

PERSPECTIEVEN OP DE ZORGTRANSITIE

VAN INZICHT NAAR ACTIE



08

VAN DENKEN NAAR DOEN

31

DE HUISARTS ALS SLEUTEL
DIE FRANKRIJK AL KENT

41

HOSPITAL@HOME,
ZORG ZONDER
GEBOUW, MAAR MET
VOLLE BETEKENIS

COINCIDE

NR.
31

PERSPECTIEVEN OP DE ZORGTRANSITIE

VAN INZICHT NAAR ACTIE

In de zorg is inmiddels bijna alles al gezegd. Over de druk op het systeem, personeelstekorten, samenwerking en passende zorg. De richting lijkt helder en toch knaagt het gevoel dat we onvoldoende in beweging komen.

Tijdens de Zorginnovatiereis naar Parijs werd dat gevoel benadrukt. Een fundamentele vraag die onder veel gesprekken lag was; gaat de zorgtransitie het om het optimaliseren van een zorgsysteem, of willen we juist bijdragen aan een gezond en betekenisvol leven? Die verschuiving naar dat laatste vraagt iets wezenlijks van hoe we organiseren en samenwerken, maar ook van hoe we samenleven.

De artikelen in dit magazine laten zien dat die beweging wel degelijk al gaande is. Tegelijk maken de stukken zichtbaar waar het schuurt. Hardnekkige bestaande structuren en patronen maken een andere manier van denken en werken vaak moeilijk. De opgave zit niet in nieuwe ideeën, die zijn er genoeg. De uitdaging zit vooral in het kiezen voor een nieuw pad en die met elkaar in durven slaan. En tegelijk ruimte (blijven) geven aan de talrijke succesvolle initiatieven die er al zijn en niet, door onze sterke behoefte om te reguleren en op te schalen, de energie eruit te slaan.

Dit magazine bundelt perspectieven, inzichten en mooie voorbeelden van bestuurders en professionals die ieder vanuit hun eigen rol naar dezelfde opgave kijken. Hopelijk draagt het bij aan het gesprek dat nodig is om de beweging te versnellen die we samen te maken hebben.

Marleen van Essen
managing partner 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

I URGENTIE & SYSTEEMVRAAG

- 4 Marjo Vissers-Kuijpers
voorzitter raad van bestuur VGZ
- 6 Peter Nijssen
chief commercial officer BNG
- 8 Edwin van der Meer
voormalig voorzitter raad van bestuur BovenIJ

II FUNDAMENTELE HERIJKING. WAAR GAAT TRANSFORMATIE OVER?

- 10 Heidi de Bruijn
voorzitter raad van bestuur Carintreggeland
- 12 Jan Kremer
speciaal gezant passende zorg Ministerie van VWS
- 14 Dienne Bos, Linda Daniels, Károly Illy, Hans Snijder
bestuurders MIND, Patiëntenfederatie, Longfonds, Hartstichting

III BESTUUR & STURING. WAT VRAAGT TRANSFORMATIE VAN LEIDERSCHAP?

- 17 Wietske Vrijland
voorzitter raad van bestuur OLVG
- 20 Hanneke Klopper
bestuursvoorzitter Zelfstandige Klinieken Nederland
- 22 Erica Schaper
voorzitter raad van bestuur Frisius MC
- 24 Jurriaan Penders
voorzitter artsenfederatie KNMG

IV DE BEWEGING IN DE ZORG. WAAR SCHUIFT HET NAARTOE?

- 26 Anton de Bruin
voorzitter Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie
- 28 Jettie Bont
voorzitter Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde
Raymond Wetzels
voorzitter Nederlands Huisartsen Genootschap
- 31 Han Mulder
voorzitter Vereniging Praktijkhoudend Huisartsen (VPH)

V PRAKTIJK & VERANDERING IN GEDRAG

- 34 Wouter Meijer
voorzitter Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- 36 Vinood Mangroelal
managing director Health Technology IG&H

VI INNOVATIE & ORGANISATIE VAN ZORG

- 38 Sophia de Rooij
voormalig voorzitter raad van bestuur Amstelland
- 41 Nicole Stolk
voorzitter raad van bestuur Albert Schweitzer Ziekenhuis
- 43 Robert Hoekstra
directeur Healthcare ING
Jan Willem Spijkman
sector banker Public & Healthcare ING

VII REFLECTIE VANUIT PRAKTIJK & WETENSCHAP

- 46 Maurice van den Bosch
voorzitter raad van bestuur NKI-AVL
Robin Peeters
initiatiefnemer Dokters Vandaag, Erasmus MC

Marjo Vissers-Kuijpers

voorzitter raad van bestuur VGZ

HET GRAS IS NIET GROENER....

In januari reisden we met een groep zorgbestuurders af naar Parijs om te leren van aspecten van de zorg in Frankrijk en van elkaar. Wat bij thuiskomst vooral is blijven hangen is de gedachte dat we in Nederland erg voorop lopen met passende zorg, met het sturen op toegankelijkheid EN betaalbaarheid, en met het samenspel tussen overheid, financiers en het veld; we gaan zelfs samen op reis om ons te laten inspireren.



Gedeelde uitdagingen, andere realiteit

De demografische situatie in Frankrijk is vergelijkbaar met die in Nederland. Een ouder wordende bevolking gecombineerd met een gebrek aan personeel, zodat het lastig wordt om de zorg op hetzelfde niveau te houden. In Frankrijk is een groot verschil in kwaliteitsniveau of aanpak van zorg tussen stad en platteland te zien. Een dergelijk groot verschil zouden wij in Nederland niet acceptabel vinden. Dan is ons gras duidelijk groener.

De urgentie om iets te doen aan voldoende capaciteit in de zorg is ook in Frankrijk hoog, al leek dat in Parijs niet zo expliciet gevoeld. Pas als we het nadrukkelijk vroegen, werd het erkend als een probleem. Ook een opvallend verschil was dat veld en overheid in een soort betaalbaarheidscrisis zaten. Kaders werden behoorlijk overschreden en daar was beleidsmatig geen oplossing voor. Deze kloof tussen kader en realisatie bestond al lang, wat zorgt voor grote financiële zorgen bij ziekenhuisdirecteuren. Ook hier is het gras in Nederland duidelijk groener.

Gelijke toegang als uitgangspunt

In de inleiding over het Franse stelsel hoorden we dat maar liefst 24% van de zorg geleverd wordt door for-profit instellingen, waar je tegen bijbetaling of met bijverzekering terecht kan. Dat is in Nederland echt ondenkbaar. We vinden dat iedereen een gelijke kans op geleverde zorg moet hebben. Dat is overigens nog wat anders dan een gelijke kans op gezondheid; een slag die we absoluut nog moeten maken.

Kwaliteit van leven centraal

Een sessie over geriatrische oncologie liet zien dat passende zorg begint bij echt kijken naar de patiënt. Welke criteria bepalen een effectieve behandeling of dosering met zo min mogelijk bijwerkingen? Op onze vraag of bij zeer kwetsbare patiënten soms bewust niet wordt behandeld maar ingezet op welzijn, werd een duidelijk verschil zichtbaar: in Frankrijk geldt “alles wat kan, doen we”, terwijl in Nederland vaker wordt gekozen voor kwaliteit van leven.

Innovatie; herkenning en inspiratie

Een van de bezoeken bracht ons bij het American Hospital of Paris. Oorspronkelijk gericht op het leveren van zorg aan Amerikanen wonend in Frankrijk, behandelen zij inmiddels patiënten van alle nationaliteiten. Het bezoek stond in het teken van generatieve AI en PGO's. Net als in Nederland zijn de verwachtingen hooggespannen. Tegelijkertijd beseften we dat een deel van deze ontwikkelingen in Nederland al tijden wordt toegepast.

Health Care System Performance Rankings

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	1	7	5	9	2	4	6	8	3	10
Access to Care	9	7	6	3	1	5	4	8	2	10
Care Process	5	4	7	9	3	1	10	6	8	2
Administrative Efficiency	2	5	4	8	6	3	7	10	1	9
Equity	1	7	6	2	3	8	—	4	5	9
Health Outcomes	1	4	5	9	7	3	6	2	8	10

In het eeuwenoude ziekenhuis Hôtel Dieu, tegenover de Notre Dame, zagen we een aanpak waar Nederland van kan leren. Voor een breed netwerk van ziekenhuizen rondom Parijs is daar een innovatiehub ingericht, waar experimenten in zorgpaden, digitalisering en AI worden opgezet. Door inclusie van alle ziekenhuizen uit het netwerk worden resultaten over een brede populatie sneller zichtbaar; wat werkt wel en wat niet. Het opschalen van de werkzame elementen is, net als bij ons, nog in ontwikkeling. Het bundelen van innovaties in één hub, het transparant maken van resultaten en het versneld testen en voorbereiden op brede implementatie, voorkomt dat we telkens opnieuw het wiel uitvinden en vergroot de impact. Iets om te kopiëren dus.

Stevige basis in Nederland

Terug in eigen land moeten we constateren dat het zo slecht nog niet gaat in Nederland. Volgens het Commonwealth Fund staan we op nummer 2 in een recent onderzoek naar zorgsystemen en in het laatste OECD-onderzoek geeft maar 0,6% van de mensen aan dat ze niet de zorg konden krijgen die ze nodig achtten. Cijfers waar we trots op mogen zijn. Het gras is elders niet groener, we hebben alle ingrediënten om de zorg samen toegankelijk, betaalbaar en duurzaam te maken. Goeie grond zagezegd, voor een prachtig groen gazonnetje. Mooier dan bij de burens. ○

“Alles doen wat kan,
versus kiezen voor
kwaliteit van leven.”

Peter Nijse

Chief Commercial Officer Bank Nederlandse Gemeenten (BNG)

GEZOCHT: REGIONALE REGIE IN DE ZORGKETEN



Nederlanders beschouwen zorg als een publieke voorziening. We verwachten dat de overheid zorg levert wanneer dat nodig is. Het niveau van zorgverlening in Nederland is ook hoog en basiszorgverlening is voor iedereen bereikbaar. Dat is het resultaat van een hybride zorgstelsel waarbij marktwerking en overheidssturing vervlochten zijn.

Investeren in toekomstbestendige zorg

Zorginstellingen werken bedrijfsmatig, waarbij investeringen meestal gefinancierd worden met vreemd vermogen en afgelost met toekomstige zorgopbrengsten. De leningen die worden verstrekt voor de financiering van zorgvastgoed hebben doorgaans lange looptijden. Daarom is het van belang dat de zorg niet alleen in de komende kabinetsperiode betaalbaar en financieel gezond blijft, maar ook ver daarna.

Dat gaat echter niet vanzelf, de zorg staat voor grote uitdagingen. De vraag stijgt door vergrijzing, innovatie drijft de kosten op en personeel is schaars. Tegelijkertijd is er ruimte om kosten te beheersen door efficiënter te werken. Preventie is vaak goedkoper dan behandeling, samenwerking met het sociaal domein en meer aandacht voor volksgezondheid kan zorgvraag en zorgkosten voorkomen.

Tijdens de Zorginnovatiereis in Frankrijk zagen we dat een andere aanpak tot lagere kosten en grotere klanttevredenheid kan leiden. Met 'Hospital at Home' bijvoorbeeld kiest men in de Parijse regio voor een ander bedrijfsmodel van een ziekenhuis. Dat vraagt een andere manier van werken, een andere focus en medewerkers met andere vaardigheden.



“De opgave is om van versnipperde keuzes naar samenhangende, regionale afstemming van zorg en investeringen te komen.”

Wat houdt ons tegen?

Wat houdt ons in Nederland tegen om deze kansen te pakken? Het is vooral de fragmentatie van ons zorgstelsel die integratie en samenwerking tegenhoudt. Doordat de financiering van zorg grotendeels aan specifieke behandelingen is gekoppeld, probeert elke zorgaanbieder te optimaliseren op zijn eigen terrein. Samenwerking op ketenniveau blijft daardoor beperkt en nieuwe vormen van zorgverlening komen onvoldoende van de grond. Vanuit bestaande structuren is het lastig om te starten met een andere werkwijze.

Centrale regie als uitgangspunt

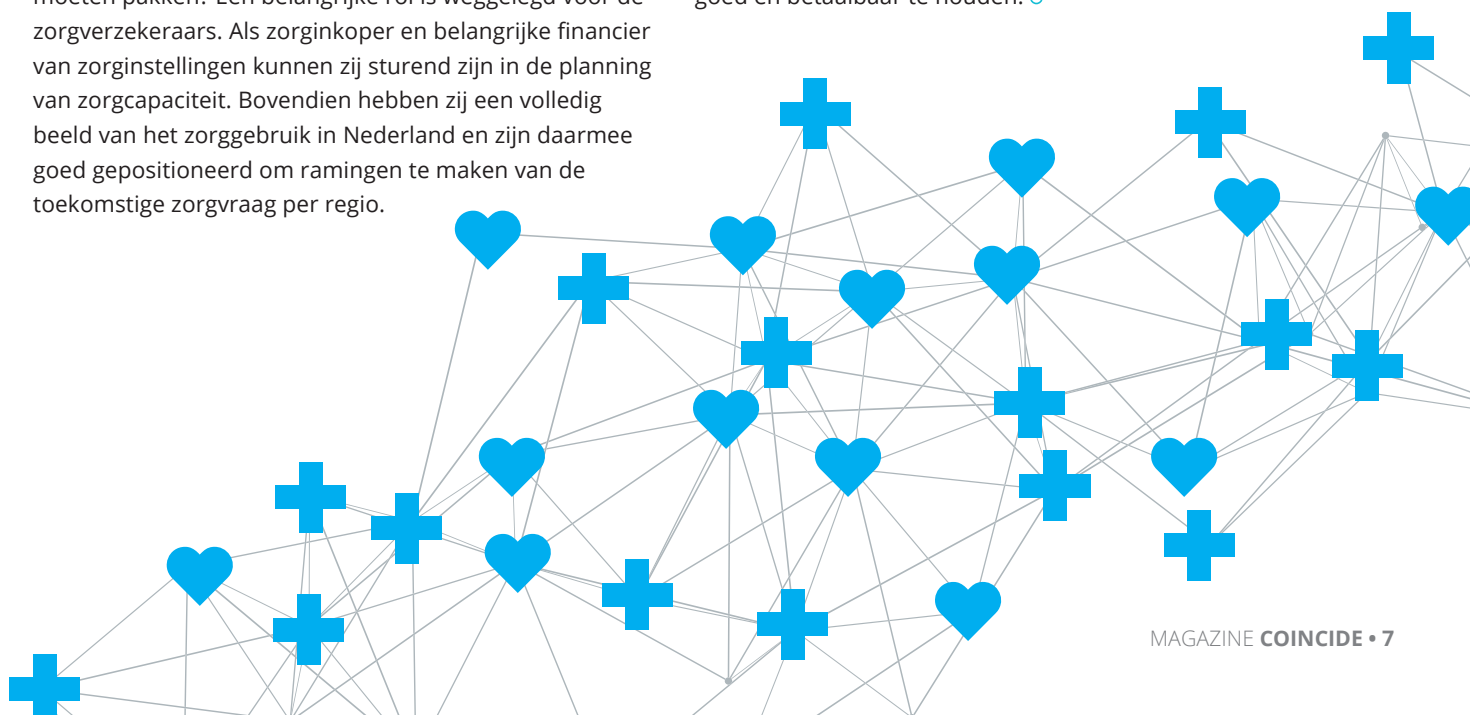
Om de doorstroom van patiënten in de zorgketen te verbeteren en wachttijden te verminderen, is versterkte centrale regie gewenst. In Frankrijk zagen we dat verandering in de vraag naar thuiszorg een signaal is om de capaciteitsplanning in de intramurale ouderenzorg en zorg voor dementerenden bij te stellen. Zo zorgt het oppikken van signalen aan het begin van de zorgketen voor betere capaciteitsplanning en het voorkomen van wachtlijsten.

