geluisterd. Een goede oplossing voor dit probleem is "samen beslissen." Dit is een benadering waarbij zorgverleners en patiënten gezamenlijk beslissingen nemen over de behandeling en zorg. Dit proces omvat het delen van informatie, het bespreken van opties en het afstemmen van de keuzes op de voorkeuren en waarden van de patiënt. In de praktijk komt "samen beslissen" echter niet altijd goed uit de verf.

Hoewel veel behandelaren ervan overtuigd zijn dat zij "samen beslissen" toepassen in hun praktijk, blijkt uit onderzoek dat de werkelijkheid vaak teleurstellend is. Uit onderzoek van MIND in de ggz blijkt bijvoorbeeld dat 46% van de zorgverleners aangeeft dat zij met de patiënt samen de beslissing nemen, maar slechts 37% van de patiënten dit ook zo ervaart. Tevens geeft het grootste gedeelte van de cliënten aan dat het belangrijk is om samen te beslissen over de zorg, terwijl bijna de helft nog nooit expliciet met zijn of haar behandelaar hierover heeft gesproken.

Voordelen van actieve betrokkenheid

Uit onderzoek blijkt dat wanneer patiënten actief worden betrokken bij het beslissingsproces, zij beter begrijpen wat de behandelingsopties zijn en wat de gevolgen van keuzes kunnen zijn. Dit versterkt hun vertrouwen in en tevredenheid over de zorgverlener en in de behandelingskeuze. Bovendien vergroot het de kans dat patiënten zich houden aan het voorgestelde behandelplan. Het bevordert dus de therapietrouw, en daarmee het belangrijkste: de kans op verbetering of herstel.

Samen beslissen is meer dan informeren

Veel zorgverleners beschouwen het geven van informatie aan de patiënt en het uitleggen van behandelopties als voldoende om aan "samen beslissen" te doen. Echte gezamenlijke besluitvorming vereist echter meer: het vraagt om een actieve dialoog waarbij de voorkeuren en waarden en de eigen regie van de patiënt centraal staan. En waarbij de arts samen met de patiënt naar een gedeelde beslissing zoekt.

Veel artsen besteden onvoldoende aandacht aan het daadwerkelijk verkennen van de persoonlijke voorkeuren van de patiënt of het samen afwegen van de behandelingsopties. Patiënten worden vaak niet voldoende gestimuleerd om hun eigen mening te uiten, waardoor zij zich minder betrokken voelen bij het besluitvormingsproces. Ook professionals zelf geven aan: "Het maakt mensen passief in de rol van patiënt en dooft hun sense of agency".¹

Gelijkwaardig partnerschap

Dit alles benadrukt de noodzaak voor zorgverleners om (veel) verder te gaan dan het simpelweg informeren van patiënten. Om de patiënt zoveel mogelijk de regie te laten houden over hun eigen gezondheid, ook in gevallen waar dat moeilijker is voor patiënten of cliënten², moeten de patiënt en zorgverlener een echt partnerschap vormen om betere zorgresultaten te bereiken.

Deze cijfers, onderzoeken en praktijkervaring laten vooral zien dat de zorg in Nederland nog een stuk passender en daarmee beter kan. Niet alle zorg die als onnodig wordt ervaren, is ook echt onnodig. Maar het is een heel duidelijk signaal waarmee we snel aan de slag moeten. Zeker gezien de huidige druk op de zorg en de niet afnemende wachtlijsten. Het kan op veel plekken nog veel efficiënter en passender. De stem van de patiënt levert hieraan een essentiële bijdrage. Kortom: laten we dit samen aanpakken! ○

¹ Couwenbergh & van Weeghel, Voorkómen van stagnatie van herstel en chronische problemen bij patiënten in de ggz. Een veldraadpleging onder Nederlandse experts, Tijdschrift voor Psychiatrie, 62, 2020

² Of patiënten en cliënten zelf de regie kunnen nemen over hun gezondheid, is afhankelijk van de mate waarin zij de gegeven informatie begrijpen: De terugvraagmethode: infosheet | Pharos

"Echte gezamenlijke besluitvorming vraagt om een actieve dialoog waarbij de voorkeuren en waarden en de eigen regie van de patiënt centraal staan"



Dienne Bos



Arthur Schellekens

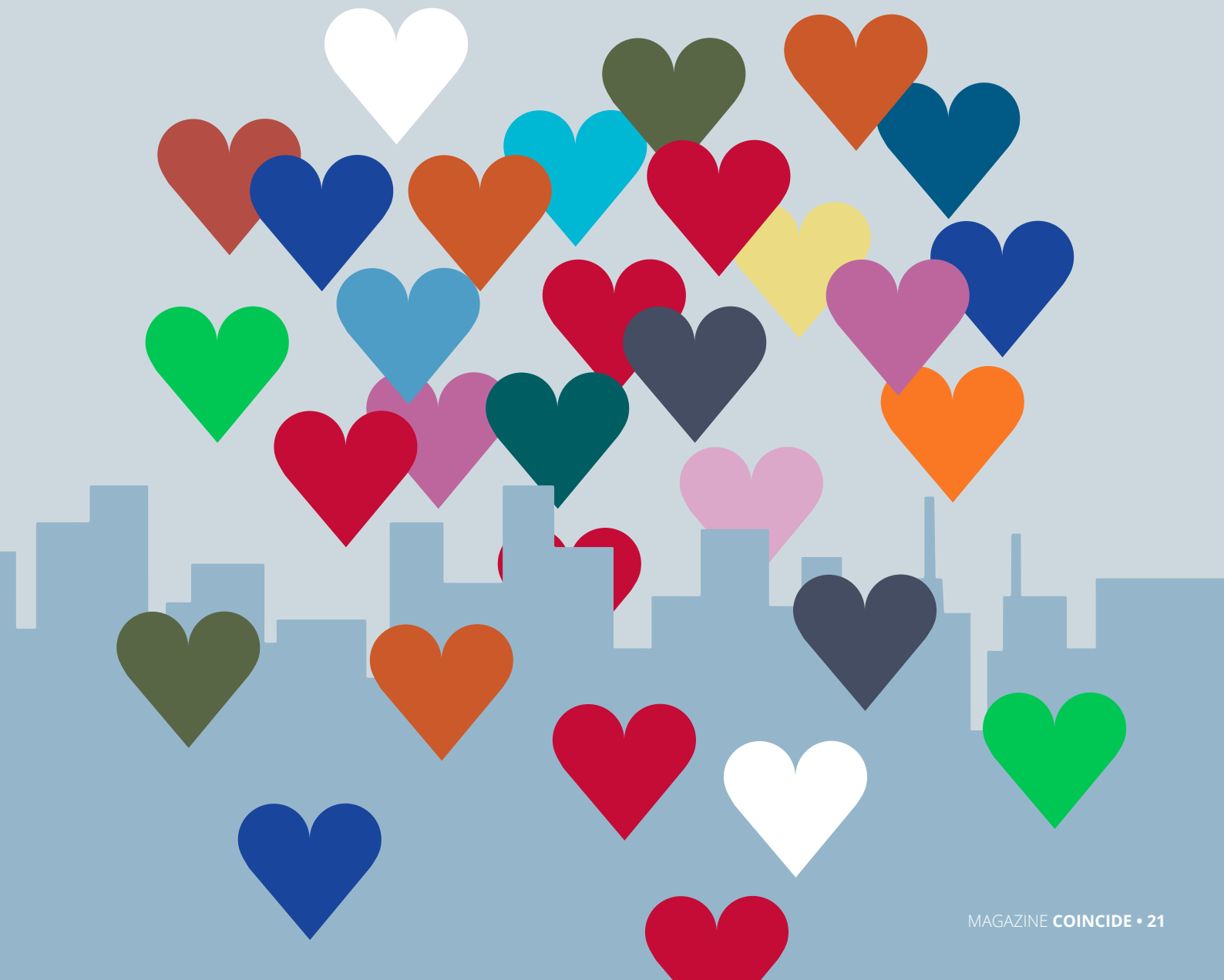


Károly Illy

Robert Hoeksema*Directeur Healthcare ING Business Banking NL***Jan Willem Spijkman***Sector Banker Public & Healthcare*

HOE WENEN HET WONEN EN DE ZORG VERBINDT

De stad Wenen heeft met haar sociale huisvestingsmodel laten zien hoe goed en betaalbaar wonen een positieve werking heeft op de gezondheid van haar inwoners. Terwijl Nederland kampt met een wooncrisis en een zorgsysteem onder druk, biedt het Weense model inspiratie. Maar in hoeverre is dit model hier toepasbaar? Welke structurele verschillen maken de implementatie in Nederland moeilijk? En welke rol kunnen woningcorporaties en banken spelen in een Nederlandse variant?



Betaalbare huisvesting als fundament voor gezondheid

Wenen investeert al decennia in sociale huisvesting, waardoor meer dan de helft van de bevolking in publieke of gesubsidieerde woningen woont. Dit voorkomt segregatie en draagt bij aan sociale stabiliteit en gezondheid. Goede huisvesting heeft directe impact op welzijn en gezondheidszorg. Een voorbeeld is de aanpak van vocht- en schimmelproblemen, die in slecht onderhouden huurwoningen vaak leiden tot luchtwegaandoeningen. In Wenen wordt hier preventief op gestuurd via renovatieprogramma's die gefinancierd worden door de stad. Dit voorkomt niet alleen gezondheidsproblemen, maar verlaagt ook de zorgkosten op lange termijn. In Nederland zijn veel sociale huurwoningen verouderd en ontbreekt een structureel renovatiebeleid met gezondheidsdoelen. Gemeenten en woningcorporaties kunnen samenwerken om gezondheid gerelateerde verbeteringen in huisvesting prioriteit te geven, bijvoorbeeld door betere ventilatie en meer aangepaste woningen voor ouderen.

