



Federatie Medisch Specialisten

Rode Hoed Symposium “Anders werken! Hoe dan?”

RODE HOED, AMSTERDAM

5 oktober 2022

Op woensdag 5 oktober vond het Rode Hoed Symposium met als thema ‘Anders werken, hoe dan!?’ plaats. Beleidsmakers, medisch specialisten en verschillende experts gingen met elkaar in gesprek over de gemeenschappelijke uitdaging om de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg nu en in de toekomst op het huidige hoge niveau te houden.

Tijdens deze editie van het Rode Hoed Symposium kwamen verschillende onderwerpen aan bod, zoals de organisatie van de planbare en acute zorg, concentratie van zorg en innovatie en digitalisering. Sprekers waren onder andere Minister van VWS Ernst Kuipers, die in gesprek ging met een aantal jonge specialisten. Federatievoorzitter Peter Paul van Benthem, voorzitter van de raad van bestuur (rvb) van het Franciscus Gasthuis & Vlietland Marjolein Tasche, voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) Mirjam van 't Veld, Voorzitter rvb UMCU Margriet Schneider, Hoogleraar psychologie Mariska Kret en RvB-lid van het st Antonius Monique Valentijn. Organisator Janko de Jonge (Neuroloog, Catharina Ziekenhuis) en Anne Koppelaar, voorzitter van De Jonge Specialist, presenteerden het Symposium en Sandy Dane zorgde voor de muziek.

Janko de Jonge, neuroloog & Anne Koppelaar, Voorzitter [De Jonge Specialist](#)

Opening: “Anders werken! Hoe dan?”

“Het moet anders, maar hoe gaan we dat doen?” Roept Janko de Jonge, nadat hij vanaf het eerste balkon van De Rode Hoed op een geïmproviseerde noodtrompet blaast. **“Wie heeft de regie in de zorg? De overheid, de verzekeraar, de medisch specialist of de patiënt?”**

Een schilderij op het podium symboliseert ‘regionale samenwerking’, het thema van een congres dat veertien jaar geleden plaatsvond. Een tweede schilderij op het podium laat zien dat we beter moeten samenwerken en de zorg anders moeten inrichten, in plaats van met de koppen tegenover elkaar te staan.

Anne Koppelaar, voorzitter van De Jonge Specialist, studeert aan het Erasmus MC, in Rotterdam. “Als voorzitter van De Jonge Specialist zie ik in het hele land de problemen waar medisch specialisten mee kampen. Jonge artsen zijn trots op hun werk. Maar er zijn ook zorgelijke cijfers. 1 op de 4 kampt met burn-out, 1 op 3 krijgt op zijn of haar werk te maken met ongewenst gedrag. Hoe gaan we anders werken? Dat is de grote vraag. De dokter moet in de lead, meer autonomie, tot slot moet overwerken niet meer de norm zijn”, stelt Koppelaar.

Ernst Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Yaar Aga, AIOS-cardiologie, Franciscus Gasthuis & Vlietland

Lucia Baris, AIOS-cardiologie, Erasmus MC

Bernice Wieland, ANIOS Spoedeisende Hulp, Rijnstate

Marissa Cloos, internist oncoloog (en voorzitter oncologiecommissie), Groene Hart Ziekenhuis

Kuipers in discussie met jonge medisch specialisten

Janko de Jonge: “Het probleem ligt niet alleen bij de dokters, ook de overheid speelt een belangrijke rol. Onze jonge collega’s gaan in discussie met Ernst Kuipers, Minister van VWS.” Yaar Aga, AIOS Cardiologie, Franciscus Gasthuis & Vlietland: **“De jonge artsen kampen met burn-out en vallen steeds vaker uit. Hoe gaan we concreet ervoor zorgen, dat de burn-outcijfers niet blijven toenemen?”**

Minister Ernst Kuipers (VWS): “Gister waren we nog in gesprek over het archiveren van de coronagegevens. In de afgelopen jaren zijn er veel nieuwe zorgmedewerkers bijgekomen. Maar het aantal vacatures groeide sneller.” Anders inrichten van de zorg is volgens Kuipers belangrijk om deze vicieuze cirkel te doorbreken. Een recent [rapport](#) van de ABN Amro kwam tot dezelfde conclusie. Kuipers vervolgt: “Het ministerie moet het aanpakken, maar ook de opleiders en bestuurders moeten beter aanpakken en vooral kijken naar wat er op de eigen werkvloer gebeurt.” Yaar Aga reageert en zegt: “Er is veel aandacht vanuit het bestuur van zorginstellingen, maar voor verandering is de cultuur vaak te diepgeworteld. Bewustwording is een goede stap, maar we hebben nog een lange weg te gaan.”

Lucia Baris, arts-assistent Cardioloog uit het Erasmus MC: “Arbeidsmarkt is belangrijk. We moeten bevlogen professionals behouden voor de zorg. Veel Aio’s stoppen met de opleiding,

omdat er geen uitzicht is op een vaste plek. Daarom vraag ik, moeten we niet meer generalisten opleiden, in plaats van superspecialistische artsen?”