Wie zou deze regionale regie in Nederland kunnen of moeten pakken? Een belangrijke rol is weggelegd voor de zorgverzekeraars. Als zorginkoper en belangrijke financier van zorginstellingen kunnen zij sturend zijn in de planning van zorgcapaciteit. Bovendien hebben zij een volledig beeld van het zorggebruik in Nederland en zijn daarmee goed gepositioneerd om ramingen te maken van de toekomstige zorgvraag per regio.

Voor investeringsbeslissingen is samenwerking met financiers nodig, zodat keuzes beter kunnen worden afgestemd op de zorgbehoefte. Het toetsen van investeringsvragen aan de regionaal geraamde toekomstige vraag naar zorg en zorgvastgoed kan bijdragen aan meer samenhang. Dit bevordert gezamenlijke in plaats van versnipperde keuzes, wat de toekomstbestendigheid van investeringen ten goede komt.

Ook zorginstellingen kunnen regie pakken door regionaal samen te werken, met als mogelijke uitkomsten de versterking van preventiemaatregelen, een efficiënt en gebalanceerd zorgaanbod en het voorkomen van onnodige zorgvraag. We zien daar in verschillende regio's in Nederland voorbeelden van. Toch hangt dat nog teveel af van regionaal initiatief en individueel doorzettingsvermogen: meer centrale ondersteuning voor zo'n regionale aanpak zou tot betere resultaten kunnen leiden.

Een goed zorgstelsel in Nederland is en blijft een waardevolle publieke voorziening waar we zuinig op moeten zijn. Het huidige hybride stelsel heeft ons veel gebracht. De opgave is om dit stelsel ook in de toekomst kwalitatief goed en betaalbaar te houden. 



Edwin van der Meer

voormalig voorzitter raad van bestuur BovenIJ

VAN DENKEN NAAR DOEN

In 1968 schreef Jacques Dutronc zijn klassieker: "Il est cinq heures, Paris s'éveille". Ruim een halve eeuw later lijkt het eerder vijf voor twaalf. De druk op zorg en welzijn neemt toe en vraagt om nieuwe, structurele oplossingen. Tegen deze achtergrond staan een aantal vragen centraal: hoe houden we zorg en welzijn toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit? Hoe werken we tegelijkertijd aan verbetering van de gezondheid terwijl we de, wat mij betreft onaanvaardbare gezondheidsverschillen terugdringen?

Het verkennen van deze vragen vraagt om een bredere blik dan alleen de Nederlandse context. Juist door over grenzen heen te kijken en in gesprek te gaan met Franse collega's, ontstaat inzicht in hoe zorg en welzijn beter met elkaar verbonden kunnen worden. Daarmee kunnen we lessen trekken voor de grote maatschappelijke opgaven zoals beschreven in de IZA- en AZWA akkoorden.

Alleen denken is niet genoeg

Ik heb het gevoel in een film te zitten waarvan we het scenario al veel langer geleden hebben geschreven maar die nog steeds niet aan de buitenwereld is getoond. We weten best welke kant het op moet, welke beweging we samen moeten maken voor onze inwoners die soms cliënt of patiënt zijn. Maar we bewegen nog niet.

We zijn hoog opgeleide denkers uit dezelfde bubbel en kijken met verwondering naar de denker van

Rodin in het Musee d'Orsay. Maar als Rodin was blijven denken was het beeld er niet gekomen. Het beeld kwam doordat hij in beweging kwam en ging DOEN. Hij diende daarmee als voorbeeld voor velen die hem daarna volgden. Terwijl ik daarover nadenk, hoor ik in gebrekkig Engels wat ze allemaal doen in Frankrijk maar realiseer ik me terugkomend in ons familiehotel dat we in ons eigen Pays Bas ook vele mooie regionale voorbeelden hebben die we zo van elkaar zouden kunnen overnemen. Gewoon 'sans gene' kopiëren met een kleine lokale twist, want het platteland is net wat anders dan de grote stad.

Een krachtig voorbeeld van doen

In Amsterdam Noord werken zorg- en welzijnsorganisaties verenigd in de KrijtMolenAlliantie (KMA) al jaren samen met de gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis. Zo heeft het programma 'Beter Samen in Noord' als doel de gezondheid van de inwoners te verbeteren, de gezondheidsver-

schillen te verkleinen en het werkplezier van zorg- en welzijnsprofessionals te vergroten. Dit initiatief bestaat uit diverse domein overstijgende projecten. Het programma is data gedreven, resultaatgericht en opereert als greenfield onder de paraplu van het grootstedelijke programma Amsterdam Vitaal & Gezond.

De KMA richt zorg en welzijn anders in door samenwerking over professionele en financiële domeinen heen. Zo ontstaat in het stadsdeel Noord een uniforme multidisciplinaire werkwijze die is afgestemd op de behoeften van de inwoners die zorg- en welzijnsprofessionals stimuleert over hun eigen domein heen te kijken. Anders kijken, anders denken, anders DOEN. De deelnemende partners weten hoe ze inwoners op de juiste plek moeten krijgen bij de juiste professionals. De KMA is gericht op de overgang van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid en mens en maatschappij.

De vertaalslag

Het gedachtegoed "Health in and for all policies" wordt niet met de bestuurlijke mond beleden maar ook zichtbaar in de praktijk toegepast. Tegelijkertijd brengt verandering onzekerheid met zich mee. Wat betekent dit voor mijn organisatie? Blijven we bestaan zoals we nu zijn? Vanuit maatschappelijk perspectief zou die vraag eigenlijk ondergeschikt moeten zijn. Maar in de praktijk weegt het organisatiebelang zwaar. Juist daarom blijven we als individuele organisatie vaak stilstaan en wachten we tot een ander de eerste stap zet. Maar we moeten juist samen in beweging komen, hand in hand met kaders van VWS en gerichte ondersteuning van financiers. Want wie verantwoordelijkheid draagt, moet ook handelen. Noblesse oblige. Op Gare du Nord stap ik in de trein terug naar Amsterdam, vastbesloten om met dezelfde energie en snelheid, Tres Grande Vitesse, aan de slag te gaan. Non je ne regrette rien! ◊

"Wie verantwoordelijkheid draagt, moet ook handelen. Noblesse oblige."

Heidi de Bruijn

voorzitter raad van bestuur Carintreggeland

BESTUURDERS- VERANTWOORDELIJKHEID IN EEN VERANDERENDE SAMENLEVING

Er is iets wezenlijks aan het verschuiven in de zorg. Niet alleen in de rekensommen rond personeelstekorten en budgetten, maar in de fundamentele vraag; waaróm leveren we zorg? Wat verstaan we onder een 'goed leven' in een samenleving met steeds meer ouderen, druk op professionals en groeiende verwachtingen? In veel opinies over de toekomst van de zorg domineren thema's als schaarste, betaalbaarheid, technologie en regionale samenwerking. Dat is essentieel, maar wat vaak ontbreekt is de beweging naar wat er werkelijk toe doet in het leven van mensen. Juist die kern moeten bestuurders vandaag durven benoemen.

S tap 1: erkennen wat er gebeurt

In gesprekken met collega's, teams en ouderen zelf hoor ik iets dat mij als bestuurder raakt.

Steeds meer ouderen hebben het gevoel dat zij er niet meer toe doen, dat zij geen betekenis hebben, dat zij niet meer bijdragen. Onder die schijnbaar technische thema's van zorgvraag en capaciteit schuilt een veel fundamentele vraagstuk. Als een groot deel van onze samenleving ouder wordt en tegelijkertijd het gevoel krijgt overbodig te zijn, dan confronteert dat ons allen met dezelfde vraag; wat is 'van betekenis zijn' eigenlijk? Dat is geen intern probleem van organisaties, maar een maatschappelijk vraagstuk.

Bij Coincide zien we dat opinies en magazines over zorgvraagstukken steeds vaker uitgaan van dit soort wezenlijke vragen: wat betekent gezondheid, wat is kwaliteit van leven en wat vraagt dat van ons?



Stap 2: durven kiezen wat je wil bevorderen

De traditionele reflex van zorgorganisaties, nog meer organiseren, nog beter plannen, nog meer specialisatie, is begrijpelijk. Wat als die reflex echter de beweging blokkeert die we echt nodig hebben? Wat als sterke zorgorganisaties onbedoeld hebben bijgedragen aan zwakkere sociale netwerken? Wat als institutionalisering enerzijds zekerheid biedt, maar anderzijds autonomie en sociale betrokkenheid wegneemt? Dan moeten we durven zeggen; onze rol is niet primair meer zorg organiseren. Onze rol is betekenisvolle relaties en levenskwaliteit bevorderen. Dat betekent:

- meer ruimte geven aan niet-professionele netwerken;
- aandacht voor wat mensen blijft verbinden;
- betrokken zijn bij wat iemand biedt, niet alleen wat hij ontvangt.

Deze keuzes zijn niet vrijblijvend. Ze raken de essentie van wat zorg moet zijn; niet alleen een keten van interventies, maar een bijdrage aan een samenleving waarin mensen wérkelijk meedoen.

Stap 3: anders werken; vanuit betekenis, niet vanuit beleid

Dat vraagt een andere strategie. Niet hoe organiseren we alles beter? Maar hoe zorgen we dat mensen hun leven als waardevol ervaren? Dit vraagt leiderschap dat durft te relativeren wat groot is en durft te versterken wat kleinschalig en menselijk is. Je kunt gemeenschapskracht niet per beleidsplan afdwingen. Je kunt die wél erkennen, versterken en faciliteren. Sterke systemen zijn tot op zekere hoogte nuttig, maar ze zijn niet hetzelfde als betekenisvolle zorg en ondersteuning in het leven van mensen.

Stap 4: verbinden met wat er al is

In Twente en elders ontstaan initiatieven, bewegingen en verbindingen die precies dit beogen. Niet alleen of vooral zorgen dat zorg wordt geleverd, maar zorgen dat mensen erbij horen. Dat is iets anders, dat betekent:

- luisteren naar inwoners, vrijwilligers en mantelzorgers;
- investeren in sociale infrastructuur, niet alleen in zorginfrastructuur;
- terughoudend zijn met institutionele oplossingen waar informele oplossingen krachtiger zijn.

Betekenis ontstaat niet omdat je een structuur ontwerpt. Betekenis ontstaat omdat je een context faciliteert waarin mensen elkaar kunnen vinden.

Slot: een uitnodiging tot dialoog

Misschien is de meest urgente stelling van deze tijd gewoon deze; Zorg is niet wat wij leveren, zorg is wat mensen ervaren en met elkaar delen. Dat vraagt bestuurlijke keuzes die existentieel relevant zijn en niet alleen efficiënt. Dat vraagt dat we durven te zeggen dat de zorg van morgen geen systeem op zichzelf is, maar een manier van samenleven waarin niemand zich overbodig voelt. Dat vraagt dat we loslaten wat geen zorg is en luisteren naar inwoners wat nodig is. En dat is precies de dialoog waar we vandaag als sector voor staan. ○

“Wat vaak ontbreekt is de beweging naar wat er werkelijk toe doet in het leven van mensen.”

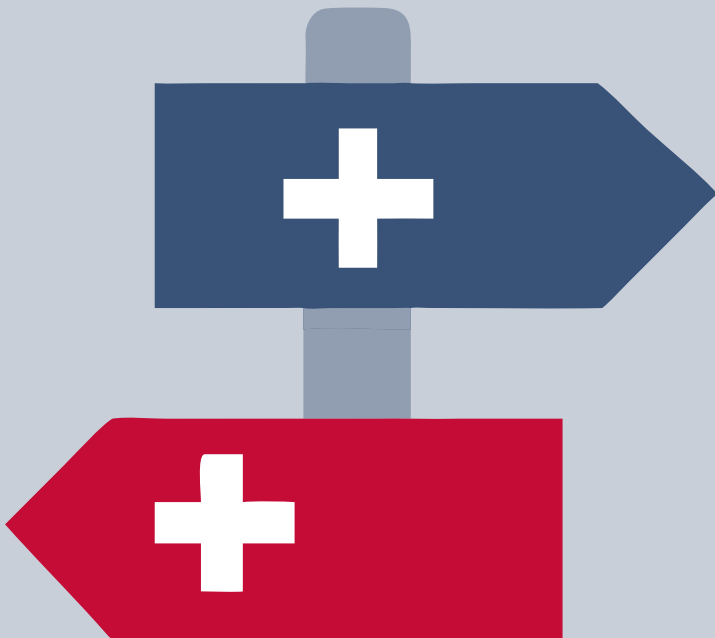


Jan Kremer

speciaal gezant passende zorg Ministerie van VWS

SOCIAAL COMPLEX EN MEDISCH COMPLEX

Een van de vier principes van passende zorg is een oude bekende; de juiste zorg op de juiste plek. Dichtbij als het kan en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur of schaars personeel. Al snel spreken we dan over hoog- en laagcomplexe zorg, waarbij hoogcomplexe zorg thuishoort in UMC's of topklinische ziekenhuizen en laagcomplexe zorg overblijft voor de algemene ziekenhuizen. Zo klaar als een klontje, lijkt het.