Wonen en zorg in de wijk combineren

In Wenen worden eerstelijnszorg en sociale ondersteuning geïntegreerd in woonwijken, zoals in het gezondheidscentrum in Sonnwendviertel. Hier werken huisartsen, verpleegkundigen, diëtisten en psychologen samen, met een sterke nadruk op preventie. Dit verlaagt de drempel voor zorg en voorkomt overbelasting van ziekenhuizen. Een concreet voorbeeld is het 'social prescribing'-initiatief, waarbij huisartsen patiënten met psychosociale problemen doorverwijzen naar welzijnsactiviteiten in de wijk in plaats van direct medicatie voor te schrijven. Dit model bevordert niet alleen de gezondheid, maar versterkt ook de gemeenschap. Nederland kent wijkgerichte zorginitiatieven, maar deze zijn vaak versnipperd en afhankelijk van tijdelijke financiering. De structurele samenwerking tussen zorgverleners en de gemeente die verantwoordelijk is voor huisvesting en het welzijn van haar inwoners zoals in Wenen ontbreekt. Zorgverzekeraars en gemeenten zouden langdurige investeringen in wijkgerichte zorg- en welzijnscentra beter kunnen ondersteunen, zodat wonen en welzijn daadwerkelijk geïntegreerd worden.

De rol van woningcorporaties en banken

Een belangrijk verschil tussen Nederland en Wenen is de financiering van sociale huisvesting. In Wenen speelt de gemeente een centrale rol en herinvesteert structureel in nieuwbouw en renovatie. In Nederland ligt deze verantwoordelijkheid grotendeels bij woningcorporaties. De leningen aan woningcorporaties van sociale huurwoningen worden in Nederland gegarandeerd door het Waarborgfonds Sociale Woningbouw. Samen met de Autoriteit Woningcorporaties (AW) let het WSW op de huidige en toekomstige financiële draagkracht van corporaties. Daardoor is de investeringscapaciteit beperkt. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn om woningcorporaties meer financiële ruimte te geven door de belastingdruk te verlagen, bijvoorbeeld door de vennootschapsbelasting af te schaffen. Banken helpen corporaties door aantrekkelijke leningen te verstrekken voor de bouw van zogenaamde middenhuurwoningen die (nog) niet gegarandeerd worden door het WSW.

“Een belangrijk verschil tussen Nederland en Wenen is de financiering van sociale huisvesting”



Ouderenzorg en zelfstandig wonen

Met de vergrijzing als groeiend probleem is het belangrijk om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. In Wenen zijn er sociale wooncomplexen met aanpassingen voor ouderen en directe toegang tot zorg. Een voorbeeld hiervan is het project 'Wohnpartner', waarin ouderen in gemeentelijke wooncomplexen worden ondersteund met laagdrempelige zorgdiensten en sociale activiteiten. Hierdoor blijven zij langer zelfstandig en wordt eenzaamheid voorkomen. Bovendien worden woningen aangepast met liften, bredere deuren en domotica-oplossingen. In Nederland is het tekort aan seniorenwoningen nijpend en de zorgcapaciteit beperkt. Hier ligt een kans voor woningcorporaties om meer te investeren in levensloopbestendige woningen en wooncomplexen waar ouderen met verschillende zorgniveaus kunnen wonen. Lastig hierbij zijn de vele opgaven die corporaties hebben, tel daarbij op de verduurzaming en de hoge belastingdruk bij op, dan moeten zij helaas keuzes maken. De samenwerking tussen gemeenten, woningcorporaties en zorgorganisaties is in Nederland de laatste jaren wel sterk verbeterd. Bijvoorbeeld de Thuisplusflats in Rotterdam. Deze zijn bedoeld voor senioren, waarbij zelfstandig wonen wordt gecombineerd met zorg en ondersteuning dichtbij. Bewoners hebben hun eigen huurappartement en kunnen deelnemen aan diverse activiteiten en gebruikmaken van gemeenschappelijke ruimtes.

Samenwerking tussen gemeenten en zorgsector

Een belangrijk kenmerk van het Weense model is de nauwe samenwerking tussen de stad en de zorg- en welzijnssector. Wenen investeert niet alleen in woningen, maar ook in de zorginfrastructuur binnen deze wooncomplexen. Dit gebeurt via langetermijncontracten met zorgaanbieders en welzijnsorganisaties, waardoor er zekerheid is voor zowel bewoners als zorgverleners. In Nederland zijn gemeenten verantwoordelijk voor de Wmo en zorgverzekeraars voor de wijkverpleging, wat leidt tot versnippering en bureaucratische obstakels. In Wenen worden deze diensten veel sterker geïntegreerd. Nederlandse gemeenten zouden een actievere rol kunnen nemen in het organiseren van lokale zorgnetwerken binnen sociale wooncomplexen, zodat ouderen en kwetsbare groepen makkelijker toegang krijgen tot ondersteuning en preventieve zorg.

Wat houdt Nederland tegen?

Hoewel Nederland veel kan leren van Wenen, zijn er structurele belemmeringen. De wet- en regelgeving rond sociale woningbouw is complex en remt investeringen. Daarnaast is de Nederlandse zorgsector sterk gefragmenteerd, waardoor samenwerking tussen huisvesting en zorg moeizaam verloopt. Toch zijn er kansen. Door woningcorporaties meer financiële slagkracht te geven, gemeenten actiever te betrekken bij woon-zorgoplossingen en zorgverzekeraars in te zetten als partners in wijkgerichte zorg, kan Nederland stappen zetten. Het Weense model is niet één-op-één te kopiëren, maar de kernprincipes—betaalbaar wonen als fundament, geïntegreerde zorg in de wijk en ondersteuning van zelfstandig wonen—zijn waardevol. De vraag is niet of Nederland van Wenen kan leren, maar of we de politieke en financiële wil hebben om de noodzakelijke veranderingen door te voeren. ○

“De vraag is niet of Nederland van Wenen kan leren, maar of we de politieke en financiële wil hebben om de noodzakelijke veranderingen door te voeren.”



Jurriaan Penders

voorzitter KNMG

WENEN ALS INSPIRATIE VOOR GEZOND WONEN EN VITALERE SAMENLEVINGEN

Het is een koele ochtend in Wenen. Terwijl ik vanaf het dak van het HoHo (Holzhochhaus) uitkijk over het indrukwekkende Seepark Aspern, het snelgroeierende en als smart city ingerichte 22ste district in het noordoosten van Wenen, besef ik hoe huisvesting hier veel meer is dan een dak boven het hoofd. Met straks 25.000 inwoners, scholen, sport- en gezondheidsfaciliteiten, parken en zelfs daktuinen met zwembaden, ademt deze plek welzijn en gemeenschap. Dit is geen toeval. Het is het resultaat van een eeuw aan consequent sociaal woonbeleid, dat Wenen al meerdere malen de titel van meest leefbare stad ter wereld heeft opgeleverd.

De zorginnovatiereis, waar bestuurders zich laten inspireren door innovatieve ideeën en ontwikkelingen in het buitenland, bracht me niet alleen naar een stad met prachtige architectuur en groene parken. Het bracht me vooral tot de kern van een cruciale vraag: hoe beïnvloedt de plek waar we wonen onze gezondheid, en wat kunnen wij daarvan leren? De antwoorden die ik in Wenen vond, werpen een nieuw licht op de uitdagingen waar wij in Nederland voor staan.

De kracht van zorgzame gemeenschappen

In Wenen wordt huisvesting gezien als een basisvoorziening, niet als een luxe. Circa 62% van de inwoners woont in een sociale of door de overheid gesubsidieerde woning¹. Het beleid is gericht op het creëren van zorgzame gemeenschappen waarin mensen elkaar kennen, zich veilig voelen en sociale interactie vanzelfsprekend is.



De sociale cohesie die ik hier ervaarde, doet denken aan de beweging die ook in Nederland op gang komt: de-medicalisering en een grotere focus op sociale netwerken. Denk aan wijken waarin buurthuizen, groenvoorzieningen en ontmoetingsplekken centraal staan. Wenen laat zien dat zulke initiatieven niet alleen een theoretisch ideaal zijn, maar werken. In dit soort wijken voelt 94% van de bewoners zich gelukkig² terwijl in andere Europese steden dit percentage gemiddeld 75% bedraagt. Dat is geen toeval, maar het resultaat van een visie die wonen, welzijn en gezondheid met elkaar verbindt. In Wenen heeft deze langetermijnvisie, ondersteund door consistent beleid, zich door de jaren heen bewezen. Hierdoor kan de stad met vertrouwen voortbouwen op eerdere successen. In Nederland ontbreekt het vaak aan die lange visie, en is beleid afhankelijk van het zittend kabinet.

Ongelijk investeren voor gezonde wijken

Wat Wenen ons ook leert, is dat ongelijkheid in gezondheid en welzijn niet alleen een kwestie is van individuele keuzes, maar van collectieve verantwoordelijkheid. In Nederland zien we schrijnende verschillen in levensverwachting tussen wijken. Het is al te vaak gezegd; de postcode van je woonadres is medebepalend voor je gezondheid. Hoe anders is dat in Wenen. In alle wijken wonen rijk en arm door elkaar heen. En met woonvormen zoals co-housing wonen jonge gezinnen en ouderen in hetzelfde wooncomplex, wat bijna automatisch mantelzorgstructuren stimuleert. Deze aanpak daagt ons uit om in Nederland niet alleen te kijken naar de fysieke leefomgeving, maar ook naar de sociale structuren in een wijk. Dit vereist gerichte investeringen in buurten waar mensen wonen met een lage sociaal-economische positie. Zoals Wenen laat zien, is dit geen luxe, maar een noodzakelijke voorwaarde voor een gezondere bevolking.