Kuipers citeert in zijn antwoord [Ismar Isidor Boas](#), een hoogleraar interne geneeskunde van 120 jaar geleden: “Hoe jammer het is dat de neurologie net uit de moederschoot van de interne geneeskunde verdwenen is.” Boas hoopte destijds dat niet hetzelfde zou gebeuren met vakken zoals MDL. Kuipers: “De discussie is dus al meer dan 120 jaar oud. En zal voort blijven bestaan.” Er zijn specialismen die er 30 jaar geleden nog niet waren. “We moeten daarvoor open staan, dus meer in teamverband gaan werken.”

“De arbeidsmarkt is goed voor de komende 10 jaar”, vervolgt Kuipers: “Mensen moeten kunnen excelleren in hun werk. Zorg is de mooiste plek om te kunnen werken. We moeten mensen blijven behouden. Nederland is een ontzettend klein land. Soms voelt het ver, maar kijk een beetje verder dan waar je geworteld bent. En zoek dan naar een andere verdeling van artsen en assistenten in opleiding.”



Iemand uit het publiek vraagt wat de politiek kan doen? Kuipers: “We mogen het stelsel koesteren. Publieke financiering en gelijke toegang voor iedereen. Een hoofdlijnakkoord dat financieel en inhoudelijk licht is ingestoken. Er zijn uitdagingen die alleen maar groter worden. Covid was de druppel die de emmer deed overlopen. Overheid in het [Integrale zorgakkoord](#): *samen werken aan gezonde zorg* (IZA) liggen veel vervolgoopdrachten. Het gaat dan vooral om samenwerking tussen de verschillende organisaties. “We moeten samen constateren dat het grote deel van de medisch specialistische zorg in alle ziekenhuizen problemen geeft. Meer samenwerken, en rol die de samenwerking stimuleert in het belang van de patiënt is. Mensen van mijn generatie hebben te veel gepolderd, dat had beter gekund.”

Marissa Cloos, internist oncoloog, Groene Hart Ziekenhuis. “In het [IZA](#) gaat het veel over centralisatie. Het is een belangrijke pijler. Met experts de beste zorg leveren op één locatie. Moeten we de specialistische zorg op één locatie leveren, of van ziekenhuis naar ziekenhuis hopen, om dichterbij de mensen te komen?”

Kuipers reageert: “Dit is waar je het over moet hebben. Bij oncologische zorg kan veel in ieder ziekenhuis, maar ook is goede zorg mogelijk in de thuissituatie. De patiënten hoeven dan niet van Gouda naar Leiden. Bij specifieke zaken werkt dat niet.”

Cloos: “Wanneer specialisten ingrepen vaker doen, geeft dat betere resultaten. Moeten we dan in één ziekenhuis kijken of is het beter om toegewijde chirurgen te hebben die een gehele regio bedienen?”

Kuipers weet dat er al een aantal praktijkvoorbeelden van specialisten in de regio zijn. Kuipers: “Er liggen kansen. Overleg het met je zorgbestuurders en wij zorgen dan dat die mogelijkheden er zijn.”

De Jonge haakt in op de vragen: “Els Borst was dokter en minister. Ze schreef over het ziekenhuis van de toekomst, begin jaren negentig. Ze had het over centrale ziekenhuizen en een aantal satellietziekenhuizen eromheen, die kregen dan een A- of B-label. Komt deze discussie terug?”

Kuipers: “Ziekenhuizen onderverdelen in A en B doet onrecht aan de mensen die er werken en de zorg die ze leveren. Een MDL-arts heeft andere taken dan een diabetes internist, maar is daardoor niet beter of slechter. Je hebt in mijn optiek ook geen A- en B-verpleegkundigen. 97% van de zorgprofessionals is bevlogen, blijkt uit onderzoek.”

Bernice Wieland, Rijnstate Ziekenhuis: “Hoe wordt het IZA in de praktijk uitgerold? Generalistisch versus specialistisch is aan bod geweest, maar hoe gaan we nu passende zorg leveren?”

Kuipers: “Het verhaal is aan ons. We willen betere kwaliteit, maar dat is een gezamenlijk verhaal, niet dat van een minister, ministerie of individuele arts. Wij hebben goede zorg, maar veel mensen kunnen geen huisarts, tandarts, of ggz krijgen. Wij moeten het verhaal vertellen. We kunnen passende zorg leveren en wachtlijsten wegwerken. We weten dat er bepaalde dingen gedateerd zijn, maar die we nog vaak toepassen. Dit frustrleert, want je kunt dan niet doen voor je patiënten wat je wil. Wat is er gedateerd? Wat moeten we gericht inzetten.” Het [Zorginstituut](#) Nederland denkt volgens Kuipers met artsen na over gevestigde behandelmethodes. “5 tot 10% van de diagnostiek is onnodig in de radiologie”, zei een radioloog onlangs tegen Kuipers.

Peter Paul van Benthem, voorzitter FMS en hoogleraar KNO LUMC
Medisch Specialistische zorg in beweging

‘Creëer ruimte voor de zorgprofessional’

De druk op de zorg is al jaren hoog. De problemen zijn er ook voor de Boomers, eerdere generaties. Veel druk, complexe zorgvragen, vergrijzende samenleving. Arbeidsmarktprobleem instroom en behoud. “We moeten over de domeinen heen kijken, stelt Peter Paul van Benthem, voorzitter FMS en hoogleraar KNO (LUMC, Leiden). “Preventie/health in all policies en verduurzamen zijn belangrijk.”