Hoog- en laagcomplex

Los van enige irritatie over de hiërarchische ondertoon van de termen hoog- en laagcomplex, is het de moeite waard te kijken naar wat we bedoelen met kwaliteit en complexiteit. Wat verstaan we onder kwaliteit in een tijd waarin we zoeken naar antwoorden op de tragiek van het leven die verder gaan dan medische zorg? En wat bedoelen we met complex?

Complex

Het woord complex komt uit het Latijn: com (samen) en plectere (vlechten). Complexiteit wijst dus op samenhang en dat impliceert een zekere mate van onvoorspelbaarheid en onzekerheid over uitkomsten. Complexe vragen zijn daarmee fundamenteel anders dan ingewikkelde vragen waarvan de uitkomsten na analyse wel te voorspellen zijn. Complexiteit vraagt niet om plannen, maar om een gezamenlijke lerende aanpak; samen proberen, samen reflecteren en samen leren.

Kwaliteit

Kwaliteit komt van qualitas, eigenschap. Tegenwoordig verstaan we daaronder 'goede' eigenschappen. Kwaliteit is daarmee een dynamisch en intersubjectief concept: goede zorg is wat we samen goede zorg vinden. Dat beeld verandert in de tijd. Waar het vroeger vooral ging om medische kwaliteit, zien we tegenwoordig dat goede zorg moet bijdragen aan het goede leven van mensen en dat dit verder gaat dan alleen het medisch perspectief.

Sociaal en medisch complex

Als we deze twee etymologische bespiegelingen bij elkaar brengen, volgen twee belangrijke tussenconclusies. Ten eerste is kwaliteit van zorg een complex begrip dat betrekking heeft op meerdere met elkaar samenhangende levensdomeinen. Ten tweede is complexiteit een fundamenteel eigenschap van een situatie en is het geen kwestie van een beetje meer of een beetje minder complexiteit. We moeten dus af van de woorden hoogcomplex en laagcomplex. Veel beter passen de woorden medisch complex en sociaal complex. Een operatie in het complexe hoofd hals gebied vanwege strottenhoofd-kanker is medisch complex, maar een oude weduwnaar met darmkanker en problematische schulden, is vooral sociaal complex.

Terug naar de juiste zorg op de juiste plek

Wat mij betreft stoppen we met de termen hoog- en laagcomplex ziekenhuiszorg en spreken vanaf nu alleen nog maar over medisch complexe en sociaal complexe ziekenhuiszorg. Dan zijn we meteen af van die onnodige hiërarchie in de discussie over concentratie en spreiding. Het gaat niet over hoger of lager, maar over anders complex. Sommige ziekenhuizen - zoals bijvoorbeeld het AmsterdamUMC - liggen wat verder weg van de leefomgeving van hun patiënten en vinden hun kracht in de bundeling van schaarse expertise en dure infrastructuur. Zij zijn daarmee uitstekend toegerust voor medisch complexe ziekenhuiszorg. Andere ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld het BovenIJ ziekenhuis, liggen dicht bij de leefomgeving van hun patiënten en vinden hun kracht in korte lijnen met de eerstelijns, langdurige zorgorganisaties, gemeenten, burgerinitiatieven en sociaal domein. Zij zijn uitstekend toegerust voor sociaal complexe ziekenhuiszorg. Als we op deze manier gaan kijken naar de juiste zorg op de juiste plek, wordt complexiteit een stuk eenvoudiger. ○

“Het gaat niet over hoger of lager, maar over anders complex.”



Dienke Bos

directeur-bestuurder
MIND

Hans Snijder

directeur-bestuurder
Hartstichting

Linda Daniels

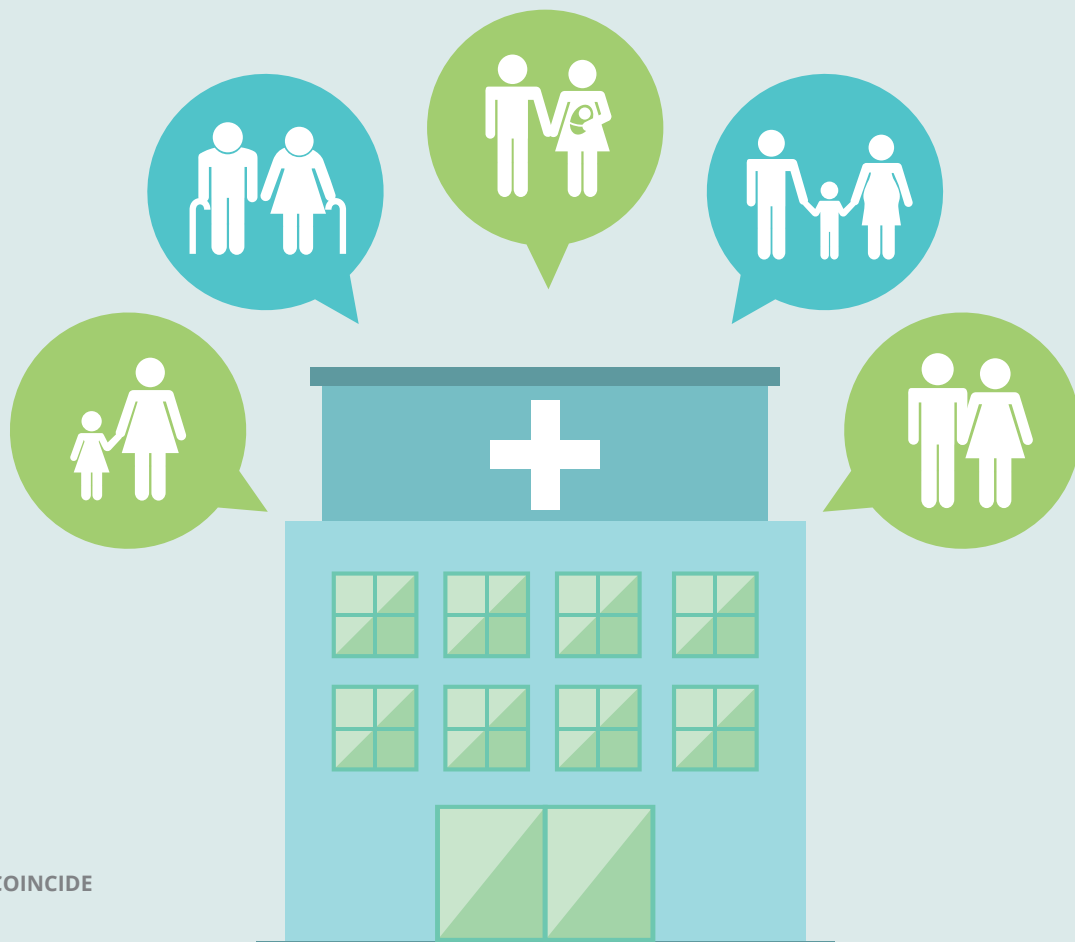
waarnemend directeur-
bestuurder Patientenfederatie

Károly Illy

directeur-bestuurder
Longfonds

DE ONMISBARE ROL VAN PATIËNTENORGANISATIES IN DE ZORGTRANSITIE

De Nederlandse gezondheidszorg moet en kan nóg beter. De urgentie is groot, want sociaal-maatschappelijke en demografische ontwikkelingen, en in het bijzonder de vergrijzing, leiden tot een stijgende zorgvraag, terwijl het beschikbare zorgpersoneel onder druk staat en naar verwachting verder zal afnemen. Tegelijkertijd worden de collectieve middelen in toenemende mate aangesproken door andere maatschappelijke prioriteiten, waaronder investeringen in defensie en veiligheid. Dit impliceert dat ook de zorgsector geconfronteerd zal worden met financiële beperkingen.





Dienke Bos



Hans Snijder

Deze ontwikkelingen maken scherpe keuzes over de inzet van zorgcapaciteit en middelen onvermijdelijk. Naast onze opgave om erop toe te zien dat noodzakelijke zorg niet buiten bereik raakt voor wie daarop is aangewezen, zien wij het als onze verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een maatschappelijk en bestuurlijk gedragen koers richting deze keuzes.

De zorgbelofte als normatief kader

Patiëntenfederatie Nederland heeft het initiatief genomen om een zogenoemde 'Zorgbelofte' te formuleren, zodat patiënten weten waar ze straks aan toe zijn. Deze Zorgbelofte is het fundamentele uitgangspunt voor de noodzakelijke transitie in de zorg. De kern is dat iedere patiënt mag rekenen op passende zorg. Zorg die bewezen effectief is, tijdig beschikbaar, in samenspraak met de patiënt tot stand komt en bijdraagt aan kwaliteit van leven.

Van belang is dat die zorgbelofte geen onbegrensde aanspraak op alle mogelijke zorg impliceert. Integendeel; zij biedt juist een kader om keuzes uitlegbaar, transparant en rechtvaardig te maken in een context van schaarste. Voor patiëntenorganisaties betekent dit dat wij niet alleen belangenbehartiger zijn, maar ook mede-drager van het fundament waar patiënten op moeten kunnen blijven rekenen.

Dubbele verantwoordelijkheid

Patiëntenorganisaties hebben een dubbele verantwoordelijkheid. Enerzijds blijven wij ons onverminderd inzetten voor toegang tot goede en mensgerichte zorg, in het bijzonder voor mensen in kwetsbare posities. Anderzijds hebben wij de verantwoordelijkheid om patiënten en cliënten transparant en zorgvuldig te informeren, het gesprek over wat mogelijk is in de zorg niet te vermijden, en daarmee realistische verwachtingen te bevorderen.

Dit vraagt om een actieve rol in:

- het duiden van maatschappelijke en financiële randvoorwaarden;
- het ondersteunen van patiënten bij samen beslissen, op basis van inzicht in kwaliteit van zorg;
- het bevorderen van begrip voor keuzes die noodzakelijk zijn om de zorg duurzaam toegankelijk te houden.

Passende zorg en het maken van keuzes

De transitie naar passende zorg betekent dat niet langer het maximale medisch-technische aanbod leidend is. Het betekent een verschuiving van "wat behandeltechnisch mogelijk is" naar "wat voor de patiënt en samenleving daadwerkelijk van waarde is". Dit is een verschuiving naar kwaliteit van leven voor patiënten. Dit zal in de praktijk leiden tot keuzes op meerdere terreinen, waaronder de

"De Zorgbelofte geeft patiënten duidelijkheid én biedt een kader om noodzakelijke keuzes transparant en uitlegbaar te maken in een context van schaarste."



Linda Daniels

organisatie van zorg en ondersteuning in (bijvoorbeeld) het sociaal domein, de inzet van middelen en de afweging tussen baten en belasting van behandelingen.

Concrete gevolgen voor patiënten

Voor patiënten kan dit bijvoorbeeld merkbaar worden in discussies over concentratie en spreiding van zorg, de inzet van zeer kostbare behandelingen, behandelduur en digitale- of groepsbehandeling in de ggz, het gebruik van second opinions of de proportionaliteit van ingrepen op zeer hoge leeftijd. Deze voorbeelden staan niet op zichzelf, maar illustreren dat passende zorg vraagt om zorgvuldige, individueel afgestemde beslissingen binnen een collectief kader. Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie blijkt dat patiënten hier ook onnodige zorg ervaren.

Patiëntenorganisaties kunnen bijdragen door het patiëntenperspectief in te brengen en te waken voor ongelijkheid of onbedoelde uitsluiting en gemaakte keuzes op deze vlakken te duiden.

Samen beslissen als kernprincipe

Samen beslissen is een essentieel onderdeel van passende zorg en krijgt in de transitie een zwaarder gewicht. Dit betekent dat patiënten samen met hun



Károly Illy

zorgverlener beslissen over welke zorg het beste bij hen past. Hiervoor worden patiënten goed geïnformeerd over baten, risico's en alternatieven, inclusief de optie om af te zien van behandeling.

Patiënten- én zorgorganisaties hebben wat ons betreft een rol in het versterken van gezondheidsvaardigheden door het ontwikkelen van begrijpelijke informatie, het inbedden van samen beslissen in zorgpaden/richtlijnen en het normaliseren van gesprekken over kwaliteit van leven, beperkingen en eindigheid.

Slotbeschouwing

De noodzakelijke transitie in de zorg vraagt om gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, zorgaanbieders, zorgverleners, patiënten en hun vertegenwoordigers. Vanuit de zorgbelofte van Patiëntenfederatie Nederland willen patiëntenorganisaties een constructieve en onmisbare partner zijn in dit proces.

Dat betekent opkomen voor het belang van patiënten, ook wanneer keuzes moeilijk zijn. Niet door te ontkennen dat grenzen bestaan, maar door bij te dragen aan zorg die duurzaam en uitlegbaar is en gericht op wat werkelijk van waarde is. ◊

“Passende zorg betekent een verschuiving van wat behandeltechnisch mogelijk is, naar wat voor de patiënt en samenleving daadwerkelijk van waarde is.”

Wietske Vrijland

voorzitter raad van bestuur OLVG

DE FRANSE MILLEFEUILLE ADMINISTRATIE

In Frankrijk gebruiken ze een treffende term voor hun complexe zorgbureaucratie: millefeuille administratie. Een beeld dat meteen tot de verbeelding spreekt. Net als het beroemde dessert bestaat het uit talloze laagjes, in dit geval wetten, regels, formulieren en procedures, die samen een bijna ondoordringbare structuur vormen en innovatie lijken te remmen. De Franse zorg wordt sterk centraal en hiërarchisch aangestuurd en daar wordt veel over gemopperd. Maar juist in die gelaagdheid en ordening ontstaan ook kansen.



PariSanté Een voorbeeld van zo'n kans is PariSanté, een initiatief dat overheid, onderzoeksinstituten, zorgorganisaties en bedrijven samenbrengt in één aansprekende omgeving. Het doel is helder; innovatie versnellen door ontmoeting en samenwerking laagdrempelig te maken. Of het werkt, moet nog blijken, maar het idee is aantrekkelijk. Duidelijke hiërarchie en fysieke nabijheid als hefboom.

De millefeujlle als metafoor

Het beeld van de millefeuille blijft hangen bij mij. Wie deze traktatie kent, weet dat het geheel meer is dan de som der delen. De knapperige laagjes bladerdeeg, de romige vulling, het glazuur bovenop, afzonderlijk zijn ze weinig bijzonder, samen vormen ze echter iets verfijnds. Je eet het niet laag voor laag; het is juist de combinatie die het bijzonder maakt.

Nederlandse transformatie

De ordening van een millefeuille is overzichtelijk; dat geldt niet voor het Nederlandse landschap van zorg en welzijn. De gecontroleerde chaos

in Nederland vormt de basis voor de transformatie waarbij alleen top-down sturen op innovatie niet lukt en niet werkt. De eerste hoopvolle signalen van de impact van een innovatie als digitale zorg zijn momenteel zichtbaar. Niet als belofte, maar als realiteit.