Waardig wonen als basisbehoefte

De Weense overtuiging dat wonen een basisrecht is, raakt een gevoelige snaar in ons land. De huidige woningmarktcrisis raakt niet alleen starters en huurders, maar heeft ook directe gevolgen voor onze gezondheid. Mensen die een groot deel van hun inkomen kwijt zijn aan woonlasten, ervaren hogere stressniveaus, wat weer leidt tot lichamelijke en psychische klachten.

Wenen biedt hier een ander perspectief. De Weense woningbouwvereniging is de grootste publieke vastgoedbeheerder van Europa. En heeft daardoor ook grote invloed op de huizenprijzen. Door betaalbare en kwalitatieve huisvesting structureel te verankeren in beleid, wordt bestaanszekerheid gecreëerd. Het is een model dat ons uitdaagt om woningen niet te zien als commercieel goed of investering, maar als een noodzaak voor een gezonde samenleving. In een tijd waarin Nederlanders langer thuis moeten en willen wonen en zorg zich steeds meer naar de thuissituatie verplaatst, is dit relevanter dan ooit.

Een inspiratiebron voor Nederland

Mijn bezoek aan Wenen heeft me laten zien wat er mogelijk is wanneer een stad ervoor kiest gezondheid centraal te stellen in het woonbeleid. De lessen uit Wenen bieden geen kant-en-klare oplossingen, maar wel een denkrichting. Het begint met de erkenning dat goed, veilig en gezond wonen meer is dan een individuele verantwoordelijkheid. We moeten in Nederland investeren in de integratie van wonen en zorg. Want zoals Wenen bewijst: gezonde wijken maken gezonde mensen. 

“De huidige woningmarktcrisis raakt niet alleen starters en huurders, maar heeft ook directe gevolgen voor onze gezondheid.”

¹ City of Vienna, “Social Housing in Vienna” (2022).

² Mercer Quality of Living Survey (2021). Jurriaan Penders, voorzitter artsenfederatie KNMG



Willem Wiegersma

voorzitter raad van bestuur Dijklander Ziekenhuis

BABYLONISCHE SPRAAKVERWARRING

Als zorgprofessionals en -bestuurders gebruiken wij in onze eigen zorgbubbel een eigen vocabulaire. Dat is niet vreemd: we spreken elkaar voornamelijk binnen de medisch-specialistische zorg, binnen de regionale medisch-specialistische netwerken en samenwerkingsverbanden en binnen het eigen ziekenhuis. De taal die we daarbij gebruiken is ons helemaal eigen en heeft voor onszelf een specifieke betekenis binnen onze context. Dat is fijn voor onszelf, maar hierin schuilt ook een gevaar. Want snapt men ons wel, buiten onze zorgbubbel? En snappen wij andere zorgbubbels wel, die ook eigen taalgebruik hanteren?

Het IZA als verbindende factor

Dat woorden er toe doen, merk je ook in de samenwerking rond het Integraal Zorgakkoord. Hier leren we steeds beter en meer samen te werken tussen de zorgsectoren onderling. Dat levert voor de patiëntenzorg en voor onze forse opgaven in de zorg veel goeds op. Tegelijkertijd is het samenwerken soms ook best wel lastig, ofwel managerial uitgedrukt 'uitdagend'. We gebruiken vaak dezelfde woorden, maar bedoelen er iets geheel anders mee.

Een kwestie van perspectief

Neem nu bijvoorbeeld de woorden 'acute zorg'. Voor de ziekenhuizen zijn deze woorden al moeilijk te definiëren; laat staan in samenwerking met bijvoorbeeld de vvt-aanbieders. In het ziekenhuis is een patiënt met een CVA (hersenbloeding/herseninfarct) vanzelfsprekend echt een vorm van acute zorg. Voor de collega VVT-aanbieder is dezelfde patiënt vervolgens 'planbare zorg'. Immers, de CVA-patiënt wordt na de klinische opname in het ziekenhuis op een nader af te spreken tijdstip overgedragen voor





de vervolgzorg van bijvoorbeeld de geriatrische revalidatie van de collega VVT-aanbieder. Een patiënt die het thuis niet meer redt, is voor hen acute zorg binnen de VVT. Het is zeer verhelderend om elkaars betekenis van dezelfde woorden te kennen en te begrijpen. Het vormt daarmee de basis van een goede samenwerking.

Andere kijk op zorgstructuren in Oostenrijk

Hoe belangrijk de context is, blijkt duidelijk tijdens de jaarlijkse Innovatiereis naar Oostenrijk dit jaar, waaraan ik deelnam. Oostenrijk kent 264 ziekenhuizen met ongeveer 300 locaties met meer dan 64.000 bedden. Dit vinden wij Nederlanders extreem hoge aantallen afgezet tegen de Oostenrijkse bevolking van ongeveer iets meer dan 9 miljoen inwoners. De Oostenrijkse ziekenhuizen vervullen deels dus wat wij in Nederland als 'verpleeghuiszorg' definiëren. In de 24x7 acute zorg van Oostenrijk is het harde Nederlandse onderscheid tussen eerstelijns (huisartsen) en tweedelijns zorg (ziekenhuizen) nauwelijks tot niet relevant. Het Oostenrijkse ziekenhuis is voor alle acute zorg toegankelijk en bereikbaar. Typische Nederlandse

discussies over de beperkingen van het zorgstelsel of over de belemmeringen van de samenwerking over de sectoren van huisartsen, VVT en ziekenhuizen heen, kennen de zorgprofessionals en bestuurders in Oostenrijk veel minder tot niet.

De kracht van een gedeelde zorgtaal

Terug naar de Nederlandse context. Soms realiseren we ons het onvoldoende, maar woorden doen er echt toe. In alle regionale samenwerkingen die mede door het IZA ontstaan of worden geïntensiveerd, is dat cruciaal. Het goed naar elkaar luisteren, elkaar werkelijk begrijpen en elkaars taal doorgronden zijn daarbij belangrijke succesfactoren. Het is cruciaal de woorden in de context te plaatsen. Het IZA biedt ons in feite de kans om een gedeelde, sector overstijgende taal te ontwikkelen. Het geeft zelfs de mogelijkheid om soms vastgeroeste woorden opnieuw te definiëren. Zelfs de term 'ziekenhuis' kan zo opnieuw geladen worden. Immers, wat is de definitie van een 'ziekenhuis' morgen of over tien jaar? Daarbij zijn wij zelf aan zet. ○

*“We gebruiken vaak dezelfde woorden,
maar bedoelen er iets geheel anders mee.”*

Loek Winter

founder en eigenaar Thomashuizen, DC Klinieken

CO-HOUSING: EEN SAMENLEVINGSMODEL VOOR INCLUSIE EN ZORG

In een tijd waarin de behoefte aan zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen steeds groter wordt, biedt co-housing een vernieuwende oplossing. Tijdens een recente zorgreis naar Wenen, waar het thema co-housing centraal stond, werd duidelijk hoe dit model niet alleen bijdraagt aan de kwaliteit van leven, maar ook aan een inclusieve samenleving. Als initiatiefnemer van de Thomashuizen en de Herbergier, twee kleinschalige woongemeenschappen voor mensen met een beperking en dementerenden, zie ik de potentie van co-housing in het creëren van een ondersteunende en betrokken leefomgeving.



Wat is Co-housing?

Co-housing is een samenlevingsmodel waarbij individuele woningen worden gecombineerd met gemeenschappelijke ruimtes en faciliteiten. Bewoners delen niet alleen de fysieke ruimte, maar ook verantwoordelijkheden en sociale interacties. Dit model bevordert niet alleen een gevoel van gemeenschap, maar biedt ook praktische voordelen, zoals gedeelde zorg en ondersteuning. In Wenen hebben we voorbeelden gezien van hoe co-housing effectief wordt toegepast, met nadruk op inclusie, zorg en samenwerking.

Inclusie en Gemeenschapsgevoel

Een van de belangrijkste voordelen van co-housing is de bevordering van inclusie. In de Thomashuizen en de Herbergier streven we ernaar om een warme, veilige omgeving te creëren voor mensen met een beperking en dementerenden. Het co-housing model versterkt dit streven door bewoners de gelegenheid te bieden om actief deel te nemen aan hun gemeenschap. Door samen te leven met anderen, ontstaat er een sterke sociale cohesie die het welzijn van alle bewoners ten goede komt. Dit vermindert gevoelens van eenzaamheid en isolement, die vaak voorkomen bij kwetsbare groepen.

Delen van zorg en middelen

Een ander belangrijk aspect van co-housing is het delen van zorg en middelen. In de kleinschalige gemeenschappen die we hebben opgericht, is het essentieel dat bewoners elkaar ondersteunen. Co-housing maakt het mogelijk om zorgprofessionals en vrijwilligers te integreren in de dagelijkse levens van bewoners, wat leidt tot een meer gepersonaliseerde en flexibele zorgaanpak. Tijdens onze reis in Wenen zagen we hoe bewoners samen activiteiten organiseerden en elkaar hielpen bij dagelijkse taken, waardoor een netwerk van zorg en ondersteuning ontstond dat verder reikte dan alleen professionele zorg.

Duurzaamheid en verantwoordelijkheid

Co-housing bevordert niet alleen sociale duurzaamheid, maar ook ecologische duurzaamheid. Door gezamenlijke ruimtes en middelen te delen, kunnen bewoners efficiënter omgaan met energie en grondstoffen. Dit sluiten aan bij de groeiende behoefte aan milieuvriendelijke oplossingen in de zorgsector. Initiatieven zoals gemeenschappelijke tuinen en energieprojecten zijn voorbeelden van hoe co-housing kan bijdragen aan een duurzamere levensstijl.

De toekomst van co-housing in de zorg

De ervaringen opgedaan in Wenen hebben ons doen beseffen dat co-housing een waardevol model kan zijn voor de toekomst van de zorg. Het biedt niet alleen een oplossing voor de toenemende druk op zorgsystemen, maar ook een kans om een inclusieve en ondersteunende gemeenschap te creëren voor mensen met diverse behoeften. De samenwerking tussen bewoners, zorgprofessionals en vrijwilligers is cruciaal om dit model succesvol te laten zijn.