De Federatie Medisch Specialististen ([FMS](#)) zat aan tafel bij de realisatie van het Integraal zorgakkoord ([IZA](#)), ‘Samen werken aan gezonde zorg’. Van Benthem: “Passende zorg is belangrijk, een grote deken die over het zorgakkoord ligt. Je moet daarbij zaken kunnen verbinden over de domeinen heen. Het gaat om waardegedreven zorg (VBHC), juiste zorg op de juiste plek ([JZOJP](#)), en over gezondheid in plaats van ziekte. Hoe kom je daar dan? “De vraag is hoe voeg je waarde toe aan het leven van de individuele patiënt. Koning Willem-Alexander noemde het in zijn rede de juiste zorg op de juiste plek, op het juiste moment.”

“Patiënt en arts moeten samen vanuit een gelijkwaardige positie besluiten nemen over diagnostiek en behandeling”, vervolgt Van Benthem. “Rekening houdend met de context aan het leven van de patiënt. Ze gaan daarbij uit van het best beschikbare bewijs. De behandeling moet waarde toevoegen aan het leven van de patiënt.’

Er is daarbij een grote rol voor betere regionale samenwerking. “Er zijn concrete afspraken gemaakt met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgprofessionals.”
Concentratie van zorg. “Het moet beter worden! De expertise die verdwijnt, moet geen randgevolgen hebben. We moeten het met elkaar doen. FMS gaat goed opletten en neemt de regierol om de partijen bij elkaar te zetten. Laten we tempo maken.”

Acute zorgvragen moeten we voorkomen. Volgens Van Benthem vraagt dat om [advanced care planning](#). Advance Care Planning (ACP), inclusief proactieve zorgplanning en markering, is een hulpmiddel om te zorgen dat palliatieve zorg telkens aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt en hun naasten. “Er komen nu nog altijd veel mensen op de Eerste hulp die daar niet thuishoren. De ggz en het sociale domein (gemeenten) hebben een belangrijke rol in de preventie van die die instroom. Zorg coördinatie is belangrijk voor het verbeteren van die instroom-doorstroom-uitstroom.”

Ook de overheid heeft een rol in het geheel. Van Benthem: “De overheid moet meer met het volk communiceren. Er is schaarste, wat kunnen we niet verwachten. Mensen moeten een gezondere levensstijl. Dus we kunnen meer doen aan preventie. Creëer Ruimte voor de zorgprofessional. Wij willen onze verantwoordelijkheid nemen om de zorg toekomstbestendig te maken. De juiste zorg op de juiste plek, samen beslissen en netwerken met andere zorgprofessionals. Van Benthem besluit: “Laten we bouwen op wat we al goed doen!”

Anne Koppelaar, de Jonge Specialist vraagt: “De dokter in de lead: Hoe moeten wij als jonge artsen die rol pakken?”

Van Benthem: “De rol begint bij de FMS. In het integraal zorgakkoord staat, de zorgprofessional wordt betrokken bij. Dus een duidelijke positionering. De innovatie komt vaak van de artsen zelf. Praten in netwerken of met digitaliseringsspecialisten. Vervolgens ga je in gesprek met de bestuurder en de verzekeraars.”

De Jonge vraagt: “Is het integrale zorgakkoord geen polderdocument? Hoe vertalen we het papier naar de spreekkamer?”

Van Benthem: “Wij moeten aan tafel en input vanuit de inhoud leveren. Verder is het belangrijk om na te denken hoe het tijdens Covid ging. Die regionalisering was toen gelukt. Partijen vonden elkaar en moesten samen iets doen. Dat model moet uitgangspunt zijn voor nu.”

Tot slot een tweetal vraag uit de zaal (Ikazia Ziekenhuis): “Er staan twee dingen in de weg van samenwerking.

1. Digitalisering, hoe gaan we dat doen?
2. Bekostiging, maakt samenwerking moeilijker?”

Bentham: “Over beide zaken zijn afspraken gemaakt in het Integraal zorgakkoord. Samenwerking betekent beschikken over informatie van de patiënt. Randvoorwaarden versnellen de transformatie. Bekostiging als beperking voor transitie vraagt tot slot om oplossingen.”

Aard Verdaasdonk, vicevoorzitter LHV

Anders werken in de ogen van de huisarts

Volgens Verdaasdonk biedt het Integrale Zorgakkoord (IZA) hopelijk ook de [huisartsen wapens](#) voor een betere samenwerking met medisch specialisten. Veel huisartsen kunnen de zorg niet aan en krijgen te maken met burn-out. ANW (avond, nacht en weekenddiensten) uitvoeren geven veel stress en vraagt ook om een ander tarief.

Verdaasdonk: “De huisarts is een generalist, persoonsgericht en een samenwerker. De praktijk is meestal gevestigd in de wijk, tussen de mensen. Een huisarts ziet alle leeftijden. In de praktijk werken verschillende mensen. We zijn dus al een tijd met innovatie bezig. [SBOH](#) waarschuwde vorige week nog voor een [ernstig tekort van artsen buiten het ziekenhuis](#).

“Hoe houden we de continuïteit in stand?” Vraagt huisarts Verdaasdonk zich af. Meer tijd voor de patiënt! Dus anders organiseren van de huisartsenpraktijk. Bij een consult van 15 min kun je beter luisteren naar de klacht en zie je de patiënten minder snel terug. Ook hoeft je minder vaak te verwijzen. Meer aandacht voor somatiek, sociale en zinsgevingsaspecten. Dat geeft meer tevredenheid voor de patiënt, zorgverzekeraar en meer werkplezier bij de zorgprofessional.”