Aan de inhoud ligt het niet. Nederland barst van de goede initiatieven, slimme oplossingen en bevlogen professionals. Alleen net als bij de millefeuille gaat het om de manier waarop de lagen elkaar raken. Zowel op het gebied van technologie als op gebied van structuur en processen moet er voortgang zijn. Daarnaast is verandering van gedrag van beleidsmakers, bestuurders en zorgprofessionals een belangrijke factor.

Hybride zorg en structuur zorgland-schap

Neem hybride zorg. Op technisch vlak zetten we grote stappen; betere ontsluiting van informatie, gebruiksvriendelijke digitalisering, steeds meer interoperabiliteit. Ook in de structuur van ons zorglandschap zien

we beweging. Organisaties zoeken elkaar op, regionale samenwerkingen worden sterker, alternatieve financieringsvormen worden onderzocht en de wil om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen groeit.

Verandering van gedrag blijft lastig

Op het gebied van gedrag is het nog lastig. Beleidsmakers verwachten snelle implementatie, financiers verwachten meetbare impact, bestuurders zijn bezorgd over hun verandervermogen en de omzet en professionals hechten aan autonomie. Samenwerken met collega's uit andere organisaties en domeinen gaat niet vanzelf. En dat is begrijpelijk. Zorg is mensenwerk, en mensen hechten aan autonomie, vakmanschap en vertrouwdeheid. Verandering vraagt tijd en ruimte.

Een kantelpunt en de rol van bestuurders

Toch staan we op een kantelpunt. De urgentie wordt breed gevoeld en juist nu kunnen we versnellen. Niet alleen door harder te duwen, maar ook door nog slimmer te verbinden. Door te erkennen dat innovatie geen



“In Nederland zijn de eerste hoopvolle signalen van de impact van een innovatie als digitale zorg momenteel zichtbaar”.

soloproject is, maar een gezamenlijke inspanning vraagt. Door te zien dat elke laag, techniek, structuur, gedrag, nodig is om tot een solide geheel te komen.

Daar ligt een belangrijke rol voor ons als bestuurders. Niet om van bovenaf te bepalen hoe de zorg eruit moet zien, maar om de verbindingen te leggen. Om ruimte te maken voor samenwerking, om initiatieven te bundelen, om te snoeien waar versnippering dreigt. Beleidsmakers en bestuurders kunnen de condities creëren waarin professionals, onderzoekers, ondernemers en patiënten elkaar vinden. Niet door een hiërarchisch model te kopiëren, maar door op onze eigen, Nederlandse manier te bouwen; organisch, pragmatisch, met lef, doorzettingsvermogen en met oog voor de praktijk.

Onze eigen manier

We zijn geen Franse millefeuille administratie, gelukkig maar. We doen het op onze eigen manier. Laten we samen het transformatietempo hooghouden, zodat we de Nederlands burgers kunnen blijven voorzien van goede zorg. Zonder hiërarchie, gelaagde administratie en te veel centrale sturing. ○

“Nederland barst van de goede initiatieven, slimme oplossingen en bevlogen professionals. Maar net als bij de millefeuille gaat het om de manier waarop de lagen elkaar raken.”



Hanneke Klopper

bestuursvoorzitter Zelfstandige Klinieken Nederland



RETOUR DE PARIS, NU NOG MET ELKAAR DE GRENS OVER

Als bestuurder vind ik het inspirerend om over de landsgrenzen te kijken hoe andere landen hun zorg hebben georganiseerd. Zeker als je je realiseert dat de demografische ontwikkelingen in Europese landen elkaar niet veel ontlopen; veel vergrijzing, lage geboortecijfers. Ik las dat tegen 2050 ongeveer 30% van de Europeanen ouder is dan 65 jaar. Kortom, als je kijkt naar zorg en welzijn dan staan we voor ongeveer dezelfde uitdagingen.

Aan de bak

Het betekent dat we allemaal, in meer of mindere mate, moeten transformeren. We moeten aan de spreekwoordelijke bak om voor onze gezamenlijke uitdaging een oplossing te vinden. Met als gegeven, een groeiende zorgvraag en beperkt beschikbare arbeid. Die uitdaging zien we in Nederland over de volle breedte; huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en medisch-specialistische zorg. De eerste stappen om deze uitdaging te tackelen worden al gezet. Niet voor niets maken we in het recente Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord de beweging naar 'de voorkant'.

Een open mind

Transformeren kan alleen als we kritisch naar onszelf durven te kijken. Wat doen we goed, wat zouden we beter kunnen doen? Ik denk dat hierbij cruciaal is dat bestuurders een open mind hebben, verbinding zoeken en over hun eigen schaduw heen durven stappen. Zij dragen immers de verantwoordelijkheid voor de beweging die we met elkaar moeten maken. Het kan zomaar zijn dat datgene waar we ons ongemakkelijk bij voelen in onze eigen organisaties aangepakt moet worden. Juist van bestuurders mogen we verwachten dat zij boven de materie uit kunnen stijgen en de juiste beslissingen nemen. Die verder gaan dan de eigen belangen.

Ongemakkelijke kanten

Voor de ongemakkelijke kanten van klinieken hoeven we de laatste tijd niet ver te zoeken; deze zijn inmiddels wijd verspreid. De toch grotendeels negatieve beeldvorming over zelfstandige klinieken heeft zijn weg gevonden naar de media en de Tweede Kamer. Die beeldvorming gedijt goed in onze maatschappij anno 2026. De grootsprakige overdrijver vindt helaas meer gehoor dan de wetenschapper die de zaken feitelijk onderbouwt. Hiervoor moeten klinieken ook bij zichzelf te rade gaan. Klinieken leveren een belangrijke bijdrage aan de zorg, er wordt in het veld goed samen-

gewerkt, maar toch slagen we er niet in die verhalen voldoende te laten landen.

Op de barricade

Het thema van deze inspiratiereis was 'vernieuwen en verbinden'. Dat heb ik ook ervaren; er was verbinding en er was nieuwsgierigheid, belangstelling om meer over de ander te weten komen. Dat heeft mij geholpen om de mooie verhalen over klinieken over te brengen bij mijn reisgenoten. Maar, eerlijk is eerlijk, ik had wel af en toe het gevoel dat ik op de barricade moest gaan staan. Mea culpa, want als bestuurder van een klinieketen die goed samenwerkt met huisartsen en lokale ziekenhuizen in de regio, had ik wellicht meer oog moeten hebben voor onze 'collectieve schaduw'.

Geruisloze grensovergangen

De ontmoetingen tijdens deze reis waren dus heel belangrijk en ik heb bijzondere inzichten opgedaan. Het grootste inzicht was dat we nog kunnen leren van de geruisloze grensovergangen van de Eurostar trein. We zullen toch écht met elkaar de grens over moeten. De zelfstandige klinieken zullen daar nog heel hard aan moeten werken en ik hoop dat mijn collega-bestuurders dezelfde inzet zullen plegen. Dat zijn we aan elkaar én aan de patiënten verplicht. ◦

“Transformeren kan alleen als we kritisch naar onszelf durven te kijken. Wat doen we goed, wat zouden we beter kunnen doen?”



Erica Schaper

voorzitter raad van bestuur Frisius MC

DE ZOEKTOCHT TUSSEN REGIONALE SAMENWERKING **EN** **CENTRALE STURING**

Hebben we meer regiosturing nodig om de integrale transformatie in de zorgketen te bewerkstelligen? Moeten we het concept 'ziekenhuis' opnieuw definiëren? Hoe voeren we het gesprek met de samenleving over de toenemende zorgvraag en de krapte op de arbeidsmarkt, wat kan de burger wel en niet verwachten van de zorg in de toekomst? Deze vragen stelden we onszelf in Parijs en lieten ons inspireren met wat we aantreffen in Frankrijk en in het gesprek tussen zorgbestuurders onderling.

*"We zijn allemaal
autonome instellingen
die eigen keuzes maken
met een zelfgekozen
horizon in gedachten."*



“Met een groep enthousiaste huisartsen, ziekenhuis dokters en apothekers was men gewoon gaan bouwen, zonder zich al te veel aan te trekken van allerlei systemen en regels.”

Toekomstbestendige zorg

De achtergrond van het Franse zorglandschap was een interessante setting. Vaak verzuchten we in Nederland dat er gebrek aan sturing is op de zorginfrastructuur. We zijn allemaal autonome instellingen die eigen keuzes maken met een zelfgekozen horizon in gedachten. Hoe maken we dan de zorg toekomstbestendig voor de volgende generaties, hoe komen we dan tot disruptieve aanpassingen in de structuur en in de ketens? In een regio als Friesland is dat geen denkbeeldig probleem voor de ziekenhuiszorg.

In Parijs leerden we onder andere wat er gebeurt als de sturing centraal is en er ook een transformatie in de zorg noodzakelijk is, mede door grote financiële vraagstukken. Dan lijken de oplossingen niet gezocht te worden in de keten of in de zorginfrastructuur omdat dat een teer politiek compromis is waar niemand aan wil tornen. Toch troffen we ten minste twee interessante regionale organisaties die in de sturing van zorginhoud en -kwaliteit van betekenis waren.

Agence Regionale de Santé (ARS) Île-de-France

Deze regionale organisatie leek in het verkokerde Franse landschap een opvallende integrale rol te spelen op thema's als kwaliteit van zorg en preventie. Door regulering, financiering en kwaliteitscontrole enerzijds en grote programma's op het gebied van mentale en fysieke gezondheid en preventie anderzijds spelen zij een belangrijke coördinerende rol in het realiseren van volksgezondheid. Het takenpakket van ARS is bewonderenswaardig breed. Zo was een van hun grootste successen van de afgelopen periode het verbeteren van de waterkwaliteit van de Seine ten behoeve van de Olympische Spelen. Moeilijk te duiden was hoe hun sturing zich verhoudt tot de autonome instellingen zoals ziekenhuizen die voor hun financiering deels afhankelijk zijn van ARS en deels van een zorgverzekeraar. Maar ze pakken de handschoenen op om gezondheidsverschillen te verkleinen en het zorgaanbod te plannen op basis van specifieke lokale behoeften.

Rayon du Mayenne; regioplatform voor informatie-uitwisseling

Tijdens het laatste bezoek in een buitenwijk van Parijs troffen we een mooi voorbeeld van een regioplatform in de regio Mayenne, met 330.000 inwoners en 7 (!) ziekenhuizen. Het interessante aan dit voorbeeld was vooral de aanpak. Met een groep enthousiaste huisartsen, ziekenhuis dokters en apothekers was men gewoon gaan bouwen, zonder zich al te veel aan te trekken van allerlei systemen en regels. Dat kwam later wel en daardoor ging de implementatie gelijk wat langzamer. Maar de energie van de initiatiefnemers heeft gezorgd voor een heel mooi dataplatform, dat veel wordt gebruikt.

Twee inspirerende voorbeelden van hoe er in een zeer centraal ingericht zorgsysteem toch een mate van regionale sturing is georganiseerd, formeel of informeel. En het aller-mooiste gesprek? Dat was met twee dokters over cultuur in ziekenhuizen en hoe we jonge dokters beter kunnen begeleiden en behouden, en over omgaan met diversiteit en inclusie en wat we onze kinderen daarin meegeven. ○



Jurriaan Penders

voorzitter artsenfederatie KNMG

LESSEN UIT PARIJS: ZORG, WERK EN SOLIDARITEIT ZIJN GEEN LOSSE DOSSIERS

Ik stap uit de bus in Parijs en zie een bord aan de gevel: Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Werk, gezondheid en solidariteit, samengebracht in één ministerie. Terwijl wij met een groep Nederlandse zorgbestuurders naar binnen lopen, realiseer ik me; hier snappen ze de samenhang tussen maatschappelijke factoren en gezondheid. Werk en bestaanszekerheid vormen de basis, dat blijkt al uit de naam van het ministerie, mijn verwachtingen zijn hooggespannen.

“Gezondheid vraagt om meer dan zorg alleen.”



Dezelfde uitdagingen, een andere benadering

Frankrijk staat voor uitdagingen die we goed herkennen: de bevolking vergrijst, het tekort aan zorgprofessionals groeit en de druk op publieke middelen neemt toe. Op zichzelf is dat niet verrassend. Wat opvalt, is niet de opgave, maar hoe de Fransen de samenhang tussen zorg, werk en sociale vraagstukken hebben ingericht. Het ministerie dat wij bezoeken kiest nadrukkelijk voor een integrale benadering; het wil beleid rond arbeid, gezondheid en solidariteit in samenhang ontwikkelen. Hetzelfde departement is verantwoordelijk voor fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden en veilige werkplekken, voor toegankelijke zorg én voor sociale bescherming van mensen in kwetsbare posities. Daarmee erkent de Franse overheid dat gezondheidsproblemen zelden op zichzelf staan, en vaak samenhangen met bestaansonzekerheid. Tegelijkertijd is het ministerie nog zoekende naar de praktische uitwerking van deze ambitie. Het lijkt op papier makkelijker dan in de praktijk.

Waar integrale zorg wél zichtbaar wordt

De zo gewenste integrale benadering zien we wel mooi terug in de Parijse eerstelijnscentra waar we op bezoek gaan. Daar werken artsen, verpleegkundigen en sociaal-juridische professionals samen. Ze kijken niet alleen naar de medische vraag, maar ook naar schulden, huisvesting en werk. Zo ontstaat zorg die beter past bij het dagelijks leven van mensen en die problemen vaker dicht bij huis oplost. In die praktijk wordt zichtbaar hoe de beweging van 'zorg' naar 'gezondheid' er concreet uit kan zien.

Wat betekent dit voor Nederland?

Wat betekent dat voor ons, hier in Nederland? Dat we niet kunnen blijven volstaan met verwijzen naar 'het sociaal domein'. Als we gezondheid écht centraal willen stellen, moeten we samen optrekken. Eerstelijnscentra kunnen ook hier uitgroeien tot plekken waar medische zorg en sociale ondersteuning elkaar versterken. Samenwerking hoeft niet te stranden op verschillende kolommen of financieringsstromen. Ook dan kun je elkaar vinden. Juist de nabijheid maakt het verschil. Wie samen op dezelfde gang werkt en in dezelfde ruimte luncht, leert elkaar kennen. De afstand tussen domeinen wordt kleiner. Overleg en verwijzing verlopen vanzelfsprekender, rond de problematiek van de patiënt. Gezondheid begint dan niet bij een verwijzing, maar bij één team dat gezamenlijk kijkt naar wat iemand nodig heeft.