Als initiatiefnemer van de Thomashuizen en de Herbergier zijn we vastbesloten om de principes van co-housing toe te passen in onze gemeenschappen. Door gebruik te maken van de wijsheid en ervaring die we tijdens onze zorgreis in Wenen hebben opgedaan, kunnen we een omgeving creëren waarin iedereen zich gewaardeerd en ondersteund voelt. De toekomst van zorg ligt in samenwerking, en co-housing biedt ons de tools om deze visie te realiseren.

Co-housing is meer dan alleen een woonmodel; het is een manier van leven die de onderlinge verbondenheid en solidariteit bevordert. In een wereld waarin zorg steeds meer een collectieve verantwoordelijkheid wordt, is het tijd om co-housing te omarmen als een krachtige oplossing voor de uitdagingen waar we voor staan. 

“De toekomst van zorg ligt in samenwerking, en co-housing biedt de tools om deze visie te realiseren.”



Selma Tromp

vicevoorzitter Federatie Medisch Specialisten

Arthur Schellekens

directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland

TWEE LANDEN, TWEE WERELDEN: HOE PATIËNTEN MEEBESLISSEN IN OOSTENRIJK EN NEDERLAND



Bij een bezoek aan het Bundesverband Selbsthilfe Österreich werd duidelijk hoe verschillend patiënten-vertegenwoordiging in Europa is georganiseerd. In Oostenrijk is de positie van patiënten in beleid en zorgontwikkeling nog beperkt. In Nederland is de betrokkenheid van patiënten en ervaringsdeskundigen de afgelopen jaren toegenomen, met initiatieven die bijdragen aan meer eigen regie en passende zorg. In deze bijdrage worden observaties uit Oostenrijk gekoppeld aan ontwikkelingen in Nederland, met aandacht voor de rol van zelfzorg, gezamenlijke besluitvorming en structurele patiënten-inbreng in de zorg.

Selbsthilfe

Tijdens de Zorginnovatiereis naar Wenen brachten we een bezoek aan het Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE), de koepelorganisatie voor zelfhulp- en patiëntenverenigingen in Oostenrijk. We ontmoetten hen in een eenvoudig appartement in een woongebouw, waar zij een kleine flat huren als werkruimte. Een gordijn voor het keukenblok moet de ruimte een meer zakelijke uitstraling geven. Een echt kantoor kunnen ze zich niet veroorloven – ze ontvangen jaarlijks een subsidie van 150.000 euro, die niet wordt geïndexeerd tot 2028. Toch is er ook geen behoefte aan meer: het Bundesverband draait op slechts twee medewerkers. Ondanks de beperkte middelen en bescheiden behuizing werken zij met veel enthousiasme en toewijding aan hun missie.

Ze geven voorlichting aan de politiek en media, zijn online goed zichtbaar en worden gelukkig steeds vaker gezien als gesprekspartner binnen de Oostenrijkse gezondheidszorg. Tegelijkertijd maken hun verhalen duidelijk dat patiënten-vertegenwoordiging in Oostenrijk nog volop in ontwikkeling is. Hun plek aan tafel is allesbehalve vanzelfsprekend en moet steeds opnieuw worden bevochten. Bij veel overleggen is simpelweg geen plek voor hen, en als ze wél worden uitgenodigd, is dat vaak vooral symbolisch – bedoeld om bij het fotomoment te laten zien dat de stem van patiënten serieus genomen wordt.

Passende Zorg

Het Bundesverband Selbsthilfe Österreich legt in al hun activiteiten een sterke nadruk op het begrip Selbsthilfe. Hoewel er in Oostenrijk weinig voorbeelden zijn van passende zorg in ziekenhuizen, is deze gedachtegang wél diepgeworteld in de aanpak van de patiëntenorganisatie. In Nederland sluit ons Integraal Zorgakkoord aan bij het kader van passende zorg, waarbij één van de uitgangspunten is dat passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas wanneer die niet toereikend zijn, komt formele zorg in beeld. Deze benadering, die inzet op het voorkomen van zorg en het terugdringen van medicalisering, draagt tegelijk bij aan het beperken van de klimaatimpact. Want de meest duurzame zorg is uiteindelijk de zorg die niet geleverd hoeft te worden.

Een goed voorbeeld uit eigen land is Thuisarts.nl, inmiddels een gezamenlijk initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Federatie Medisch Specialisten en Patiëntenfederatie Nederland. Met bijna 200.000 bezoeken per dag is dit hét platform voor betrouwbare informatie over gezondheid en ziekte. Steeds meer teksten zijn erop gericht om een bezoek aan een zorgverlener, zoals de huisarts, te voorkomen. Mensen krijgen advies over hoe ze gezond kunnen leven, hoe ze ziekte kunnen voorkomen en wat ze zelf kunnen doen als ze klachten hebben. Recente toevoegingen zijn bijvoorbeeld: 'Ik heb mijn teen gestoten' en 'Ik wil stoppen met vaper'. Ook voor mensen die al in de tweede lijn onder behandeling zijn, ontstaan steeds meer initiatieven die zelfzorg stimuleren. Denk aan apps die een nacontrole na een botbreuk overbodig maken, of thuismonitoringsapps die ziekenhuisbezoeken en opnames helpen voorkomen.

“De plek van patiënten aan tafel is in Oostenrijk nog allerm minst vanzelfsprekend – die moet telkens opnieuw worden bevochten.”

Empowering

Onder Selbsthilfe wordt ook verstaan: het inzetten van methodieken en instrumenten om individuele patiënten te ondersteunen om zelf regie te nemen over hun gezondheid. In Nederland is dat vergelijkbaar. Initiatieven als 'Samen Beslissen' en het stellen van de 'Drie Goede Vragen' zijn daar bekende voorbeelden van. Zorgprofessionals en patiënten ontwikkelen samen keuzehulpen die inzicht geven in de verschillende behandelopties en de voor- en nadelen van elke keuze.

Belangrijk is ook dat een keuzehulp patiënten stimuleert om na te denken over wat voor hen écht belangrijk is in hun zorgtraject, door hen te helpen hun persoonlijke voorkeuren en waarden te verkennen. Via patiëntenverenigingen krijgen mensen daarnaast meer voorlichting over hun aandoening en kunnen zij kracht putten uit contact met lotgenoten. Het is essentieel dat we dit soort initiatieven omarmen en verder versterken. Een goed voorbereide patiënt kan samen met de arts tot de best passende behandeling komen – en dat komt ook de therapietrouw ten goede.

Patiëntenparticipatie

Uit de verhalen van het BVSHOE bleek dat de patiënten-vertegenwoordiging in Oostenrijk nog een lange weg te gaan heeft. Hun plaats aan tafel is vaak niet vanzelfsprekend en moet telkens opnieuw worden bevochten. In Nederland zien we gelukkig een andere ontwikkeling. Er is een duidelijke beweging gaande om ervaringsdeskundige patiënten actief te betrekken bij beleid en praktijk.

Zo is Patiëntenfederatie Nederland medeondertekenaar van het Integraal Zorgakkoord, zijn er honderden cliëntenraden actief en worden patiënt-ervaringsmonitors breed ingezet om de zorg te verbeteren. Ook als het gaat om medische inhoud, worden patiënten steeds vaker betrokken.

Een richtlijn ontwikkelen, een kwaliteitsregistratie opzetten of aanpassen, kan niet meer zonder betrokkenheid van patiënten. Daarbij is het van belang dat hun rol meer is dan adviserend: patiënten moeten echt als co-producenten en meebeslissers worden gezien. Ook in Nederland moeten we blijven werken aan een stevige en zichtbare positie van patiënten in besluitvorming. Hun bijdrage gaat veel verder dan een symbolische aanwezigheid bij een fotomoment – ze voegen daadwerkelijke waarde toe. [O](#)

“Zonder patiënten aan tafel is goede zorgontwikkeling eigenlijk niet meer denkbaar.”



Sophia de Rooij

*voorzitter raad van bestuur
Amstelland*

Gabrielle Alink

*manager zorg en bedrijfsvoering
Amstelland*

Marlot van 't Hof

*programmamanager
Fit For the Future*

IN AMSTELLAND ZIJN WE FIT FOR THE FUTURE

We zien in Europa al jaren dat er een aanzienlijke groei van zorgvraag op ons afkomt zonder dat de arbeidsmarkt toeneemt voor de zorg. De botsing van deze twee ogenschijnlijk tegenstrijdige bewegingen zien we in ons land terugkomen in een afnemend aantal studenten in de zorg, een groeiend aantal vacatures, meer SEH-stops, persisterende doorstroombeperkingen naar de VVT en de terugkeer van wachtlijsten. In de regio Amstelland-Meerlanden is samenwerking tussen zorg en welzijn al een jarenlange traditie en bundelen we ook in het kader van het IZA de krachten van de verschillende ketenpartners om deze uitdagingen aan te gaan.



Geïnspireerd door mijn bezoek aan Wenen in januari eerder dit jaar tijdens de zorginnovatiereis 2025 bezocht ik juist die locaties die het Wiener Model representeerden, het veelgeprezen sociale huisvestingsbeleid van de stad Wenen waarbij zorg en welzijn worden versterkt door een sterke publieke betrokkenheid. Deze reeds jarenlange beproefde methode heeft in tal van Weense wijken een natuurlijke basis helpen vormen voor 'community care'. De beweging naar voren heeft in Wenen plaats kunnen vinden via vele initiatieven op gebied van co-housing en intergeneratieel wonen. Het versterken van de sociale cohesie lijkt een adequaat antwoord te zijn op voorkomen en uitstellen van zorg- en welzijnsvragen. Dit antwoord kan in Nederland echter alleen gegeven worden als er óók vanuit huisvestingsbeleid op geanticipeerd wordt. Als erkend wicked problem moeten we een krachtigere domein overstijgende samenwerking op regionaal, provinciaal en nationaal niveau zien te bewerkstelligen. En ondertussen pakken we in Amstelland-Meerlanden alvast wat uitdagingen regionaal op.