De achterban zei volgens Verdaasdonk nee tegen de ondertekening van het integrale zorgakkoord. “Wij zien het belang, maar wij hebben tijd nodig om de [IZA](#) plannen te kunnen omarmen.”

Hoe anders werken? “Passende zorg is een verkapte term voor substitutie. We moeten beginnen bij de basis. De burger met maatschappelijke hulpvraag. Goede toegang tot schuldhulpverlening, preventie. [Samuel Sarphati](#), de arts (1813 tot 1866), verbeterde eerst de hygiëne en voedselvoorziening (brood). Een tree hoger komen dan de collega's. Geen substitutie, maar een vermindering van het aantal verwijzingen. De instroom verminderen, levert meer passende zorg. Samenwerken over de lijnen is essentieel. Betere verwijzingen, door goede samenwerking kan de zorg voor de patiënt nu en in de toekomst beter. Anders werken.”

Verdaasdonk in discussie met de jonge specialisten

Anne Koppelaar vraagt wat voor huisartsen het belang is van meer tijd voor de patiënt. Verdaasdonk reageert: “Meer tijd voor de patiënt geeft een voldaan gevoel. Dan draag je het werkplezier over aan de patiënt.”

Yaar Aga: “Tijd is in de zorg altijd een probleem, ook in een ziekenhuis. Je hebt geen tijd om mensen die bang zijn en tien keer terugkomen te woord te staan, waardoor je soms ook onaardig tegen de doorverwijzende huisarts bent. We moeten niet denken in wij en jullie.

We moeten als arts een coachende rol krijgen voor preventie. Maar moet dit niet al vroeg in de opleiding, dus meer holistisch kijken naar patiënten.”

Verdaasdonk antwoordt. “Preventie moet op school of thuis al beginnen. IZA, gezondheid leeft ook buiten de zorg.” Thijs Plokker, cardioloog en voorzitter MSB Gouda, reageert vanuit het publiek. “Meer tijd voor de patiënt. Maar dus eigenlijk meer tijd voor de artsen.” Verdaasdonk tot slot: “De zorg begint bij het burger zijn. Hoe doen we dat met hetzelfde aantal medewerkers? Ik weet niet of het effectiever kan, maar we kunnen wel beter samenwerken.”

Margriet Schneider, voorzitter RvB UMCU
‘Zorg voor Morgen’

Het IZA impliceert volgens Margriet Schneider (UMCU) samen de zorg voor morgen vormgeven. Schneider: “Ik doe dat vanuit mijn rol als bestuurder. De druk neemt toe op: geld, mensen, middelen en toegankelijkheid van zorg. Hoe gaan we hiermee om bij gelijkblijvende capaciteit? Dit geldt voor alle regio’s. Hoe gaan we anders werken? Wie nemen we aan, hoe leiden we op en hoe verhouden we ons daar naartoe.”

De patiënt staat centraal in het zorgnetwerk. Schneider: “Dat gaat verder dan een keer een vraag stellen of zeggen dat we samen beslissen. Het begint al op de bank bij de patiënt.” Samenwerken aan kwaliteit hoe voeg je waarde toe aan het leven van mensen? Schneider: “Dan moet je met patiënten kijken naar hun prioriteiten en verbeterdoelen.” Sommige aspecten van kwaliteit zijn niet meetbaar. “We moeten meer kijken naar een waarderende audit. Dat is anders dan controleren en afrekenen. Samen met IGJ en de zorgverzekeraars hebben we hieraan gewerkt.”

Participatie gaat verder dan op papier zetten dat je de patiënt centraal stelt, stelt Schneider. “We hebben een ‘ervaringsdeskundige armoede.’ Dat vraagt om meer oplossingen. “Er is een coschap in de wijk, waar studenten met patiënten mee gaan naar de dokter. Studenten zijn dan op vrijwillige basis medische maatjes. In ruil behandelen de studenten onderwerpen behandelen in de buurthuizen. De studenten leren zo dat wat de medisch specialist zegt en wil niet altijd even duidelijk is voor een patiënt. Wanneer een nefroloog bijvoorbeeld zegt, let op je gewicht, denk de patiënten ik moet minder snoepen, terwijl het mogelijk om de vochthuishouding gaat.”

Juiste zorg op de juiste plek ([JZOJP](#)). Schneider: “We moeten onderzoek doen en snappen waar de toegangspoort zit. Anders werken met elkaar, is de vraag stellen: doen wij wel goede dingen? En doen we het op een goede manier? Het antwoord is steevast nee. Concentratie en spreiding, wat moet je concentreren? En wat verspreiden.” Schneider geeft een voorbeeld: “In achterstand- en renovatiewijken kun je richten op bewegen en overgewicht. De mensen zeggen dan: we hebben geen overgewicht, want we hebben hetzelfde maatje. En waar moet ik heen bewegen? De straten zijn niet veilig ’s avonds. Maak de straten veilig voor onze kinderen, zodat we altijd naar buiten kunnen. De buurt heeft daar actie op ondernomen. De huisartsen hoeven daar niks voor te doen.”