Systemen die samenwerking bemoeilijken

Dat klinkt logisch. De praktijk is weerbarstiger. Onze systemen zijn gefragmenteerd, de financiering is gescheiden en verantwoordelijkheden zijn verdeeld. Toch kunnen we wat we in Parijs zagen ook hier organiseren. Begin met het samenbrengen van schuldhelpverlening, zorgconsulenten en medische zorg onder één dak. Richt in het gezondheids-

centrum niet alleen ruimte in voor overleg, maar ook een vaste spreekkamer voor de arts. Zo ontstaat een plek waar lijnen kort zijn en samenwerking vanzelfsprekend wordt.

Samenhang vraagt om bestuurlijke keuzes

Het programma in Parijs laat vooral zien dat samenhang geen toevallig bijproduct is, maar het resultaat van bewuste keuzes. De inrichting van het stelsel, de prikkels op de werkvloer en binnen organisaties, en de manier waarop die op macroniveau samenkomen: dát bepaalt de uitkomst. Zolang zorg, werk en sociaal beleid verzuild naast elkaar blijven bestaan, blijft de impact van oplossingen beperkt. Bestuurders dragen daarom niet alleen verantwoordelijkheid voor hun eigen organisatie, maar ook voor de bijdrage van die organisatie aan het geheel.

Dat vraagt om een ander gesprek. Niet alleen over productie en aantallen, maar ook over gezondheid, bestaanszekerheid en wat mensen in hun dagelijks leven merken van onze besluiten.

Zouden SZW en VWS niet één ministerie moeten vormen, met één budget en samenhangend beleid? Dat zou het 'wrong pocket'-probleem deels kunnen ondervangen. Tegelijkertijd dreigt het risico van een bestuurlijke moloch. Hoe dan ook: de druk op zorgprofessionals, de groeiende regionale verschillen en de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt maken duidelijk dat aanpassing nodig is. De keuzes die de politiek maakt, en die wij als bestuurders en zorgprofessionals mede vormgeven, bepalen of schaarste verder oploopt of dat we ruimte creëren voor andere oplossingen.

Meer dan zorg alleen

Het bord aan de gevel van het ministerie in Parijs staat voor mij symbool voor die bredere opdracht. Dat beeld is, letterlijk en figuurlijk, blijven hangen. Gezondheid vraagt om meer dan zorg alleen. Wie dat perspectief werkelijk als uitgangspunt neemt, bouwt aan een stelsel dat mensen niet pas ontmoet als zij ziek zijn, maar hen ondersteunt bij het leven dat zij willen leiden. ○

“Zolang zorg, werk en sociaal beleid verzuild naast elkaar blijven bestaan, blijft de impact van oplossingen beperkt.”

Anton de Bruin

voorzitter Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie

DE PIJNLIJKE BEWEGING NAAR VOREN

De zorginnovatiereis ging dit jaar naar Parijs en de treinreis ernaartoe was al een rijdende denktank. Gesprekken, kennismakingen en eerste reflecties wisselden elkaar af. Voor we het wisten zaten we in Parijs en trapte de Nederlandse ambassadeur als eerste spreker het programma af. Hij plaatste de Franse zorg in historisch en cultureel perspectief, met een nuance die alleen een ambassadeur kan brengen.

“Passende zorg en een houdbaar systeem creëren we samen en de pijn van verandering moeten we samen nemen.”

D Daarna werd het serieuzer. Het programma was strak, het tempo hoog en we gingen met elkaar aan de slag. Eén thema speelde tijdens de reis steeds op de achtergrond. We hebben zorgakkoorden, er is beweging en we spreken over thema's als passende zorg en gezondheid in plaats van ziekte. Maar de echte transitie moet nog plaatsvinden.

Gezondheid ontstaat niet in het ziekenhuis

Gezondheid wordt niet in de curatieve zorg bereikt, dat weten we al lang. Misschien tien procent, de rest ontstaat in het sociale domein; in huisvesting, opleiding, inkomen, leefstijl en leefomgeving. De WHO liet in 2019 al zien dat

sociaaleconomische verschillen zich vertalen in verschillen in levensverwachting en gezonde levensjaren. Toch blijven wij investeren in de achterkant van het probleem. De pijnlijke beweging naar voren betekent minder focus op genezing en meer op kwaliteit van leven, minder repareren en meer voorkomen. De vraag was dus of we in Parijs zagen hoe je dat organiseert. Mijn eerlijke antwoord is nee; Frankrijk is niet verder dan Nederland in de transitie van zorg naar het sociale domein. Maar er zijn wel degelijk interessante verschillen te zien die inspireren.

Wat Parijs ons wél liet zien

Binnen de Geriatrische Oncology in Frankrijk is de Comprehensive Geriatric Assessment structureel ingebed in de oncologische besluitvorming. Niet leeftijd, maar cognitieve status, mobiliteit, co-morbiditeit en sociale context bepalen de behandelintensiteit. Multidisciplinaire besluitvorming is verplicht en nationaal georganiseerd. Dat voorkomt overbehandeling en maakt passende zorg concreet.

Daarnaast zagen we in Hôpital Foch, één van de grootste ESPIC ziekenhuizen in Frankrijk, dat publieke verantwoordelijkheden gecombineerd worden met een duidelijke innovatie en onderzoeksstrategie, waaronder digitale zorg en AI. Wat mij daar vooral bijbleef is dat schaal of academische status op zichzelf geen kwaliteitsgarantie is. Het gaat om hoe je kwaliteit, innovatie en samenwerking organiseert en bestuurt.

Bij Future4Care, een campus van 6.500 vierkante meter, zagen we innovatie op schaal. Een acceleratorprogramma voor AI en HealthTech en structurele samenwerking tussen industrie, zorg en start ups. Geen versnippering maar ecosysteem denken. In Nederland hebben we vergelijkbare initiatieven, maar niet op deze schaal en niet in deze samenhang. Wij zijn te klein om versnipperd te blijven. Zonder nationale schaalgrootte blijven we achter.

De echte oplossing zit elders

Toch ligt de kern van de oplossing niet in technologie. Zolang wij gezondheid blijven benaderen als een medisch probleem, blijven we dweilen met de kraan open. Roken,

alcohol, slechte voeding, armoede en slechte huisvesting vullen onze ziekenhuisbedden, terwijl we grote verschillen in levensverwachting afhankelijk van postcode en opleidingsniveau accepteren. Daar komt de politiek om de hoek kijken. Een rookvrije generatie, betaalbare woningen, kansengelijkheid en armoedebestrijding zijn geen medische interventies, maar politieke keuzes. Zolang die niet worden gemaakt, blijft de curatieve zorg de gevolgen opvangen.

Wie neemt welke verantwoordelijkheid

Gezondheid wordt gecreëerd in het sociale domein, dus moeten we ophouden de curatieve sector verantwoordelijk te maken voor maatschappelijke gezondheidssuitkomsten. De taak van de curatieve zorg is passende zorg leveren bij ziekte. Dat betekent ook stoppen met behandelen wat geen medische noodzaak heeft. Het shoppen moet stoppen. Nee is nee, en moet niet gevolgd worden door een behandeling bij de burens of in een zelfstandig behandelcentrum. De taak van de overheid is een andere. Gezondheidsverschillen verkleinen, armoede verminderen, gezonde leefomgevingen creëren en preventie afdwingen. De moeilijke besluiten om gezondheid structureel te verbeteren liggen niet in het ziekenhuis, maar in het parlement.

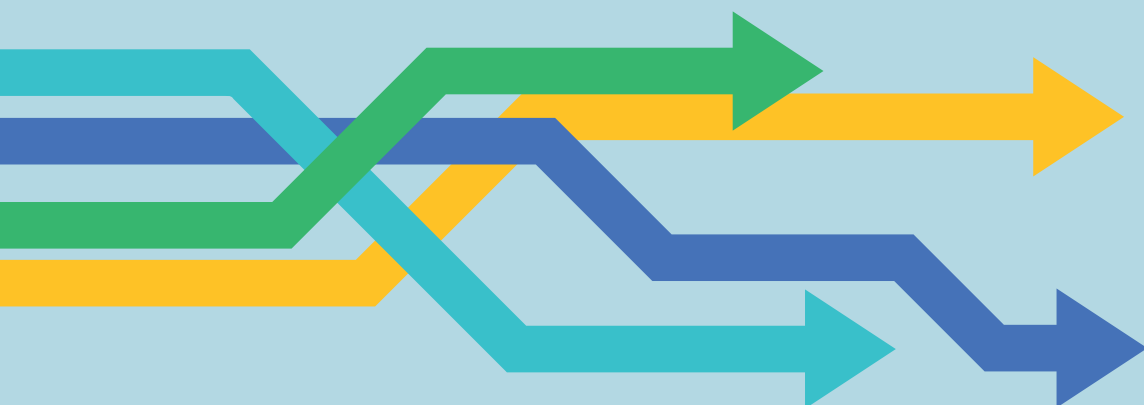
De gezamenlijke pijn

Passende zorg en een houdbaar systeem creëren we samen en de pijn van verandering moeten we samen nemen. Minder behandelen wat niet zinvol is, meer investeren in kwaliteit van leven, durven nee zeggen en nationaal samenwerken in innovatie. Zonder die pijn blijft het systeem onder spanning, blijven de bedden vol en blijven de verschillen groeien.

Mijn call to action

Mijn conclusie na Parijs is helder. Politiek en overheid moeten gezondheid verbeteren, armoede aanpakken en investeren in kansengelijkheid. Wij als zorgbestuurders leveren passende zorg, niet meer en niet minder. Wij behandelen waar het zinvol is en stoppen waar het geen waarde toevoegt. We kunnen het sociale domein niet repareren vanuit de OK of de poli. De pijnlijke beweging naar voren betekent dat iedereen zijn verantwoordelijkheid moet nemen.

On y va. ◯



Jettie Bont

voorzitter Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde

Raymond Wetzels

voorzitter Nederlands Huisartsen Genootschap

HOE FRANKRIJK DE EERSTE LIJN OPNIEUW MOEST OPBOUWEN EN WAT WIJ DAARVAN LEREN





Tijdens de zorginnovatiereis naar Parijs maakten we kennis met een beweging die in tien jaar tijd een grote invloed heeft gekregen op de Franse eerstelijnszorg; de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Deze netwerken zijn in Frankrijk mede ontstaan vanuit een groeiend huisartsentekort en het feit dat grote groepen inwoners geen vaste huisarts hadden. Daardoor ontbrak zorgcoördinatie en werd de toegankelijkheid van zorg onder druk gezet. Ook was zorg voor kwetsbare groepen moeilijk te bereiken, zoals mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, in armoede of met een migratieachtergrond. De CPTS moesten dat doorbreken.

Verbinden van sociaal werk en zorg

Sinds 2016 zijn deze regionale netwerken wettelijk verankerd en uitgegroeid tot een fundament onder de Franse eerste lijn.

Inmiddels valt 84% van de bevolking onder een CPTS gebied. Wat deze ruim 700 netwerken bijzonder maakt is hun multidisciplinaire karakter, inclusief het sociale domein. Dat maakt het mogelijk om juist de meest kwetsbare inwoners beter te bereiken. In sommige gebieden worden welzijnswerkers of sleutelfiguren met dezelfde culturele achtergrond betrokken, waardoor de drempel voor zorg en ondersteuning verder omlaaggaat.

CPTS laten zien hoe belangrijk het is om sociaal werk en zorg werkelijk met elkaar te verbinden.

De CPTS werken rond vier vaste missies; toegang tot zorg, zorgpaden, preventie en crisismanagement. Twee aanvullende missies gaan over kwaliteitsverbetering en professionals ondersteunen. Met een analyse van lokale behoeften, een pioniersgroep en een regionaal contract met de gezondheidsautoriteit en de zorgverzekeraar is men gestart. Daarmee staat er een netwerk dat het begin is van structurele samenwerking.

“De tekorten in de huisartsenzorg raken niet alleen de werkdruk, maar raken het hart van de zorg; toegankelijkheid, coördinatie, continuïteit.”



De cruciale rol van de huisarts

De reis naar Parijs liet ons zien dat zorgcoördinatie cruciaal is voor toegankelijkheid en passende zorg. In Nederland wordt die rol traditioneel vervuld door de huisarts; laagdrempelig, dichtbij, zonder financiële drempels, en ingebed in een sterke relatie met de patiënt. Dat is een groot goed. En juist dat fundament staat onder druk. De tekorten in de huisartsenzorg raken niet alleen de werkdruk, maar raken het hart van de zorg; toegankelijkheid, coördinatie, continuïteit.

Als dit fundament wegvalt, laten de CPTS zien hoe complex het is om het weer op te bouwen. De Franse ervaring is dus een waarschuwing. Ze benadrukt dat blijvend investeren in voldoende huisartsen een absolute voorwaarde is om de toegankelijkheid en coördinatie van zorg in Nederland overeind te houden.

Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg

Daarnaast gaven de gesprekken met de Federatie van CPTS het inzicht dat regionale samenwerking alleen werkt wanneer ze wordt gevoed door een sterke kennisinfrastructuur. CPTS hebben data, evaluatie, protocollen, training en continu leren van en met elkaar nodig. Zonder die onder-

bouwing blijft de vernieuwing kwetsbaar. In Nederland is juist hiervoor een doorontwikkeling van de Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg (AWH's) gaande.

De AWH's binnen de UMC's verbinden de academie met huisartspraktijken en regionale huisartsenorganisaties (RHO's) in een netwerk waar praktijkvragen worden vertaald naar onderzoek, innovaties worden geëvalueerd en onderwijs en opleiding worden meegenomen om die innovaties te laten landen. Ze beogen een continue cyclus van leren en verbeteren en kunnen bijdragen aan toekomstgerichte en passende zorg.

Investeren in de kracht van de 1e lijn

De vernieuwing van de eerste lijn vraagt dus twee dingen tegelijk; een sterke, toegankelijke basisvoorziening met voldoende huisartsen, waardoor goede zorgcoördinatie bestaat, én een duurzame kennisinfrastructuur die die basis voedt, versterkt en vernieuwt.