Waarom werken we nu aan de toekomst?

Met een aantal van de regiopartners zijn we aan de slag gegaan met het schrijven van een transformatie aanvraag, die ofschoon door het ziekenhuis werd geïnitieerd, nadrukkelijk samen tot stand is gekomen. De regiotafel Amstelland-Meerlanden is een van de vijf regiotafels die door vereniging Sigra worden ondersteund bij het realiseren van het regioplan als antwoord op het regiobeeld Amstelland-Meerlanden wat door de zorgverzekeraars is opgesteld. Aan deze regiotafel zijn in acht domeinen 32 partners vertegenwoordigd.

Het is niet de intentie om de demografische groei en de zorgvraag enkel te beantwoorden met tweedelijns zorg. We willen juist met ons transformatieplan; Fit For the Future, ruimte creëren voor zorgprofessionals, zodat zij de groeiende zorgvraag in de komende jaren kunnen opvangen zonder in te leveren op hun professionele kwaliteit en zeggenschap, en dit alles binnen de bestaande ruimte van ons zorgvastgoed. Dit is voor ons van cruciaal belang in een arbeidsmarkt die al onder druk staat en waarin de vraag naar zorgprofessionals naar verwachting nog verder zal toenemen.

Wat gaan we doen?

De kern van ons transformatieplan omvat het implementeren van slimme werkmethoden, vervat in een werkagenda, een opdracht die loopt tot en met 2027. We streven ernaar om meer te bereiken met dezelfde middelen en mensen, omdat er een aanzienlijke groei van zorgvraag op ons afkomt zonder dat de arbeidsmarkt toeneemt voor de zorg. De leidende gedachte achter deze transitie is om de helft van deze groei op te vangen door



Sophia de Rooij



Gabriëlle Alink



Marlot van 't Hof

slimmer, lees efficiënter, te werken in samenwerking met onze partners in de regio. De andere helft van de groei wordt opgevangen door de initiatieven vanuit de regio bestuurstafel Amstelland en Meerlanden.

Ons plan kent vier hoofddoelstellingen: zorggebruik, personeel, vastgoed en een toekomstbestendig zorgprofiel. De essentie van de hoofddoelstelling is om de zorg toegankelijk te houden in het licht van de naderende zorgvraaggroei. In onze regio ervaren we bijvoorbeeld een hoge instroom van ouderen op de spoedeisende hulp en wordt er veel laagcomplex zorg verleend in een kostbare hoog-complexe universitaire en topklinische setting.

Hoe gaan we de toekomst tegemoet?

Binnen het programma Fit For the Future worden meer dan 150 reeds beproefde voorbeelden zoals zorgpaden en transformaties (use cases) beoordeeld op lokale toepasbaarheid en uitgevoerd, in zorgvuldige afstemming met haar (bestaande) samenwerkingspartners. In het programma is er een samenwerking met de volgende zorgpartners: Amsterdam UMC, Zonnehuisgroep Amstelland,

Amstelring, Amstelland Zorg, Brentano, Huisartsenpost Amstelland en de huisartsen coöperatie Amstelland. Om de samenwerking nu en in de toekomst te borgen is een gezamenlijke governance en een afwegingskader opgesteld.

De rol van onze zorgpartners binnen het programma is tweeledig. Daar waar een use case hun praktijk mogelijk beïnvloedt, denken zij enerzijds mee over de haalbaarheid en schaalbaarheid van use cases en anderzijds hebben zij de 'belemmermacht' op go/no-go momenten voor het overgaan naar een volgende fase van een use case. De effecten van de use cases op zorgpartners worden per initiatief vooraf in kaart gebracht, waarbij het netto-effect in de gehele keten wordt onderzocht. Het is belangrijk op te merken dat mocht er sprake zijn van taakverzwaring door use cases dit een bewuste keuze is en in overeenstemming plaatsvindt met de zorgpartners. Belangrijk is dat zorgpartners binnen hun bestaande kaders kunnen blijven functioneren en hun eigen afwegingen ten aanzien van bijvoorbeeld zorginkoop kunnen maken.

De use cases zijn onderverdeeld in 10 thema's.



Klaar voor de start

In augustus 2023 is de snelle toets van Fit For the Future goedgekeurd. Sindsdien is het plan doorontwikkeld en inmiddels is de eerst officiële bijeenkomst van de Stuurgroep gepland. De toekomst vraagt nu om doordachte keuzes en een vernieuwde, toekomstbestendige manier van organiseren en werken in de verbonden regio Amstel-

land. Ziekenhuis Amstelland is klaar om te beginnen aan een transformatie die niet alleen het ziekenhuis betreft maar ook impact zal hebben op de regio. Het transformatieplan raakt in meer of mindere mate de komende jaren elk zorgpad, elk aandoeningsgebied en daarmee dus ook elke Amstellander. ○

Peter Nijse

Chief Commercial Officer BNG

LANGE TERMIJN FINANCIERING VAN DE ZORG VRAAGT OM EEN LANGERE TERMIJN VISIE

De zorgsector heeft moeilijke jaren achter de rug. Na corona stapelden de uitdagingen zich op, waardoor de druk op de zorg flink toenam – zowel voor de burgers die zorg nodig hebben, als voor de zorgorganisaties zelf. Tot nu toe is de sector erin geslaagd deze uitdagingen op te vangen, al wordt er gewerkt binnen smalle financiële marges. Hierdoor is de ruimte voor noodzakelijke investeringen in de zorginfrastructuur aanzienlijk kleiner geworden.

Zorg in transitie

Voor een houdbare en duurzame zorg staan we voor twee grote transities. Het zorgaanbod moet anders worden georganiseerd om de groeiende zorgvraag adequaat te kunnen bedienen. Dat vraagt om scherpe en soms moeilijke keuzes, ook rond vastgoed. Daarnaast moet het zorgvastgoed verduurzamen. Met de Green Deal Zorg heeft de sector een duidelijke stap gezet om te verduurzamen in lijn met het Klimaatakkoord.

Wisselende voortgang

De sector heeft de noodzakelijke aanpassing van het zorgaanbod opgepakt met het breed gedragen Integraal Zorgakkoord (IZA). De mate van uitvoering van het IZA is echter nog wisselend: terwijl op een aantal plekken de stakeholders in bepaalde regio's succesvolle afspraken hebben gemaakt over de regionale invulling van het zorgaanbod, zien we op andere plekken nog weinig voortgang.

De noodzakelijke aanpassing van het zorgaanbod is vastgelegd in het IZA. Toch is de uitvoering wisselend: op sommige plekken hebben stakeholders succesvolle regionale afspraken gemaakt, terwijl elders de voortgang beperkt blijft. De organisatie en bekostiging van de Neder-

landse gezondheidszorg in de verschillende domeinen, belemmert op enkele onderdelen het maken van keuzes. De oplossing ligt niet alleen in meer geld, maar ook in verbeteringen van het stelsel, zoals meer ruimte voor domeinoverstijgende bekostiging.

Ook de verduurzaming kent wisselende voortgang. De meeste ziekenhuizen lijken de klimaatdoelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 voor 2030 te gaan halen, maar in de langdurige zorg is nog veel werk te verrichten. Of klimaat neutrale zorg in 2050 haalbaar is, blijft daarmee onzeker.

Financiering van duurzame transitie

Financiering is cruciaal voor deze grote veranderingen. BNG Bank staat klaar om krediet te verstrekken tegen zo laag mogelijke tarieven, juist om deze transities mogelijk te maken.

Omdat zorgvastgoedfinanciering een lange termijn horizon heeft, is een duidelijk en gedeeld toekomstbeeld essentieel. Daar hoort een stabiel lange termijnbeleid bij – voor zowel de bekostiging van zorg als de organisatie en spreiding van het zorgaanbod.

Als wij langlopende financiering verstrekken, moeten we immers kunnen vertrouwen op het lange termijn bestaansrecht van de instelling.

Lessen uit Wenen

Tijdens de studiereis naar Wenen zagen we een inspirerend voorbeeld die vanuit zowel effectiviteit als efficiëntie heel bewuste keuzes had gemaakt: rond het academisch ziekenhuis AKH Wien, waren bewuste keuzes gemaakt over de spreiding van zorglocaties. Verspreid over de stad werden zeven ziekenhuislocaties met verschillende specialismen ingericht. Ook in Nederland kunnen duidelijke geografische keuzes bijdragen aan lange termijn stabiliteit en duurzame financierbaarheid van het zorgaanbod.

Verduurzaming van zorgvastgoed vraagt eveneens om lange termijn investeringen. Hierbij geldt extra sterk: de kosten gaan voor de baten uit. Samen met onze klanten wil BNG daarom met een lange termijn blik blijven investeren in de Nederlandse zorgsector, om zo groene en sociale meerwaarde te blijven creëren.

Financiële druk

Intussen staan de financiën van zorginstellingen wel onder druk. Na corona zag de sector zich geconfronteerd met stijgende inflatie, structurele personeelstekorten en oplopende markttrentes.

Vanuit bancaire perspectief is het kredietrisico daardoor duidelijk toegenomen. Op de korte termijn zien we dat terug in de verslechterende jaarcijfers over 2023 en vermoedelijk ook over 2024. Toch vinden wij het kredietrisico op sectorniveau nog steeds acceptabel en beheersbaar.

Dit alles wil niet zeggen dat wij ons helemaal geen zorgen maken. Want hoewel diverse recente sectorrapportages laten zien dat de financiële jaarresultaten mee lijken te gaan vallen, blijft er onvoldoende financiële ruimte over voor toekomstige investeringen in zorgvastgoed. En dat terwijl de noodzakelijke transitie in de zorg juist forse nieuwe investeringen vergt.