De goede manier? Passende zorg? “Wij kunnen niet alles oplossen, maar wel goed benutten wat we kunnen. Het inrichten van een [zorgcoördinatiecentrum](#) (ZCC) voor de acute zorg. Inrichten van een Medisch Regiecentrum (MRC). Meer thuis behandelen en monitoren, vooral tijdens Covid-19 sterk opgekomen. [Teletriage bij oogheelkunde](#) voorkwam lange wachtlijsten. De [Coronacheck](#)-app is door veel Utrechters gebruikt en gaf triage.”

“Wat betreft het ZCC, in Estland en Finland doen ze het al. multidisciplinair en digitaal zelfmanagement. Patiënten krijgen dan een passend advies. Een ZCC kan virtueel of fysiek zijn. Onder regie van een regiearts, deze monitoren de kwaliteit samen met de huisartsen en medisch specialisten.”

Professional aan zet? Wij leggen uit wat anderen moeten doen, maar we zijn ook aan zet. Dokters hebben professionele logica, het is een gesloten beroepsdomein. Jullie bedenken alles, richten de eigen opleiding in en zelfs bij tucht hebben jullie een eigen tuchtraad. Je wil de beste zorg voor iedere patiënt, maar als je kijkt naar organisatie en publieke logica, dan weet je dat we de autonomie moeten behouden, maar ook moeten nadenken over de organisatielogica. De professionals die nodig zijn om diagnose en behandeling tot goed effect te krijgen, worden georganiseerd in een ziekenhuis. Je maakt dan de keten niet beter. Publieke logica, het parlement vindt ook wat. De burger vindt ook wat. Wij kunnen het niet zelf oplossen, maar we moeten ons verhouden tot de organisatie waarin we werken, maar ook tot de publieke logica. In coronatijd was het fantastisch dat de FMS die rol pakte. Welke richtlijnen en protocollen, daar leidraad geven, waar professionals in de lead zijn.

In de stad bij bewonersraden was er een ‘armoedediner’. Schneider: “Verschrikkelijke naam, maar dan praten we tijdens het eten met de mensen uit de wijk. Een van die mensen is de ervaringsdeskundige die in dienst is genomen. Het is moeilijk communiceren en we zijn ondanks dergelijke initiatieven nog ver weg van de patiënt.”

Marjolein Tasche, voorzitter RvB Franciscus Gasthuis & Vlietland en vicevoorzitter NVZ
Anders werken; vooral doen!

In Franciscus werken 400 dokters en 10x zoveel anderen. Het is triest als mensen weggaan uit de zorg en zzp’er worden omdat ze dan meer verdienen. 1 op 6 mensen werkt in de zorg. Ziekteverzuim is 7 tot 12% mede door Covid. 150.000 instroom, en 115.000 uitstroom (NVZ) 40% verlaat werkgever binnen 2 jaar in dienst, 75% blijft in de sector.

Het aantal zzp’ers is verdubbeld naar 3% bij een omzet van 500 miljoen, gaat 10 miljoen naar personeel. Tasche: “Pas de wet aan, en een deel zal weer teruggaan naar een vaste functie in de zorg. Er is een kansrijke periode. De Hbo-v opleiding zit vol. Er is een opleiding medisch hulpverlener, daar gaan veel mensen in. Er zijn 400 aanmeldingen, die kunnen wij echter niet hosten in een goeie stage. Dit zijn gedreven mensen, die veel techniek en digitalisering hebben, maar wij creëren geen sfeer om ze te laten landen.”

In 2031 is er een tekort in alle verpleegkundigen. Tasche: “Mensen gaan uit de zorg vanwege geestelijke gezondheidzorg (burn-out) en uitdagingen in de werkzaamheden. Waardering, financieel, er is een salariskloof. Het deukje is niet weg. Mensen moeten meer regie over het

eigen leven hebben. Iedereen kan een appje krijgen om ineens 's nachts te komen werken. Dat geeft bij veel zorgprofessionals stress. Als zzp'er heb je veel meer de regie over je eigen leven, dat moeten we in de zorg gelijktrekken."

Oprechte aandacht is volgens Tasche het belangrijkste. "Dat zit niet in geld, maar ook in ambities, vitaliteit, gezondheid, professionele ruimte. We zijn dicht getikt in normen en protocollen. Een team moet zelf kunnen beslissen hoe het werkt. We moeten zinvol kunnen registreren. We gaan niet meer opschrijven dat iemand lekker geslapen heeft. We moesten helemaal om, het was geen simpele verandering."

22-24 uur werkt de gemiddelde medewerker. Dat is volgens Tasche te weinig. Tasche: "Wanneer je 6 uur meer gaat werken, zijn een hoop problemen opgelost. Gouden regels naar detachering. Regionale samenwerking loont. We hebben een platform zodat je in 9 ziekenhuizen kunt werken. We hadden meteen de ACM op de stoep, vanwege een flexibiliteitstoeslag, we gaan het toch doen."

Mariska Kret, hoogleraar psychologie, faculteit sociale wetenschappen, universiteit Leiden
Wat kunnen we leren van de apen?