Onze oproep is dan ook; investeer in de kracht van de huisarts, de kracht van samenwerking én de kracht van kennis. ○



Han Mulder

voorzitter Vereniging Praktijkhoudend Huisartsen (VPH)

DE HUISARTS ALS SLEUTEL DIE FRANKRIJK AL KENT

Namens de VPH woonde ik de Zorginnovatiereis in januari naar Parijs bij, en kwam terug als een scherper gesprekspartner. Vier dagen optrekken met ziekenhuisbestuurders, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), verzekeraars en koepelvoorzitters verscherpte mijn blik op de eerstelijnszorg. Niet omdat ik ineens een ander beeld heb van de huisartsenzorg zelf, maar omdat ik beter zie wat er ontbreekt in het bestuurlijke gesprek: de praktijkhoudend, ondernemend huisarts als volwaardige speler.



De huisarts als spil in het netwerk

In Saint Denis en Bobigny maakten we kennis met de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS; territoriale samenwerkingsverbanden van huisartsen, verpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten en sociale professionals. Deze gemeenschappen zijn gecreëerd door het ministerie van Volksgezondheid in 2018 als onderdeel van de grote hervorming Ma Santé 2022 met als doel versterking van de eerste lijn en deze populatiegericht te laten werken. De huisarts staat daar niet aan de zijlijn, maar midden in het netwerk.

Wat mij opviel was de manier waarop de vrijgevestigde huisarts hier als ondernemer én als netwerker tegelijk functioneert. Een mooi voorbeeld hiervan is dokter Yassine Hilal die als huisarts én als voorzitter van zijn CPTS. In een kwetsbare wijk runt hij zijn praktijk, neemt personeel aan, investeert in zijn pand en draagt tegelijk verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg. Deze combinatie van ondernemerschap en publieke opdracht wordt daar niet gezien als spanning, maar als voorwaarde om iets voor elkaar te krijgen.

“Als we serieus zijn over sterke regionale samenwerking en een beweging naar de voorkant, dan moeten we de praktijkhoudend huisarts zien als medearchitect.”



De onzichtbare ondernemer in de eerstelijnszorg

In gesprekken over “beweging naar de voorkant” en “regionale samenwerking” viel me op hoe in Nederland vaak gesproken wordt over “de eerste lijn” in abstracte termen. Aan de regiotafel vertegenwoordigen we ziekenhuizen, Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), sociaal domein en verzekeraars. De huisarts is daar meestal aanwezig via een koepel, een segment of een werkgroep.

Wat je dan snel kwijtraakt, is dat achter de term “huisarts” een ondernemer zit die elke maand salarissen moet betalen met eigen risico's, investeringen en keuzes. Iemand die zowel medisch inhoudelijk als bedrijfsmatig aan de knoppen zit, en dagelijks ervaart wat beleid en bekostiging betekenen op het niveau van de wijk en de spreekkamer. De meeste aanwezigen denken in termen van bestuurlijke netwerken; regiotafels, transformatieplannen en afspraken binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA). Allemaal waardevol. Maar de praktijk houdend huisarts verdwijnt in dat verhaal te vaak achter de generieke term “eerste lijn”.

In Frankrijk zagen we iets wat wij hier nog onvoldoende benutten; het stelsel erkent dat de vrijgevestigde arts een publiek belang dient en maakt daar afspraken over in concrete contracten en structuren. Niet perfect, maar wel helder.

Met nieuwe ogen naar onze eigen zorg

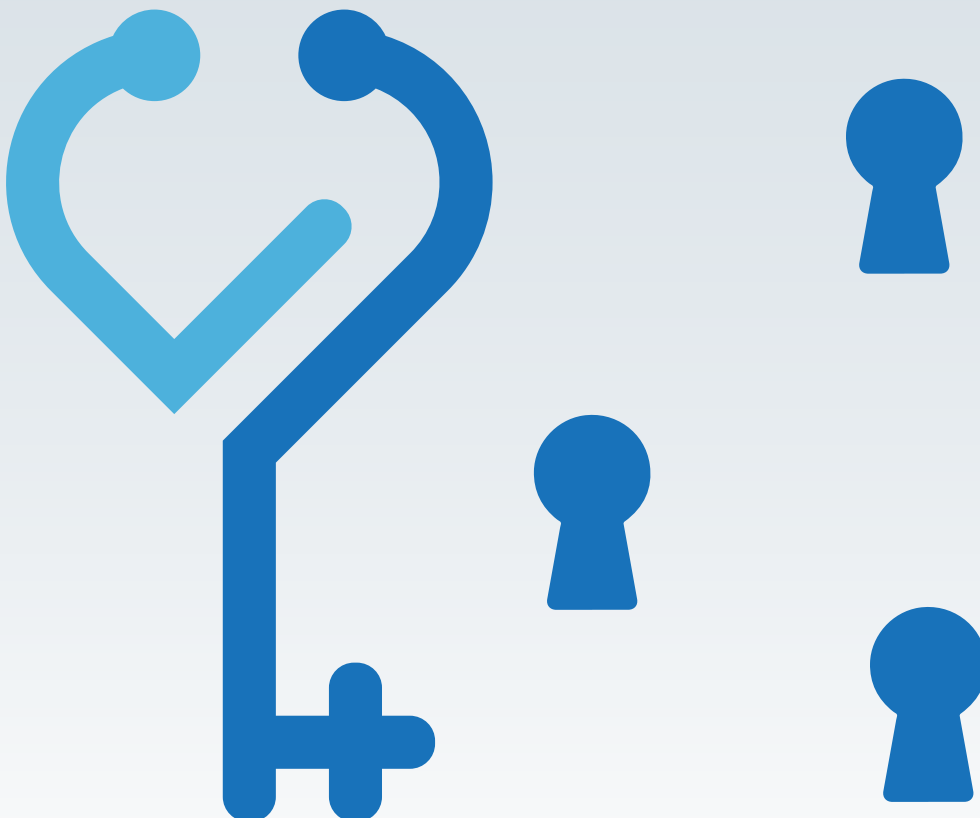
Parijs heeft mij niet overtuigd dat het Franse stelsel ons voorbeeld moet zijn. Integendeel: de politieke instabiliteit, de grote regionale verschillen en de druk op de eerste lijn zijn zorgwekkend. Maar het heeft me wel duidelijk gemaakt dat we in Nederland een blinde vlek hebben.

Als we serieus zijn over sterke regionale samenwerking en een beweging naar de voorkant, dan moeten we de praktijk houdend huisarts niet alleen zien als “poortwachter” of “capaciteit”, maar als mede architect. Een plek aan tafel die niet afgeleid is van goodwill, maar verankerd in een contract.

Dat vraagt om drie concrete acties:

- Het ondernemerschap van de huisarts niet wegpoetsen, maar gericht inzetten: ruimte om te investeren in praktijk, team en wijk.
- Niet alleen over huisartsen praten, maar mét mensen die zelf daadwerkelijk een vrijgevestigde praktijk op naam hebben.
- Bekostiging en afspraken zo vormgeven dat verantwoordelijkheid voelen en verantwoordelijkheid kunnen nemen hand in hand gaan.

Ik ben vol energie en met meer begrip teruggekomen. Niet alleen voor de dilemma's van ziekenhuisbestuurders en beleidsmakers, maar ook voor de kracht van mijn eigen achterban. De praktijk houdend huisarts bestaat. In Bobigny zag ik hem. In Nederland ken ik hem. De volgende stap is dat we hem samen veel duidelijker in beeld brengen, als sleutelspeler in de vernieuwde zorg. [o](#)



Wouter Meijer

voorzitter Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

UIT DE WANDELGANGEN; VOLDOENDE ZORG BEGINT BIJ DURVEN LATEN

Dat er uitdagingen zijn in de zorg is duidelijk. Met name op het gebied van menskracht en financiering. Tegelijkertijd is er een gezamenlijke bereidheid om verantwoordelijkheid te nemen voor zorg die toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit blijft. In dit stuk begin ik daarom bij onszelf, een reflectie vanuit de medisch specialistisch en in het bijzonder gynaecologische zorg, gevoed door de vele gesprekken die tijdens de Zorginnovatiereis in Parijs gevoerd zijn.

De rol van medisch specialistische zorg

De medisch specialistische zorg staat in Nederland op hoog niveau. Dat is te danken aan de organisatie van onze ziekenhuizen en aan de kennis, kunde en toewijding van alle zorgmedewerkers. Juist die toewijding heeft een keerzijde. De wens om voor iedereen het beste te doen, kan leiden tot over diagnostiek en overbehandeling. De schade daarvan op persoonlijk en maatschappelijk vlak schatten we nog maar kort echt op waarde.

Willen we toewerken naar de juiste hoeveelheid zorg, dan is een cultuurverandering nodig. Sommige aspecten van ons huidige zorgsysteem stimuleren het leveren van te veel zorg. Zo leeft bij zowel artsen als patiënten vaak de verwachting dat voor iedere klacht een sluitende diagnose en behandeling bestaat. Dit leidt geregeld tot uitgebreide diagnostische trajecten, waarin zeldzame “witte raven” worden gezocht en nauwelijks worden gevonden. Op overdrachten zien we dit ook terug. Specialisten die uitzonderlijke diagnoses opperen, krijgen vaak meer waardering dan collega's die stilstaan bij de (soms) beperkte opbrengst van aanvullend onderzoek op basis van a priori kansen en testeigenschappen. Daarnaast gebruiken we in zieken-

huizen zelden tijd als diagnosticum. We kunnen leren van de eerste lijn, waar dit gebruikelijker is en adequate follow-up onder voorwaarde van een stevig vangnet vaak waardevolle inzichten oplevert.

Patiëntwaarden centraal

Goede zorg begint en eindigt met het samen bepalen welke verwachtingen of doelen een patiënt heeft. Dat vraagt om tijd voor het echte gesprek en ruimte voor patiëntwaarden en zingeving. Hoewel de oncologische zorg hierbij vaak als voorbeeld wordt genoemd, is deze benadering net zo relevant bij veelvoorkomende, hinderlijke en benigne klachten. Investeren in expertise aan de voorkant is daarbij belangrijk; eerst een goed gesprek, dan pas diagnostiek en behandeling. Zo sluiten onderzoeken en vragenlijsten beter aan bij de daadwerkelijke zorgvraag.

Psychologische aspecten

Zorg is bij uitstek mensenwerk. Troost, aandacht en ondersteuning hebben een groot effect op zowel de objectieve als subjectieve uitkomsten. Soms zitten diep ingesleten psychologisch fenomenen ons in de weg. Geanticipeerde spijt, zowel bij arts als patiënt, kan ertoe leiden dat we liever iets dan niets doen. Dankbaarheid en blijdschap over



een vroeg ontdekte en goed behandelbare tumor, levert zelden de vraag op of die tumor de gezondheid van de patiënt beïnvloed zou hebben als deze niet ontdekt was. Het erkennen van deze psychologische aspecten is cruciaal om stappen te zetten in de inrichting van onze toekomstige gezondheidszorg.

Hooggespecialiseerde zorg

Hoogcomplex en hooggespecialiseerde zorg vormt een onmisbaar onderdeel van het zorglandschap. In experticeentra worden patiënten met complexe problemen behandeld en ontstaan innovaties die de zorg vooruit helpen. Dat moeten we koesteren. Het vraagt tijd om veelbelovende ontwikkelingen tot wasdom te laten komen. Daarbij is het belangrijk om zorg niet onnodig complex te maken; slechts een kleine groep patiënten is gebaat bij langdurige multidisciplinaire zorg in een centrum. Goede spreiding van zorg helpt bij het tijdig herkennen van die relatief kleine groep.

Vertrouwen als fundament voor verandering

Om de Nederlandse gezondheidszorg duurzaam te ontwikkelen, is het nodig dat artsen zich gesteund en comfortabel voelen in deze transitie. Dat vraagt om vertrouwen: van patiëntenorganisaties, politiek en binnen het systeem zelf. Het tuchtrecht verdient herziening, zowel in procedure als de manier waarop een casus wordt beoordeeld. Ook een financieringsmodel dat aanzet tot passende zorg is noodzakelijk; onzekerheden over inkomen werken averechts.

Het begint met vertrouwen in elkaar en met de afspraak dat we bereid zijn om ongewenste bijeffecten van de essentiële veranderingen in de zorg te corrigeren. Die intentie heb ik tijdens de Zorginnovatiereis duidelijk gevoeld. Als we elkaar blijven vinden, ziet de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg er veelbelovend uit. ◯

“Investeren in expertise aan de voorkant is belangrijk; eerst een goed gesprek, dan pas diagnostiek en behandeling.”

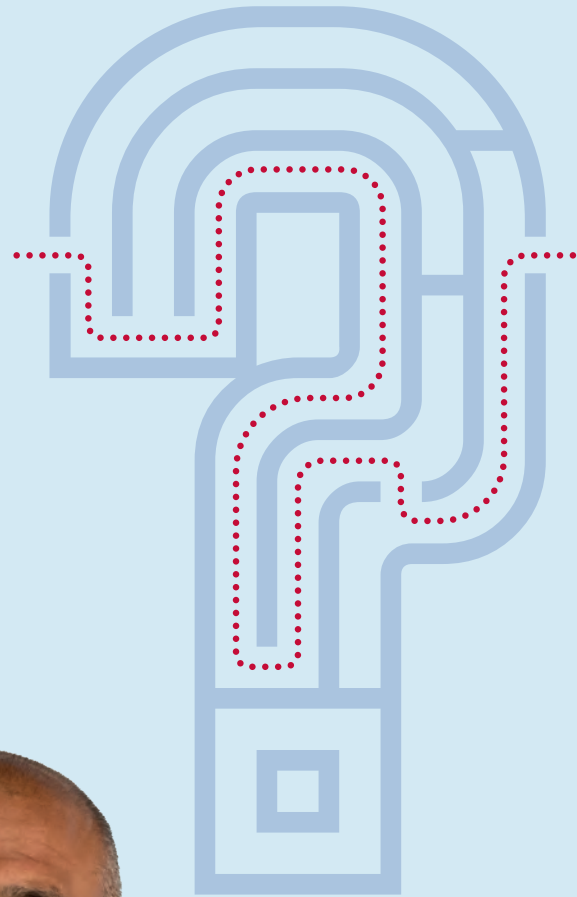


Vinood Mangroelal

managing director Health Technology IG&H

LA TRANSLATION: SYSTEMISCHE KEUZES VOOR EEN HOUDBARE ZORG

Wie denkt dat personeelstekorten in de zorg alleen in Nederland hoog op de strategische agenda staan, hoeft maar naar Frankrijk te kijken. Vorig jaar kopte het Financiële Dagblad nog dat “het zo gevierde Franse zorgstelsel piept en kraakt”¹, een gevolg van structurele tekorten aan zorgpersoneel. Het Franse voorbeeld biedt waardevolle inzichten voor Nederland. Niet door beleid één-op-één over te nemen, maar door te begrijpen welke systemische keuzes werken en hoe ze bijdragen aan een toekomstbestendig zorgstelsel.