Toekomstperspectief in de zorgsector

Voor dit jaar zijn er lichtpuntjes. De sterk gestegen inflatie wordt inmiddels – zij het vertraagd – gecompenseerd via nieuwe contracten tussen zorgaanbieders en zorginkopers. Het IZA lijkt op steeds meer plekken op gang te komen, al verschilt het tempo per regio. En we zien op veel plekken dat er steeds meer werk wordt gemaakt van de verduurzaming van de zorg.

Als grootste financier van de zorg denkt BNG graag mee over financieringsvormen die bijdragen aan een toekomstbestendig zorgaanbod én duurzaam zorgvastgoed. Zo kunnen we samen zorgen voor een gezonde en financieerbare zorgsector, nu en in de toekomst. o

Met dank aan Derk Jan Postema

“Met de Green Deal Zorg heeft de sector een duidelijke stap gezet om te verduurzamen in lijn met het Klimaatakkoord.”



Jolanda Buwalda

voorzitter raad van bestuur Omring

STEMMEN VAN DE STRAAT; BEYOND AZWA?!

Met het oog op de ontwikkeling van een aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord bracht ik met een bestuurlijke delegatie een werkbezoek aan Oostenrijk. De reis bood, behalve inzichten over het zorg- en welzijnsstelsel, ruimte voor onverwachte ontmoetingen – waaronder een onuitwisbaar indrukwekkend gesprek met een voormalig dakloze gids.

Deze persoonlijke ervaring, samen met de bredere stelselvergelijking tussen Nederland en Oostenrijk, zet aan tot nadenken over solidariteit, systeemgrenzen en de vraag hoe we de menselijke maat centraal kunnen blijven stellen.



Lessen van de straat

L In het bijzonder maak ik jullie deelgenoot van een onuitwisbare wandelervaring met inmiddels ex-dakloze “gids” HelMut, die in de schaduw van Wenen leefde. HelMut kent het rauwe leven en zocht beschutting onder de bogen van Karlsplatz, hoorde de klanken van Mozart en Straus ergens in de verte. Voor hem was Wenen meer dan imposante paleizen, theaters, bruisende cafés. Laat staan “stelselvraagstukken”.

Door noodlottige gebeurtenissen, veranderde zijn gezinsleven in het grote afzien op straat, etend uit (zijn lievelings) afvalbakken, beschutting zoekend in een veilige nis. Dit gecombineerd met kleine vriendelijkheid en onverwachte momenten van medemenselijkheid, zoals soep bij de zwervkattenopvang, hoopte hij op een dag weer iemand te mogen zijn, vooral voor zijn kinderen. HelMut en de vanzelfsprekende BAD-BED-BROOD-voorziening als opstap naar werk én welzijn, onder zijn eigen dak, illustreert veerkracht, verbondenheid en hoop vanuit presentie en voorzieningen voor medemensen, voor elkaar.

Een onvoorwaardelijk beschavingsniveau

Ik hoop dat we in Nederland een onvoorwaardelijk niveau van beschaving kunnen behouden, ook in tijden van bezuinigingen, maatschappelijke spanningen en polarisatie. Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord kan daarbij helpen. Maar eigenlijk is er meer nodig dan alleen zo’n akkoord – we hebben het hele alfabet aan inzet nodig: eerlijke verdeling van middelen, maatschappelijk ondernemerschap, effectieve samenwerking en innovatief vermogen. Wenen herbelevens is voor mij win-win-win!

Vergelijking Nederland - Oostenrijk

Als aanvulling op deze indrukken schets ik graag, hoe contrastrijk ook, in grote lijnen de stelsels van beide landen - vanuit mijn eigen duiding. Zowel Nederland als Oostenrijk kennen hoogwaardige gezondheidszorg en sterke sociale voorzieningen. Natuurlijk zijn er verschillen – in organisatie,

financiering, transparantie, innovatie en onderzoek – die voortkomen uit hun specifieke historische, politieke en maatschappelijke context. Beide landen waarborgen via hun systemen een brede toegang tot zorg en stevige sociale vangnetten. Net als Nederland kampt ook Oostenrijk met krapte op de arbeidsmarkt. Daarnaast speelt, als land dat wordt omringd door acht buurlanden, de dynamiek van migratiestromen en de maatschappelijke reacties daarop een belangrijke rol.

In vergelijking hanteert Nederland een meer technocratische benadering van het zorg- en welzijnsstelsel. Positieve elementen zijn onze sterke eerstelijnszorg, doelgerichte innovaties en focus op maatschappelijke impact. Daartegenover staat een zwakker, weinig inclusief geregelde woningmarkt en een ruimtelijke ordening waarin publieke gezondheid nauwelijks een rol speelt – een scherp contrast met de situatie in Oostenrijk. Daar vormt Bildung, geworteld in sociaal-democratische en christendemocratische tradities, nog steeds het bindmiddel van de samenleving – vooral in Wenen – ondanks de opkomst van de populistische partijen.

Oostenrijk vertrouwt op een traditioneel model, gericht op solidariteit met verplichte bijdragen en sterke regionale en collectieve afspraken. In Nederland daarentegen is het stelsel gebaseerd op gereguleerde marktwerking, met verplichte publieke en private basisverzekeringen. De nadruk ligt daarbij op participatie en re-integratie als toegangspoorten tot het sociaalzekerheidsstelsel. o

“Ik hoop dat we in Nederland een onvoorwaardelijk beschavingsniveau behouden – ook in tijden van bezuiniging en polarisatie.”



Raymonda Romberg

bestuurder VvAA

DE NOODZAAK VAN VERANDERING IN DE ZORG

De uitdagingen waar we de komende jaren in onze gezondheidszorg voor staan zijn groot. Het indringend besef dat we de zorg de komende decennia anders moeten gaan benaderen om aan de grote zorgvraag te voldoen, is bij iedereen wel doorgedrongen. Het verlangen naar innovatie en verandering is nog nooit zo groot geweest. De vraag is echter: h^oe dan?

Leren van andere landen

Ons land is niet uniek in deze uitdagingen; de vergrijzing, stijgende zorgkosten en de druk op de arbeidsmarkt zijn ook voor andere landen realiteit aan het worden. Des te interessanter dus om te kijken naar succesfactoren elders.

Naast de manier waarop een zorgstelsel daadwerkelijk georganiseerd wordt, werd tijdens de Zorginnovatiereis naar Wenen ook duidelijk dat een zorgsysteem beïnvloed

wordt door de cultuur van een land. Een indrukwekkende spreker in het programma was de Nederlandse ambassadeur in Wenen, Peter Potman. Aan de hand van een kort historisch overzicht, van het Habsburgse keizerrijk tot de wederopbouw na de Tweede Wereldoorlog, schetste hij de contouren van de Oostenrijkse historie en cultuur en hoe die van invloed zijn op het zorgsysteem. De invloed van de sociaaldemocraten heeft ervoor gezorgd dat de zorg zonder drempels voor iedereen toegankelijk is, ongeacht leeftijd, sociale status of afkomst. Daarnaast is er in Wenen een



“Waarom zouden we de dokter niet vertrouwen in het initiatief dat deze neemt voor een verbetering van zorg?”

langdurig en consistent beleid gevoerd op sociale woningbouw: deze is zeer toegankelijk en arm en rijk leeft door elkaar heen. Om deze rede is Wenen een van de meest leefbare steden ter wereld. Er ligt veel nadruk op het sterke sociale domein, daar kunnen wij in Nederland van leren.

Vertrouwen als uitgangspunt

Als eerste werd duidelijk dat Oostenrijkers minder waarde hechten aan transparantie dan wij in Nederland gewend zijn, het bleek dat volledige openheid of verantwoording vermeden werd. Dat zie je onder andere terug bij de financiering van ziekenhuizen. Aan de andere kant wordt ook het "Pflegegeld" (een soort PGB budget) "in vertrouwen" uitgekeerd en kan zo naar eigen behoeven ingezet worden. Hiermee wordt veel informele zorg gestimuleerd.

Daarnaast is er ook sprake van een high trust cultuur. Er werd bijvoorbeeld letterlijk gezegd: waarom zouden we de dokter niet vertrouwen in het initiatief dat deze neemt voor een verbetering van zorg?

Aanpassingsvermogen in plaats van starre controle

Desondanks is er wel degelijk sprake van bureaucratie en wordt het zorgsysteem soms ook als complex ervaren. Tegelijk lijkt het systeem niet in de weg te staan voor veranderingen. Er is wel degelijk kritiek op het systeem, echter tegelijkertijd is er meer berusting en lijkt het erop dat het stelsel niet ter discussie staat. Hierdoor ontstaat ruimte voor meer aanpassingsvermogen en wordt gekeken naar wat er wél kan. Dit geeft een mentaliteit van 'gewoon doen'.

Het sociale domein als drijvende kracht

Het sociale domein is in Wenen sterk georganiseerd. De initiatieven komen vanuit een sociale gedachte om goed te doen en initiatieven op te zetten voor het welzijn van mensen. Dit was voor een aantal initiatieven al voldoende om te starten. Sociaal rendement; oftewel de bijdrage aan welzijn, wordt erg belangrijk gevonden.

Wat kunnen wij hiervan leren?

Uiteraard kent het zorgsysteem in Oostenrijk ook zijn uitdagingen en bottlenecks, zoals een weinig sterke eerste lijn zonder poortwachtersfunctie. Ons zorgsysteem in Nederland is goed en moeten we op vele punten koesteren.

Kan het echter zijn dat onze cultuur van individualisme en efficiëntie toch belangrijke veranderingen in de weg staat? Wij kijken misschien te veel naar KPI's en financieel rendement met als gevolg een overschot aan regel en controledrift.