Er wordt veel verwacht van zorgprofessionals. Mariska Kret: "Ik wil iets nuttigs zeggen vanuit mijn expertise als sociale wetenschapper." Kret onderzoekt emoties in mensen en mensapen. "In het visiedocument Medisch specialist 2025 staan drie kerntermen: ambitie, vertrouwen en samenwerken. Hoe zorg je daarvoor? Je moet bewust zijn van de factoren die dat belemmeren en versterken.

Hoe zou het zijn om een vleermuis te zijn? De filosoof [Thomas Nagel](#) zei dat het onmogelijk is om erachter te komen hoe het is om een vleermuis te zijn. Kret: "Ik vind onmogelijk ontzettend irritant, liever zoek ik naar manieren om toch in het koppie van het dier te kruipen. Datzelfde geldt voor menselijk gedrag, waarom doen we sommige dingen? Veel gedrag is evolutionair te verklaren, maar niet goed te praten. Voor verandering moet je eerst weten waar gedrag vandaan komt."

Het is niet iets van het verleden. De mens komt niet voort uit de chimpansee. Evolutie zorgt niet altijd voor verbeteringen. Zonder dieren geen planten, en zonder planten geen mensen. We delen een evolutionair verleden.

Kret vraagt het publiek waarom mannen soms 'dickpics' sturen aan vrouwen.

Er komen verschillende antwoorden uit het publiek: Intimidatie? Iets bereiken? Trots?
Kret: "Die hebben een functie in het hier en nu."

Je kunt gedrag volgens Kret het beste vanuit mechanisme, functioneel, ontwikkeling en evolutionair oogpunt bestuderen. "Bij chimpansees zie je dat een aap bij woede kan dreigen met zijn fallus of deze gebruikt om een vrouw te imponeren. Wij lijken evolutionair gezien minder op de gorilla dan op de chimpansee en bonobo-ape."

- Bonobo hebben een vrouwelijke leider

- Chimpansees hebben een mannelijke leider
- Mensen leven in gezinnen, maar zijn niet monogaam
- Gorilla leeft met een harem, waarbij de vrouwtjes domineren
- Orang-oetan, is op zichzelf levend.

Hetgeen dat de aandacht trekt is relevant voor de diersoort. “In de Apenheul deden we onderzoek naar de bonobo.” Voor mensen en bonobo’s zijn emoties belangrijk. “Dat was te meten met eye-tracking onderzoek. Bij mensen gaat de aandacht eerder naar bekenden dan naar onbekenden. Maar bonobo’s zijn vooral geïnteresseerd in soortgenoten die ze niet kennen. De Bonobo ontstond in Congo op een veilige plek met weinig roofdieren, voldoende voedsel. Het resulteerde dus in een vreedzaam soort met een vrouwelijke leider.”

Voor chimpansees en mensen is dat anders. Kret: “Deze leven in omgrensde gebieden met meer competitie. Chimpansees doen daarbij aan grenscontrole. Net als mensen.” Ambitie samenwerken en vertrouwen. Hoe kun je beter samenwerken? Beslissingen nemen op basis van gevoel? “Mensen zijn geen rationele wezens. Dat is vooral te zien bij onze partnerkeuze. Ik heb samen met wat onderzoekers de Ig-Nobelprijs gekregen voor een blind-datestudie. Wat zorgt bij mensen voor een klik? Eerste indruk, praten, non-verbaal. Er was veel oogcontact, of juist niet. Veel gelachen. Veel spiegelgedrag. Hartslag liep gelijk. Elkaar aankijken geeft ook op het werk een betere samenwerking.”

Kret concludeert dat de mens niet uniek is in het hebben van emoties. “Net als bij andere dieren zijn emoties vaak de drijfveer achter verkeerd menselijk gedrag. Hiermee moet je rekening houden als je een gedragsverandering wil creëren bij Medici.”

Bas Leerink, lid Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS), voorzitter commissie **Grenzeloos samenwerken, Illusie of uitdaging?**

Zorgbestuurder en consultant Bas Leerink begon zijn carrière als klinisch chemicus. Later werkte hij voor zorgverzekeraars, aan de zorginkoopkant waarbij hij moest onderhandelen met artsen en apothekers. Het preventiebeleid bespaart veel geld in Nederland. Leerink: “De apothekers waren niet altijd mijn vrienden na die onderhandelingen.” Hij werd ziekenhuisdirecteur in Enschede. Leerink: “Nu ben ik 60 jaar geworden en adviseur.”

Leerink ziet dat er de afgelopen jaren mooie samenwerkingen zijn ontstaan in de zorg. “Als je naar de notities kijkt, is samenwerken een middel om alle problemen op te lossen. Maar je kunt ook gewoon aan het werk gaan. Zelfs nota’s van VWS stellen dat het wel kan. Er zijn wetsvoorstellen over domeinoverstijgende samenwerking de langdurige zorg en de [Zvw](#) curatieve zorg. Je moet kiezen wat uit welk potje wordt betaald. De IZA aanpassen van het stelsel.” De centrale vraag is daarbij: hoe kun je stelsels van zorg aanpassen om vormen van domein overstijgende samenwerking beter mogelijk te maken?

Leerink: “In Nederland stonden we bovenaan in 1990, nu zijn we onderkant middelmaat, er is dus nog wat urgentie te halen.”