Slim samenwerken: Aanpakken en doorpakken binnen de regio

Het personeelstekort in Frankrijk is met name voelbaar in rurale en sociaaleconomisch kwetsbare regio's, zoals wij ervaren tijdens de Zorginnovatiereis 2026. Daarom is het borgen van personeel een belangrijke, regionale prioriteit geworden van de Agences Régionales de Santé (ARS)². Dit zijn regionale instanties met formeel mandaat voor de uitvoering en planning van centraal geformuleerde beleidskaders. Hiertoe hebben de ARS bevoegdheden in het vormgeven en sturen op beleid van o.a. regionale workforce planning en regionaal capaciteitsmanagement.

Een belangrijk instrument ondersteunend in de regionale verdeling van personeel en capaciteit is de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). De GHT is een organisatie-model van ziekenhuizen en zorginstellingen dat binnen een afgebakende geografische scope samenwerkt rondom een gedeelde strategie en capaciteitsbeheer. Het resultaat is efficiëntere inzet van schaarse capaciteit en betere samenwerking tussen verschillende zorgorganisaties.

Slim organiseren: Brede inzet van thuismonitoring

De personeelstekorten dwingen Frankrijk ook om zorg anders te organiseren zodat toegankelijkheid gewaarborgd blijft. Zo zagen we tijdens de Zorginnovatiereis bij meerdere zorgorganisaties het voorbeeld van de wijdverspreide inzet van Hospitalisation à Domicile (thuismonitoring). Deze zorg is structureel ingebed, in o.a. vergoedingen en centraal beleid. Hierdoor wordt op grote schaal kwaliteit van zorg behouden en de capaciteit in het ziekenhuis ontlast.

Slim investeren: Structurele waardering van zorgverleners

Frankrijk laat zien dat structurele waardering van zorgverlening meer is dan een salarisverhoging. Het nationale programma "Ségur de la Santé" combineert meerdere maatregelen; flinke salarisverhogingen, landelijke investeringen, het aanwenden van extra zorgpersoneel (ca. 15.000 fte), lastenverlichting en digitalisering.

Het doel van dit nationale programma is de blijvende verbetering van de aantrekkelijkheid van het zorgberoep, werkomstandigheden en carrièreperspectieven. Hoewel de resultaten van dit programma nog moeten blijken, lijkt de integrale blik op waardering belangrijk in het duurzaam aantrekkelijk maken van het zorgberoep.⁴ Vanuit mijn ervaring als toezichthouder herken ik het belang van aandacht voor loopbaanperspectief en werkomgeving. Het creëren van een werkomgeving gebaseerd op vertrouwen, met ruimte voor eigen regie in het werk én de ontwikkeling van zorgprofessionals heeft effect in de praktijk. Zo draagt het bij aan lager zorgverzuim, hoge cliënt- en personeeltevredenheid en een minder gevoeld tekort aan personeel.

“Een toekomstbestendig zorgstelsel begint bij slimmere keuzes maken.”


Slim sturen: Datagedreven doelmatigheid

Frankrijk kan nog wat van Nederland leren als het gaat om de doelmatigheid van zorgprocessen. Doordat zorg in Frankrijk grotendeels “gratis” is of lange tijd is geweest, is de drempel om zorg te gebruiken relatief laag en daarom niet altijd doelmatig.^{1,4} Hoewel de afgelopen jaren in Frankrijk veel is geïnvesteerd in een robuuste data-infrastructuur, staat het gebruik van analytische toepassingen om processen te doorgronden nog in de kinderschoenen.³ In Nederland wordt op steeds meer plekken in het zorgstelsel gekeken naar het identificeren van knelpunten en de onnodige inzet van capaciteit in zorgprocessen. Vanuit IG&H zie ik dat met behulp van technologische toepassingen, zoals process mining, deze procesinzichten uit de data gebruikt kunnen worden om schaarse capaciteit effectiever en efficiënter in te kunnen zetten.

“La translation” wat leren we hier nou van?

Personeelstekorten lossen zich niet op met één maatregel. Deze uitdaging vraagt om regionale regie, slimmer omgaan met personeel en een andere kijk op hoe we toegankelijkheid van zorg kunnen vergroten. Voor Nederland liggen kansen niet bij het kopiëren van beleid, maar in het durven maken van vergelijkbare systemische keuzes:

- Meer sturingskracht voor regio's in het slim oplossen van personeelstekorten en daarbij inzetten op regionaal management van personeel en capaciteit
- Slimmer organiseren door het omarmen van innovatie
- Slimme, meerjarige en integrale investering in de aantrekkelijkheid van het zorgberoep
- Inzetten van slimme datagedreven toepassingen om zorgprocessen doelmatiger te maken

Een toekomstbestendig zorgstelsel begint niet bij harder en met méér mensen in de zorg werken, maar bij slimmere keuzes maken. Ik praat hier graag met u over verder. 

1 Het zo gevierde Franse zorgstelsel piept en kraakt – Financiële Dagblad, 10 juni 2025 (link)

2 <https://www.ars.sante.fr/>

3 Health systems in transition, vol. 25, no.3, 2023 (link)

4 Zoals bijvoorbeeld in het Medisch Spectrum Twente in het Waardegedreven Zorg programma en in het ErasmusMC in samenwerking met het AmsterdamUMC bij het in kaart brengen van laboratoriumprocessen

Sophia de Rooij

voormalig voorzitter raad van bestuur Amstelland

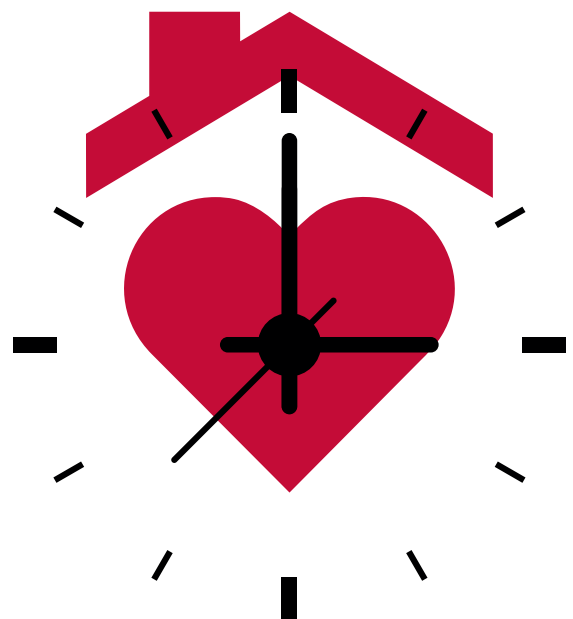
ZOALS HET KLOKJE THUIS TIKT: **HOSPITAL@HOME**

*EEN VERGELIJKING TUSSEN DE ERVARINGEN IN FRANKRIJK
EN DE HUIDIGE NEDERLANDSE SITUATIE.*

Westerse landen bevinden zich midden in de dubbele vergrijzing en zoeken, mede door arbeidsmarktcrachten, naar innovatieve zorgoplossingen. Zo wordt in Frankrijk de pensioenleeftijd verhoogd. Tijdens onze zorginnovatiereis in Parijs zagen we hoe deze verandering in de praktijk wordt ervaren. We maakten daar ook kennis met de sterke verbinding tussen zorg en sociaal domein, die sinds 2010 vorm krijgt via de Regional Health Agencies (ARS).

De ARS coördineren alle zorginstellingen en aanbieders binnen hun regio en vertalen nationaal beleid naar regionale uitvoering. Samen met het ministerie van Volksgezondheid dragen zij verantwoordelijkheid voor planning van middelen en capaciteit. Deze gedeeltelijke decentralisatie moet regio's beter laten inspelen op lokale gezondheidsbehoeften, waarvoor in de afgelopen 15 jaar veel wet- en regelgeving is aangepast.

Deze integrale manier van organiseren komt concreet tot uiting in een Frans concept dat al sinds de jaren 50 bestaat: Hospitalisation à Domicile. Hoewel Hospital at Home in Nederland vooral bekend werd tijdens de COVID-19-pandemie, was er ook daarvoor al ervaring. Dit artikel gaat in op de verschillen en overeenkomsten tussen Frankrijk en Nederland, evenals de belangrijkste leerpunten uit Frankrijk.



Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Leeftijd ≥ 65 jaar.	Eerder deelgenomen aan Hospital at Home
Cognitieve stoornis aanwezig: dementie, delier of andere oorzaak van cognitieve stoornis <ul style="list-style-type: none"> • Bekend met cognitieve stoornis zoals dementie, gedocumenteerd in patiëntdossier • Vermoeden op aanwezigheid dementie of acuut ontstane cognitieve stoornis zoals delier 	Ziekenhuisopname in de 7 dagen voorafgaand aan de huidige presentatie
Presentatie met een gedefinieerde acute medische aandoening	Woonachtig in verpleeghuis, of staande op een actieve wachtlijst voor een plek in een verpleeghuis (exclusief zogeheten slapende wachtlijst kandidaten)
Ziekenhuisopname geïndiceerd, beoordeeld door de arts op de spoedeisende hulp, maar geen noodinterventies nodig -Modified Early Warning Score ≤ 2 punten	Chirurgische of andere acute interventie nodig
Woonachtig binnen 25 km vanaf het ziekenhuis	Dialyse afhankelijk Verdenking acuut coronair lijden of cardiale aritmieën
Mantelzorger aanwezig, in staat tot het begrijpen en uitvoeren van instructies	
Geschikte thuisomgeving (geen vervuiling thuis, stromend water, verwarming, veilig	Verwacht terminaal beloop of palliatieve zorg nodig i.x.m oncologische ziekte
	Ziekenhuisopname noodzakelijk, onafhankelijk van de primaire diagnose van de huidige presentatie op de spoedeisende hulp (bv. tevens maligniteit aanwezig of o.b.v. eerder gemaakte afspraken)

Figuur 1. Inclusiecriteria voor Hospital At Home (publicatie in BMJ Open 2018, M. Pouw et al.)

Historische ontwikkeling in Nederland

Hospital at Home (H@H) bestaat in Nederland sinds 2015. Het begon als innovatief zorgprogramma voor kwetsbare ouderen, wetenschappelijk geleid door het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde van het UMCG. Met subsidie van ZonMw werd samen met patiënten, naasten en professionals de haalbaarheid onderzocht van integrale ziekenhuiszorg thuis voor oudere patiënten met een acute zorgvraag na eerste beoordeling op de SEH.

In vervolgonderzoek werd, samen met ZonMw en Stichting Effectieve Ouderenzorg, gekeken naar toepasbaarheid en ervaringen van vergelijkbare initiatieven. Ook werd met NZa en zorgverzekeraars onderzocht hoe financiering binnen het bestaande zorgstelsel mogelijk was. Hiertoe werden 50 knelpunten in wet- en regelgeving in kaart gebracht.

Tijdens de COVID-pandemie nam de inzet van Covid@home op meerdere plekken in Nederland toe door beperkte ziekenhuiscapaciteit. Structurele borging blijft echter beperkt en is vaak per zorgpad geregeld. De meeste trajecten richten zich op passende, integrale zorg, zoals behandeling van chronische aandoeningen of intraveneuze medicatie. Een goede landelijke route voor het ombuigen van acute ziekenhuiszorg naar thuisbehandeling, zoals bijvoorbeeld in Frankrijk, ontbreekt nog steeds.



Organisatie en zorgproces

Frankrijk:

Hospitalisation à Domicile (HAD) heeft in Frankrijk een lange traditie sinds de jaren 1950 en is uitgegroeid tot een structureel onderdeel van het zorgstelsel. Dankzij duidelijke wetgeving, financiering en kwaliteitskaders is het model stabiel en goed schaalbaar. Zelfstandige HAD-organisaties werken nauw samen met ziekenhuizen en leveren 24/7 complexe ziekenhuiszorg thuis, via multidisciplinaire teams met specialisten, huisartsen, digitale monitoring en herstelzorg.

Nederland:

In Nederland bevindt Hospital at Home zich nog in een vroege ontwikkelfase. Initiatieven zijn vaak ziekenhuis gestuurd, zoals Zorg bij jou van Santeon, waarbij medisch-specialistische zorg naar huis wordt verplaatst. De wijkverpleging speelt hierin een centrale rol, bijvoorbeeld bij monitoring en chemotherapie thuis. Door beperkte structurele inbedding in beleid en financiering hebben veel projecten nog een pilotmatig karakter, met grote regionale verschillen in organisatie, doelgroep en schaal.

Financiering en governance

In Frankrijk is H@H een erkend en structureel gefinancierd zorgmodel met brede professionele acceptatie. In Nederland is de financiering nog versnipperd en spelen contractering, professionele inzet buiten het ziekenhuis en acceptatie door patiënten en naasten nog een rol.

Uitkomsten, kwaliteit en patiëntperspectief

Wetenschappelijk onderzoek uit de VS, Canada en Frankrijk laat zien dat H@H positief scoort op klinische uitkomsten, patiënttevredenheid, veiligheid, kwaliteit en kosteneffectiviteit. Ook binnen AZWA en Passende Zorg ligt verdere ontwikkeling daarom voor de hand. Voor bredere toepassing in Nederland zijn nationale beleidsverankering, structurele bekostiging, acceptatie door brancheorganisaties en stevige regionale samenwerking essentieel. ○

Korte samenvatting

Aspect	Nederland (HaH)	Frankrijk (HAD)
Start	±2015	±1957
Organisatie	Ziekenhuis-gestuurd	Zelfstandige HAD-instellingen
Financiering	Fragmentarisch	Structureel
Schaal	Kleinschalig	Nationaal dekkend
Beleidsverankering	Beperkt	Sterk

“Een goede landelijke route voor het ombuigen van acute ziekenhuiszorg naar thuisbehandeling ontbreekt in Nederland nog steeds.”



Nicole Stolk

voorzitter raad van bestuur Albert Schweitzer Ziekenhuis

HOSPITAL@HOME, ZORG ZONDER GEBOUW, MAAR MET VOLLE BETEKENIS

Tijdens onze gezamenlijke Zorginnovatiereis naar Parijs in januari 2026 kregen we de gelegenheid om met een brede groep bestuurders en partners uit zorg, sociaal domein, gemeenten, verzekeraars en banken over de grens te kijken. Niet alleen om inspiratie op te doen, maar vooral om bestaande aannames over hoe zorg georganiseerd is opnieuw tegen het licht te houden. Het werkbezoek dat bij mij de meeste indruk heeft achtergelaten, was aan Hospitalisation à Domicile (HAD); een publiek ziekenhuis, maar dan zonder muren.