Meer ruimte voor zorgprofessionals

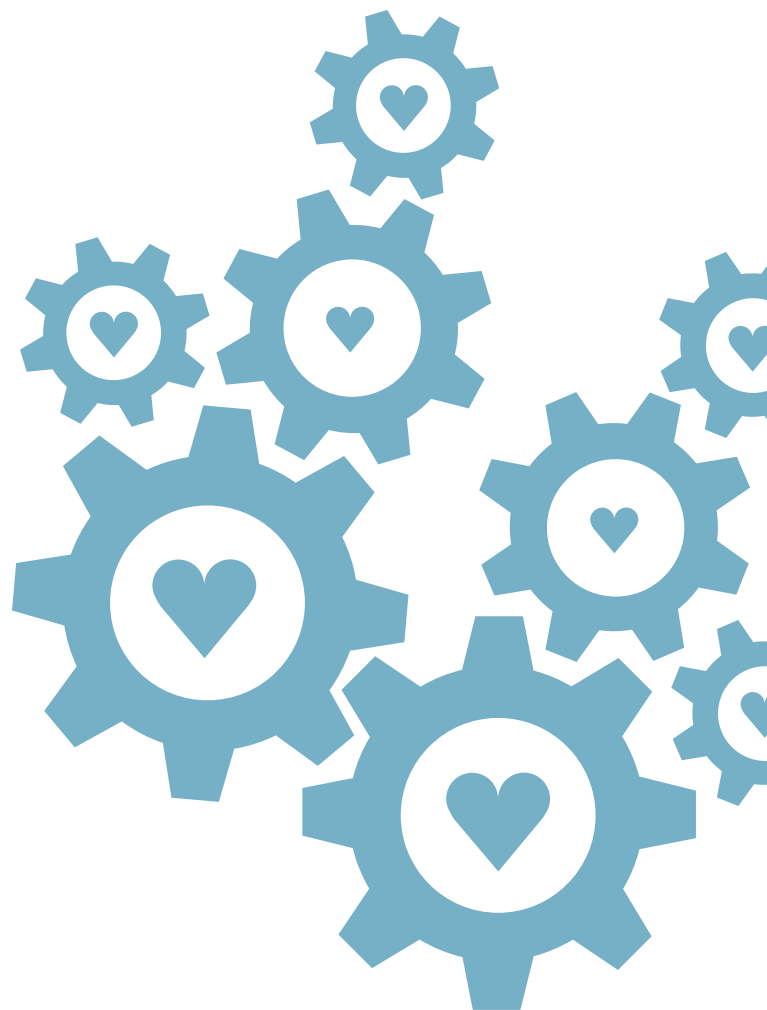
In Nederland komen er vaak initiatieven naar voren van zorgprofessionals die iets willen betekenen voor hun

patiënten op het gebied van passende zorg of initiatieven in het sociaal domein. Het ontwikkelen en implementeren van deze initiatieven wordt vaak als moeizaam ervaren met vele obstakels. Zouden we niet meer ruimte kunnen creëren en zorgprofessionals beter kunnen faciliteren? Het vraagt om meer vertrouwen: gewoon beginnen, en vervolgens reflecteren en evalueren op wat het ons heeft gebracht — zonder daarbij alleen te kijken naar kostenbesparingen op de korte termijn.

Als we meer willen inzetten op het sociale domein om zorg te voorkomen in de eerste en tweede lijn, zullen we naast het gebruikelijke financieel rendement, wat zich pas veel later of op een andere plek in het zorgsysteem manifesteert, óók moeten kijken naar het maatschappelijk of sociaal rendement: het welzijn dat wordt bereikt.

Durven we het anders te doen?

Als je doet wat je deed, dan krijg je wat je kreeg. Een echte transitie lukt niet door hetzelfde te blijven doen en harder aan de kar te trekken. Om echte verandering in gang te zetten en te faciliteren, moeten we het anders doen en onze vastgeroeste patronen durven los te laten. 

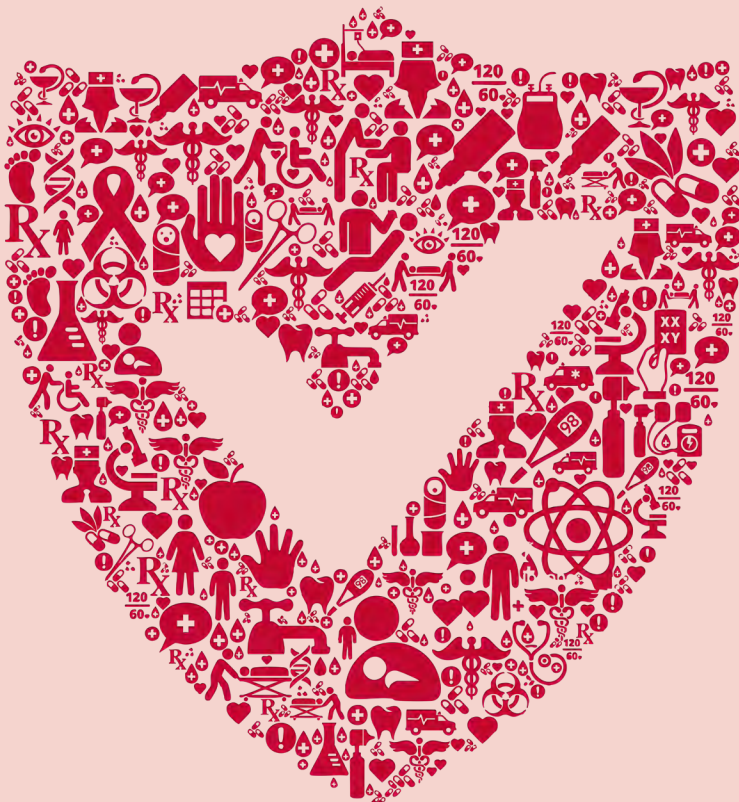


Károly Illy

directeur-bestuurder Longfonds

DE WAARDE VAN PREVENTIE VOOR DE KWALITEIT VAN DE CURATIEVE ZORG

De zorg in Nederland staat voor een grote uitdaging. De druk op de zorg is enorm toegenomen door een vergrijzende bevolking, een toenemend aantal chronisch zieken en de snelle stijging van complexe zorgbehoeften. Tegelijkertijd zijn de beschikbare zorgcapaciteiten niet onbeperkt. Ziekenhuizen raken overbelast, de wachtlijsten groeien en zorgprofessionals werken onder hoge druk. In dit licht wordt het steeds duidelijker dat we niet kunnen blijven vertrouwen op alleen curatieve zorg. Preventieve maatregelen zullen noodzakelijk zijn.



Preventie is essentieel
Preventie is geen modewoord, maar een noodzakelijke voorwaarde om de kwaliteit van de zorg op lange termijn te waarborgen. Het stelt ons in staat om ziekten in een vroeg stadium te herkennen, te voorkomen dat ze verergeren en zo de druk op het zorgsysteem te verminderen. Dit geldt niet alleen voor de zorg voor mensen die al ziek zijn, maar ook voor het behoud van de gezondheid van gezonde mensen. Het voorkomen van aandoeningen zoals longziekten, hart- en vaatziekten, diabetes, en andere chronische aandoeningen is essentieel om de capaciteit van onze zorgprofessionals te verlichten en te zorgen dat we hen kunnen inzetten waar ze het hardst nodig zijn.

Kosten besparen met preventie

Wanneer er geen preventieve maatregelen worden genomen, nemen de kosten van curatieve zorg enorm toe. Dit geldt zeker voor longziekten, zoals COPD, astma, en longkanker, die veelal ontstaan door roken of vervuilde lucht. Deze aandoeningen vergen intensieve en langdurige behandelingen en leiden vaak tot ziekenhuisopnames. Het voorkomen van deze ziektes kan niet alleen lijden besparen, maar ook de zorgkosten aanzienlijk verlagen. Door mensen gezondere leefomstandigheden aan te bieden en hen te helpen gezondere keuzes te maken, kunnen we ervoor zorgen dat de druk op ziekenhuizen en huisartsen wordt verminderd.

Betere levenskwaliteit

Het aandacht schenken aan preventie betekent niet alleen dat we ziekten zoals longziekten of hart- en vaatziekten proberen te voorkomen, maar het verbetert ook de levenskwaliteit van mensen die anders misschien niet de juiste zorg zouden ontvangen. Hoe sneller een ziekte wordt opgemerkt en behandeld, hoe groter de kans op een beter herstel. Preventie helpt niet alleen de druk op het zorgsysteem te verlichten, maar zorgt er ook voor dat mensen langer een gezonde, actieve levensstijl kunnen behouden. Dit maakt preventie een investering in de toekomst van onze zorg en samenleving.

Luchtkwaliteit en de Rookvrije Generatie

Slechte luchtkwaliteit veroorzaakt niet alleen longziekten zoals COPD en astma, maar draagt ook bij aan longkanker en

hart- en vaatziekten. Vooral in stedelijke gebieden, waar de lucht vaak sterk is vervuild door verkeer en industrie, lopen veel mensen gezondheidsrisico's. Het is dus van groot belang om de luchtkwaliteit te verbeteren door beleid te beïnvloeden. Daarvoor is bewustwording belangrijk en is het noodzakelijk dat gezondheidsorganisaties samenwerken. We zullen veel meer aandacht moeten hebben voor de lucht die we inademen, zodat toekomstige generaties minder risico lopen op longziekten en gerelateerde aandoeningen. We hebben dus behoefte aan strengere normen voor luchtvervuiling, het stimuleren van schone energie en een vergroening van steden.

In Nederland overlijden ongeveer 20.000 mensen per jaar aan de gevolgen van roken. En meer dan 670.000 mensen hebben één of meer chronische ziekten als gevolg van roken. Het is daarom belangrijk dat we een samenleving realiseren waar jongeren niet beginnen met roken en vaperen en waar volwassenen zich bewust zijn van de schadelijke effecten van tabak en nicotine.