“Een ziekenhuis besluit iets te doen aan jeugdzorg. Kinderartsen vinden dat mooi. Het budget is echter klein. Voordelen van dergelijke initiatieven komen uiteindelijk niet bij het

ziekenhuis. Je zou willen dat er meer gebeurt in buurthuizen, om zo de instroom in de zorg te verminderen. Samenwerken is veel werk. Je moet goed nadenken waar je je aan committeert. Het kost veel energie.”

1. In ons advies staat deze analyse. Wij willen daarom een discussie over deze stelsels en niet weggaan, maar kijken hoe we het stelsel toekomstbestendig kunnen maken. Moet je het stelsel Tweaken en simpeler maken.
2. Zorgverzekeraars zijn schadeverzekeraars. Dat maakt het moeilijk om dingen op te lossen. Samenwerken en congruent gedrag vertonen, en dat zijn dingen die slecht samengaan met de logica achter het stelsel.

De mensen worden ouder, zieker en de zorg is daardoor steeds complexer. Leerink: “Als je daarbij de schaarste in de zorg optelt, is samenwerken coördineren zeer belangrijk. Keuzevrijheid en marktwerking, Werken niet, dat moet anders. Onze oproep is dat het zeker moeten doen, maar eerst moeten we prioriteiten stellen.”

Leerink licht toe: “De logica van marktwerking is een stuk minder in de acute zorg. Daar moeten we samenwerken en het goed blijven coördineren. Dat moet een prioriteit worden. Betaaltitel voor acute thuiszorg.”

Leerink geeft een voorbeeld uit Suriname. “Daar heb je verschillende vrouwen op grote markten die allemaal dezelfde groenten en fruit verkopen. Ze helpen elkaar. De buurvrouw rekent af voor de vrouw die niet kan rekenen, of als iemand naar de wc is, past de ander op. Het kan dus toch samenwerken in verschillende organisaties die hetzelfde product leveren.”

Marianne de Visser, Neuroloog, lid [WRR](#), voorzitter commissie “Houdbare Zorg”.

Houdbare zorg

Marianne de Visser is neuroloog en lid van het (Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid) WRR. In het [rapport Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak \(rapport nr. 104, 2021\)](#) komt de WRR tot de conclusie dat we – om de groei van de zorg te begrenzen - beter moeten gaan kiezen waar onze prioriteiten in de zorg liggen.

Gezondheid staat volgens De Visser centraal in het leven van mensen. “Hoog vertrouwen in huisartsen en ziekenhuiszorg. Het vertrouwens neemt af in andere sectoren. SCPB heeft onderzoek gedaan, en zag dat 39% van de mensen zorgen hebben over kwaliteit van de zorg. Bij ouderenzorg is dat zelfs 54%.”

De Visser vervolgt: “Samen met de rekenkamer en de IGJ zagen wij dat de publieke waarde voor bepaalde delen van de Jeugdzorg, GGZ en ouderenzorg beneden de minimumnorm is.” De zorgvraag stijgt door de ontwikkelingen op het gebied van de medische technologie. In 2035 is heel Nederland meer dan 25% ouder dan ≈65 (bron: WRR) “Door die zorgvraag toename gaat ook personeel steeds meer knellen.” In 2019 is 107 miljard naar de zorg gegaan. “Dat is vooral langdurige zorg en medisch specialistische zorg.” De uitgaven blijven

oplopen. (Vonk et al 2020). Nza 2020 GGZ neemt sterk toe. Lichte GGZ verdringt daarbij de ernstige GGZ. “Vanaf 2013 was er een ambulantisering van de ggz, maar deze ging sneller dan wat kon op basis van de capaciteit. Ook verdien je meer aan lichte patiënten. En er is te weinig EBM in de GGZ. En te weinig uitstroom na behandeling. Dezelfde problemen zijn te zien in de jeugdzorg en de ouderenzorg”, stelt De Visser.

Doelmatigheid is belangrijk, maar niet meer personeel. Er is een derde agenda nodig, groei begrenzen door beter te kiezen. Inzet op doelmatigheid is niet afdoende. Juiste zorg op de Juiste plek ([JZOJP](#)), passende zorg, en andere initiatieven zijn belangrijk om doelmatiger te werken. Maar niet afdoende om de toenemende vraag tegen te gaan. Je moet daarbij geld niet verkwisten.”

“Meer personeel is belangrijk, maar inzetten op meer personeel is evenmin afdoende. Het basispad arbeidsaanbod stagneert. Er is een stagnatie van de beroepsbevolking. Groei begrenzen door beter kiezen. Er moet een aanvullend beleid komen. Het vergt moeilijke en pijnlijke keuzes. Keuzes binnen buiten de zorg.”

Kies voor gezondheidswinst, dat is een verlenging van een gezonde levensverwachting.

“Bereid daarbij de samenleving voor op de schaarste. Langetermijnvisie bij sectoren die de minimumnormen niet kunnen handhaven. Er is meer jeugdzorg nodig. Betrek de burger erbij. Maar maak het representatief voor de samenleving.”

“Politiek afweging zorgpersoneel. Geld is een probleem, maar het gaat vooral om goed werkgeverschap, autonomie, balans privé-werk. Parttimers gaan niet vooruit als ze meer werken, dus kijk naar fiscale maatregelen.” De politiek moet volgens De Visser actief investeren in brede preventie. “Goed onderwijs, een adequate omgeving. Goedkope manieren om de levensverwachting van mensen te verlengen.” De suikertax, zoutreductie in voeding, en het verhogen van accijns op sigaretten geven een reductie.