Hôpital sans murs
Hospital @ Home levert ziekenhuiszorg bij mensen thuis in de brede Parijse regio, dagelijks aan ongeveer 900 patiënten. Zij beschouwen zichzelf nadrukkelijk als een volwaardig ziekenhuis, met dezelfde juridische status, klinische verantwoordelijkheid, veiligheidsstandaarden en accreditatie-eisen als een regulier publiek ziekenhuis. De innovatie zit niet in het zorgniveau, maar in de plek waar die zorg wordt geleverd en in de manier waarop zij is georganiseerd.

Sociale innovatie

Wat mij vooral raakte, is dat de vernieuwing bij HAD niet primair technologisch is, maar sociaal en organisatorisch. Door het fundamenteel herontwerpen van patiënten-

paden en het aanbieden van geïntegreerde, multidisciplinaire zorg, werken professionals uit verschillende disciplines intensief samen rondom één patiënt. Medische zorg, verpleegkundige zorg, psychosociale ondersteuning en paramedische zorg, van fysiotherapie tot diëtetiek, worden gecoördineerd aangeboden in de thuissituatie. Daarbij is expliciet aandacht voor de rol van familie, burens en het sociaal domein.

Zorg rondom het leven van de patiënt

Deze vorm van ziekenhuiszorg in de thuissituatie is in het bijzonder aansprekend door het centraal stellen van de menselijke waardigheid en waarde. Als je het afpelt, is thuis voor de meeste mensen de plek waar zij zich het veiligst en het meest

zichzelf voelen; tussen familie, huisdieren en een vertrouwde omgeving met burens en vrienden. HAD voorkomt ziekenhuisopnames of stelt deze uit, en maakt het mogelijk om patiënten met complexe zorg eerder naar huis te laten gaan. Wat een patiënt zelf kan doen, blijft de patiënt zelf doen. Dat uitgangspunt voelde consequent en respectvol.

Beter en goedkoper

De zorg is 24/7 beschikbaar, met betrokkenheid van de lokale huisarts en de mogelijkheid tot snelle escalatie naar het ziekenhuis indien nodig. Digitaal wordt dit ondersteund via een gedeeld elektronisch patiëntendossier tussen alle betrokken zorgprofessionals en het ziekenhuis, al werd ook openlijk benoemd dat dit nog niet altijd soepel verloopt.

Omdat deze geïntegreerde aanpak relatief nieuw is in Parijs, wordt er wetenschappelijk onderzoek gedaan, onder meer naar kosteneffectiviteit. De bestuurders van HAD stellen dat Hospital@Home niet alleen betere, maar ook goedkopere zorg is dan zorg in het ziekenhuis. Dat het beter is, geloof ik direct, juist vanwege de diepe menselijke wens om in de eigen omgeving te blijven als je ziek bent. Dat het ook goedkoper is, voelt minder vanzelfsprekend en zelfs contra-intuïtief. Tegelijkertijd intrigeert het mij genoeg om verder te willen onderzoeken wat wij met ons Thuis Beter-team, in combinatie met thuismonitoring en andere zorgpart-

ners, nog beter en anders zouden kunnen doen.

Taakindeling

Onze zorg thuis is op dit moment minder geïntegreerd en minder complex dan bij HAD, zij leveren bijvoorbeeld ook chemotherapie thuis, terwijl ook wij de druk op ons ziekenhuis ervaren en zoeken naar manieren om de toenemende zorgvraag kwalitatief goed, menswaardig en betaalbaar op te vangen. Mogelijk zit een belangrijke bottleneck bij de inzet van artsen in de thuissituatie, waar de HAD een alternatieve aanpak voor had bedacht. HAD gaf aan dat met name gespecialiseerd

verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid en taakuitbreiding hebben gekregen. Daarmee snijdt het mes aan meerdere kanten; aantrekkelijker werk en loopbaanperspectief voor verpleegkundigen, meer zorg in de thuissituatie voor patiënten, en betere, meer geïntegreerde zorg in de lokale context.

Het bezoek aan HAD liet zien dat zorginnovatie soms vooral vraagt om het loslaten van gebouwen, schotten en routines. En om het bewust verbinden van menselijke waardigheid, professionele samenwerking én technologische mogelijkheden rond de patiënt, daar waar die zich het meest thuis voelt. ○

“Zorginnovatie vraagt soms vooral om het loslaten van gebouwen, schotten en routines en om het bewust verbinden van menselijke waardigheid en professionele samenwerking.”



Robert Hoeksema
directeur Healthcare ING

Jan Willem Spijkman
sector banker Public & Healthcare ING

ZORG THUIS BEGINT MET EEN NIEUW ONTWORPEN ZORGPAD

De druk op de zorg neemt toe, terwijl personeel en capaciteit schaars zijn. Dat dwingt tot een andere manier van kijken: waar moet zorg eigenlijk plaatsvinden? In Parijs zagen we bij Fondation Santé Service (FSS) hoe dat er in de praktijk uit kan zien. De grootste Franse aanbieder van ziekenhuiszorg thuis vertrekt vanuit een eenvoudig uitgangspunt dat ziekenhuiszorg geen dienst is, geen gebouw.





FSS levert thuis complexe zorg die je normaal in het ziekenhuis verwacht. Denk aan oncologische zorg, palliatieve zorg, wondzorg en revalidatie. Dat kan alleen met stevige randvoorwaarden: dag en nacht bereikbaarheid, regionale triage, nauwe samenwerking met ziekenhuizen en huisartsen. Ook hebben ze een eigen ziekenhuisapotheek die medicijnen veilig bereidt, zelfs chemotherapie voor thuis.

Wat vooral opvalt: het is niet alleen organisatorisch goed ingericht, het wordt ook mogelijk gemaakt door passende bekostiging. Daardoor kunnen opnames korter worden, terwijl capaciteit vrijkomt en de kwaliteit overeind blijft. De vraag die je dan bijna automatisch stelt is: als het thuis kan, waarom doen we het dan nog zo vaak in het ziekenhuis?

Zorgpad eerst, technologie daarna

Ook in Nederland komt deze beweging op gang. Steeds meer ziekenhuizen ontwerpen digitale zorgpaden, waardoor patiënten minder vaak langs hoeven te komen. Soms hoeft het zelfs helemaal niet meer. Wat opvalt bij de succesvolle voorbeelden is dat het niet start bij de techniek, maar bij het zorgpad. Digitale transformatie draait niet om techniek, maar om mensgericht ontwerpen en werken.

Een bruikbaar denkkader daarbij is: voorkomen, verschuiven, veranderen.

- Voorkomen: kun je verslechtering eerder signaleren en ingrijpen?
- Verschuiven: kan een deel van de zorg naar huis, met begeleiding op afstand?
- Veranderen: welke stappen doen we vooral omdat we ze altijd zo deden?

Ook de organisatie eromheen is bepalend. Het werkt beter als je het niet “erbij” doet, maar programmatisch aanpakt, met een team dat zich volledig richt op invoeren

“Digitale transformatie draait niet om techniek, maar om mensgericht ontwerpen en werken.”

“Ziekenhuiszorg is een dienst, geen gebouw.”

en opschalen. Daarbij ontstaan nieuwe rollen, zoals de digitale verpleegkundige (e-nurse), die patiënten op afstand volgt en signalen en trends duidt.

Minder fysieke contacten, minder druk op capaciteit

De opbrengsten zijn concreet. In een Nederlands ziekenhuis groeide dit naar 14.000 patiënten in digitale zorg en 33 zorgpaden. Dat leidde tot minder polibezoeken, minder opnames en minder bezoeken aan de spoedeisende hulp. Bij specifieke zorgpaden, zoals TIA, obesitas zorg en eenvoudige botbreuken, nam het aantal fysieke contactmomenten sterk af. Bij TIA daalde ook de ligduur aanzienlijk. De kern is steeds dezelfde; het gaat niet om een nieuwe app, maar om een ander zorgproces.

Organisatie en financiering als randvoorwaarde


Dan volgt de vraag die overal speelt: hoe maak je dit structureel? In de praktijk botsen ambities vaak op dezelfde belemmeringen. Marges zijn laag, reserves beperkt en contracten zijn vaak kort-cyclisch. Dat maakt het lastig om te investeren en risico's te nemen.

Tegelijk verandert het investeringsmodel. Digitalisering verschuift van eenmalig kopen naar doorlopend afnemen. Je betaalt niet alleen voor software of apparatuur, maar ook voor beheer, ondersteuning, vernieuwing en digitale veiligheid. Dat past bij hoe digitale zorg werkt: continu verbeteren in plaats van eenmalig implementeren.

Schaal en samenwerking zijn daarbij essentieel. Denk aan gezamenlijke investeringen, gezamenlijke inkoop en het stellen van gezamenlijke eisen richting leveranciers. Subsidies en innovatiebesteding blijven belangrijk in de aanjaagfase, maar uiteindelijk draait het om structurele inbedding in contracten en bekostiging.

Zorg zo thuis mogelijk

De belangrijkste les is dat zorg thuis niet gaat over gadgets en apps. Het is een ontwerpkeuze. Als je zorgpaden echt opnieuw ontwerpt, verhoog je de kwaliteit, ontzie je ontziet patiënten en je maakt schaarse capaciteit vrij.

Dat vraagt lef. Je moet kiezen, standaardiseren en investeren in rollen, data en samenwerking. Het doel is helder; zorg zo thuis mogelijk, zodat we beter omgaan met een groeiende zorgvraag en een oplopend personeelstekort. 



Robin Peeters

initiatiefnemer Dokters Vandaag, Erasmus MC

Maurice van den Bosch

voorzitter raad van bestuur NKI-AVL

MARIE CURIE BRACHT DE WETENSCHAP EN KLINIEK SAMEN

Tijdens een recent bezoek aan het Institut Curie in Parijs zagen wij hoe bijzonder en krachtig het is als fundamenteel onderzoek en topklinische zorg door elkaar verweven zijn. Niet één technologie of indrukwekkend laboratorium viel het meest op, maar de manier waarop beide werelden functioneerden als één ecosysteem met een gedeelde missie: kanker begrijpen om haar beter te kunnen behandelen.

Met een lange traditie, Institut Curie bestaat sinds 1921, is deze cultuur van wederkerigheid nog altijd zichtbaar. Klinische vragen worden niet beschouwd als louter zorginhoudelijke kwesties, maar als vertrekpunt voor nieuwe wetenschappelijke hypothesen. Omgekeerd gelden bevindingen uit het lab niet als eindpunt in een publicatie, maar als aanleiding om de klinische praktijk te vernieuwen. Dit is geen lineair traject van 'bench to bedside', maar een continu gesprek waarin patiënt, onderzoeker en behandelaar deel uitmaken van dezelfde beweging.



De rol van technologie in moderne oncologie

In de oncologie is die verwevenheid essentieel. Kanker is geen uniforme ziekte, maar een complex samenspel van processen met voor iedere tumor een unieke signatuur. Nieuwe technologieën maken het mogelijk die complexiteit steeds preciezer te ontrafelen. Technologie op zichzelf verandert niets aan de uitkomst; pas wanneer zij wordt gekoppeld aan klinische vragen en behandelstrategieën, ontstaat echte meerwaarde.

Een bestuurlijke opdracht

Daar ligt een belangrijke opdracht voor ons als bestuurders. Ook in Nederland beschikken we over excellente onderzoekers, bevlogen klinici en hoogwaardige infrastructuur. Toch komt die kruisbestuiving niet vanzelf tot stand en staat ruimte voor baanbrekend fundamenteel onderzoek onder druk. De druk op zorgproductie, toegankelijkheid en krimpende budgetten beperkt vaak de ruimte voor onderzoek. Tegelijkertijd kan fundamenteel onderzoek zich niet goed ontwikkelen zonder voldoende aansluiting bij de klinische realiteit.

Het is daarom aan ons om voorwaarden te creëren waarin die verbinding structureel wordt gefaciliteerd en we in Nederland instituten houden die mee kunnen met de wereldtop. Dat betekent dat we niet alleen sturen op klinische productie en korte termijnresultaten, maar ook op duurzame kennisontwikkeling. Instituten als de UMC's, het Nederlandse Kanker Instituut en het Prinses Máxima Centrum, aangevuld met regionale oncologische netwerken, hebben daarin een belangrijke rol.

Dat we ruimte bieden aan artsen om onderzoek te doen en aan onderzoekers om zich te verdiepen in klinische vraagstukken, en dat we gezamenlijke programma's en dataplatforms mogelijk maken waarin vragen uit de praktijk systematisch worden vertaald naar onderzoeklijnen. Hier ligt in Nederland waarschijnlijk onze grootste kans: regionaal bouwen aan hechte zorgnetwerken met gezamenlijke MDO's, gedeelde dataplatforms en zorgpaden waarin patiënten zich soepel door het netwerk bewegen.

Transparantie over uitkomsten van zorg moet daarbij vanzelfsprekend zijn. IKNL-data laat zien dat de locatie van diagnose nog steeds bepalend kan zijn voor overleving, met aanzienlijke verschillen tussen plaatsen. Daar ligt een belangrijke opdracht.

De impact van data en kunstmatige intelligentie

De opkomst van kunstmatige intelligentie en grootschalige data-analyse maakt deze opdracht nog urgenter. A.I. kan patronen blootleggen die het menselijk oog ontgaan, maar zonder klinische duiding zijn die patronen betekenisloos. Het vraagt om investeringen in veilige data-in-

frastructuur en multidisciplinaire teams die deze data kunnen interpreteren.

Cultuur, leiderschap en de toekomst

Infrastructuur alleen is niet genoeg. Het vraagt ook om cultuur en leiderschap dat samenwerking beloont, silo's doorbreekt en professionals stimuleert te werken op het snijvlak van zorg en onderzoek. De vooruitgang in de oncologie laat zien wat mogelijk is wanneer fundamenteel inzicht en klinische toepassing sterk verbonden zijn. Dat vraagt blijvend om visie, investeringen en bestuurlijke keuzes. Als we willen dat patiënten profiteren van wetenschappelijke vooruitgang, moeten we actief ruimte maken voor die kruisbestuiving als kern van onze strategie. [o](#)

“Technologie op zichzelf verandert niets aan de uitkomst; pas wanneer zij wordt gekoppeld aan klinische vragen en behandelstrategieën, ontstaat echte meerwaarde.”



DIT MAGAZINE IS MEDE MOGELIJK GEMAAKT DOOR:

Beyond is
where we begin.



make
strategy
work



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

@ mei 2026 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