Strengere maatregelen nodig voor een rookvrije toekomst

Bewustwordingscampagnes, voorlichting op scholen, hogere accijnzen en strengere wetgeving rondom het gebruik en de verkoop van tabak zijn voorbeelden van instrumenten die reeds worden ingezet. Maar het is nog lang niet voldoende. Het is noodzakelijk veel strengere maatregelen te nemen.

Het belangrijkste streven is een rookvrije toekomst voor alle kinderen. Dit houdt in dat het aantal rokers in Nederland drastisch zal moeten dalen en dat een omgeving wordt gecreëerd waarin roken niet de norm is. Het is bewezen dat wanneer kinderen in een rookvrije omgeving opgroeien, de kans veel kleiner is dat zij zelf gaan roken. Dit maakt preventie op het gebied van roken niet alleen een belangrijke stap voor het beschermen van de gezondheid van kinderen, maar ook een belangrijke bijdrage aan het verlichten van de druk op ons zorgsysteem.

Investeren in preventie is investeren in de toekomst

Door ons te concentreren op de twee cruciale thema's luchtkwaliteit en rookvrije generatie werken wij direct mee aan het verbeteren van de gezondheid van de samenleving en het verminderen van de zorgvraag. De nadruk leggen op luchtkwaliteit en het realiseren van een rookvrije generatie is een investering in de gezondheid van toekomstige generaties en draagt bij aan de vermindering van de ziektelast die nu al zwaar op ons zorgsysteem drukt. Preventie is de sleutel tot het behoud van een gezonde en leefbare toekomst voor ons allemaal. ○

“Preventie is de sleutel tot het behoud van een gezonde en leefbare toekomst voor ons allemaal.”

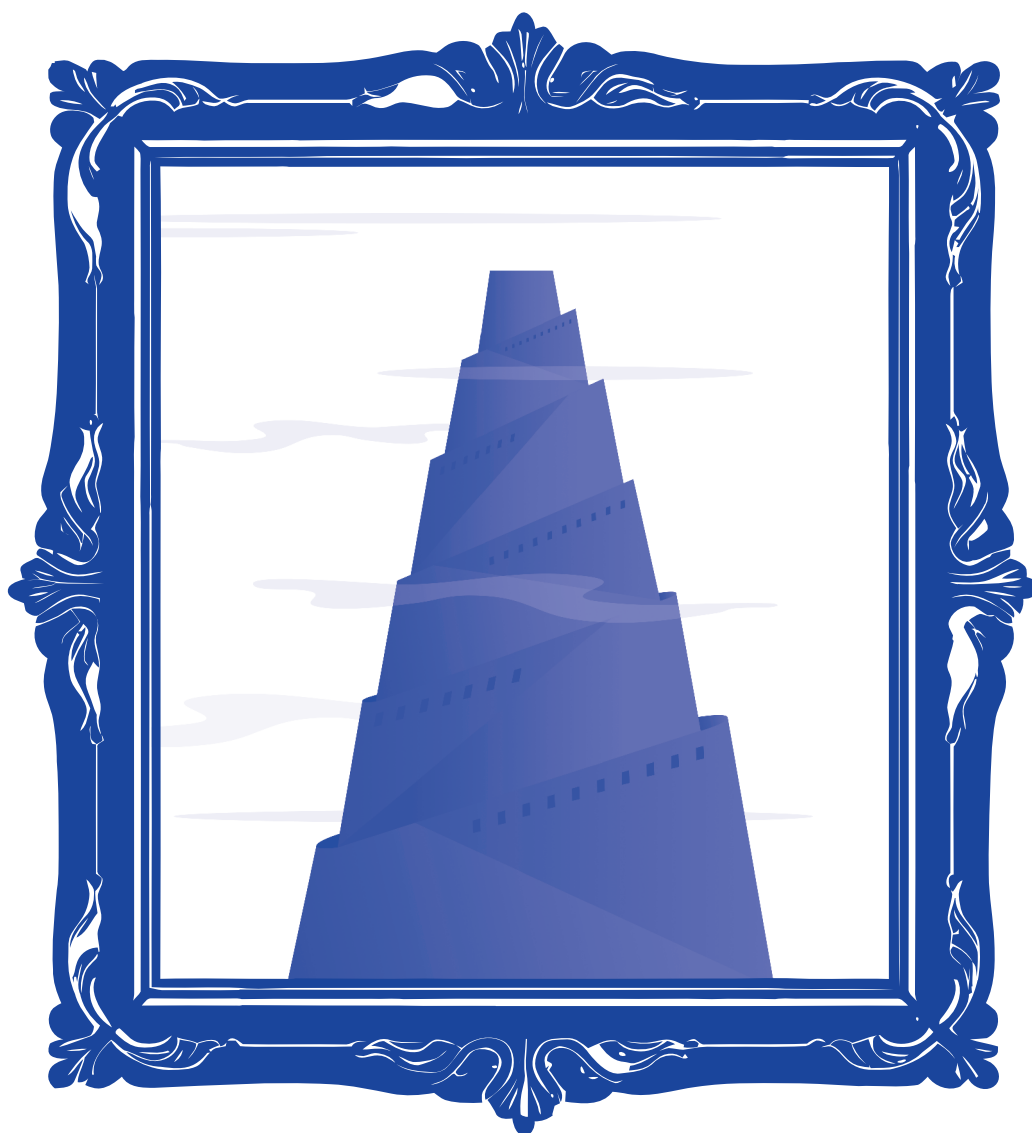


Stefan Kroese

voorzitter raad van bestuur Noordwest Ziekenhuisgroep

EEN HABSBURGSE TRANSFORMATIE

Een van de hoogtepunten van elke trip naar Wenen zou een bezoek aan het Kunsthistorisches Museum moeten zijn. Afgelopen januari werd ik op een doodgewone donderdagmiddag door een deskundige gids ondergedompeld in dit prachtige gebouw. Een wereld van lang vervlogen tijden die toch een verrassend actuele boodschap bleek te bevatten voor ons gezelschap van zorgbestuurders.



De Toren van Babel

Letterlijk het eerste schilderij waar je pontificaal tegen aanloopt op de eerste verdieping is meteen een van de beroemdste: De Toren van Babel van Pieter Bruegel, uit 1563. Dit schilderij symboliseert onder andere de ambitie van mensen om altijd het hoogst mogelijk doel te bereiken. Creatief en ambitieus als de mens is, vertrouwt hij blind op zijn eigen kunnen en op de onbegrensde mogelijkheden van technologie.

Op het grote doek zijn meer dan duizend mensen te zien, die allemaal hard aan het werk zijn aan ogenschijnlijk hetzelfde doel. Iedereen doet nuttig werk; spullen sjouwen, houtbalken optakelen, muren metselen, et cetera. Maar tegelijkertijd wacht niemand op elkaar of maakt duidelijke afspraken, met als gevolg dat er op fundamenteën die nog niet af zijn toch al nieuwe bouwdelen verrijzen. Dit beeld correspondeert in mijn optiek goed met de discussie over het Integraal Zorg Akkoord en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord die wij die week voerden in Wenen.

Hetzelfde doel?

Hebben wij eigenlijk wel hetzelfde (hoogste) doel met al deze akkoorden? Gaat het er nou vooral om de toekomstige zorgvraag op te kunnen vangen of willen wij de gezondheid en het welzijn van burgers daadwerkelijk verbeteren? Doen we het echt voor de patiënt en zo ja, hoe kan het dan dat de Patiëntenfederatie hun stem onvoldoende vindt doorlinken? Als we collectief zeggen dat we naar 'de voorkant van het systeem' willen bewegen, begrijpen we dan allemaal precies van elkaar wat we bedoelen en verwachten? Nog belangrijker; leren we nu van elkaar of zetten we in ons ongeduld liever de volgende bouwlaag er alvast op, zonder zeker te weten of het hele systeem hier beter van wordt? Een gedachte die ik helaas ook niet tegen kan houden is dat een transformatie-aanvraag-proces inmiddels behoorlijk wat kenmerken van een Babylonische spraakverwarring vertoont.

Integraal Zorg Akkoord in Wenen

Ben ik dan sceptisch over het IZA en het Nederlandse zorgsysteem na het bezoek aan allerlei zorg- en welzijnsinstellingen in Oostenrijk? Het antwoord is paradoxaal genoeg nee. Sterker nog, mijn afdronk is dat juist in Wenen een IZA zou moeten starten. In Nederland hebben we dan weliswaar een ambigue beeld, in Wenen hoor ik zorgbestuurders pleiten om het hele maatschappelijke debat niet eens aan te gaan, omdat ze niet geloven in transparantie en duidelijkheid richting hun eigen burgers. Dat is in mijn optiek de les van een week Wenen: niet doodzwijgen, maar expliciteren en doorvragen bij elkaar, net zolang totdat we ons gezamenlijke doel helder hebben.

Ambitie

Wat na een middag in het Kunsthistorisch Museum bekijft - deze overdadige schatkamer vol pracht en praal uit de Habsburgse dynastie - is dit; wie ergens tijd, toewijding, betrokkenheid én voldoende middelen in investeert, kan iets creëren dat tot lang na het einde van een tijdperk tot de verbeelding blijft spreken. En dat lijkt mij een mooie ambitie voor onze zorg- en welzijnstransformatie zeg ik met een vleugje Bruegelse overmoed.

"Hebben wij eigenlijk wel hetzelfde (hoogste) doel met al deze akkoorden?"



DIT MAGAZINE IS MEDE MOGELIJK GEMAAKT DOOR:

Beyond is
where we begin. | **BCG**



PHILIPS

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 2025 Coincide BV

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



Coincide BV

Argonautenstraat 29
1076 KK Amsterdam
+31-20-6768217

Bestellingen:

info@coincide.nl
ISBN/EAN: 978-90-9040424-0