Er zijn tot slot heldere rollen weggelegd voor de politiek, toezichhouders, het Zorginstituut Nederland en de zorginkopers. De Visser eindigt: “De afbakening is niet toekomstbestendig.”

Wim Hafkamp, managing director Z-CERT
Cybersecurity in de zorg

De ‘Cyber Threat Radar’ werd in oktober in Kopenhagen gepresenteerd. [Z-Cert](#) is een stichting in Amersfoort. De ‘Z’ staat voor Zorg. Het gaat om 300 zorginstellingen en honderden cyber security specialisten. Ook genoemd in het IZA. Core business is het internet afspeuren naar kwetsbaarheden. Wim Hafkamp de managing director van Z-Cert vertelt over cyber security in de zorg.

Bij een [ransomware](#) aanval, achterhalen wij welk IP-adres betrokken is, dan is dat malafide IP-adres bekend bij het ziekenhuis en te blokkeren. Hafkamp: “Informeer bij uw CFO of jullie zijn aangesloten.”

[NEN7510](#) Is de norm voor informatiebeveiliging. Het is een Nederlandse norm die is afgeleid van een internationale standaard. Het bevat 130 normen waaraan elke zorginstelling moet

voldoen. Hafkamp: “Het is nog altijd niet voldoende. Kijk vooral naar de maatregelen die effectief zijn.”

Cybercriminelen zijn volgens Hafkamp lui! “Ze herhalen een techniek tot het werkt. Back-up is belangrijk. Gegevens kopiëren, encryptie erover en je bent je back-up kwijt. Zorg dat er altijd een offline backup is.” Z-Cert maakt elk jaar een verslag. Vorig jaar waren er 1.028 incidenten, maar nog geen Distributed denial of service ([DDoS](#)) aanvallen. “Een groot deel van de incidenten is niet hightech. Het gaat vaak om menselijke fouten zoals verkeerde mailadressen.”

In de Cyber threat radar staan de top tien dreigingen vermeld. Ransomware vormt binnen de zorg de grootste bedreiging. Vervolgens onbeschikbaarheid door bijvoorbeeld [DDoS](#). Derde is diefstal van medische gegevens. In Nederland zijn er 5 bendes (ook wel: actoren), die zich richten op de zorgsector.

“Wij vroegen de CFOs van zorginstellingen: Wat zijn de enablers? Waardoor neemt de dreiging toe, daaruit kwamen 7 dreigingen. Vaak ontstaan ze door Vendor Market Dominance. Veel instellingen gebruiken dezelfde systemen. 2. Shadow IT. wetransfer/google docs. 3. Door Covid-19 kwamen er in het IT-netwerk bypasses. Veel mensen installeerden open RDP-verbindingen, waardoor patiëntinformatie kon uitlekken en de veiligheid in het geding was. Veel specialisten die vragen of hun applicatie open mogen. We hebben inmiddels 5 tot 10 organisaties gewaarschuwd en zo vanuit Z-Cert een aantal incidenten voorkomen.”

Lukas Dekker, hoogleraar TU/e en cardioloog over e/MTIC.

Anders werken! Hoe dan?

Lukas Dekker is hoogleraar aan de Technische Universiteit en mede-oprichter van het Medische Technologie Innovation Center in Eindhoven (e/MTIC). Hij werkt ook als zo'n 14 jaar als cardioloog in het Catharina ziekenhuis in Eindhoven. Dekker: “We wilden met klinische partners een aantal taskforces benoemen.

Dekker: We willen boezemfibrilleren met 100% zekerheid via een horloge kunnen vaststellen. Met een [Healthdot](#) kunnen wij na een oncologische operatie bepalen wanneer een patiënt ontslagen kan worden. We kijken ook of we uitkomsten kunnen voorspellen met een camera. Met kunstmatige intelligentie (AI) en mechanistische modellen kijken of we bij mensen met een hartinfarct beter kunnen voorspellen wie er stoornissen gaan krijgen.

Bij het Catharina Ziekenhuis doen wij VBHC (Value Based Health Care, waardegedreven zorg), dit werd gepioneerd door [Michael Porter](#) (Harvard, USA). Hij heeft zes elementen om de zorg structureel te verbeteren. Belangrijk is daarbij de waarde van de patiënt.

In Eindhoven proberen we al wat jaren waardegedreven zorg te implementeren, Dennis van Veghel is daar al een jaar of 10 mee bezig. Door het initiatief [Meetbaar beter](#), werd de VBHC-prijs gewonnen in 2014. Dekker geeft een aantal voorbeelden: PVI in dagbehandeling. Catheters bij hartritmestoornis. We willen dat in dagbehandeling, dus zonder opname. Het

bleek veilig in de testfase. [IMPROV-ED trial](#) een eHealth studie in CABG (Coronary artery Bypass Grafting) We lieten ze video en betere info zien, waardoor de zorgconsumptie omlaagging. Minder angst en depressie. En tot slot de Non-STEMI trial. Triage in de ambulance bij hoge score gaat de patiënt naar een interventiecentrum en in één keer op de juiste plek terechtkomen.

Ook innovatieve mislukkingen passeerden de revue. Dekker: “De [Mydiagnostick](#) is daar een van. We hebben veel mensen opgeleid, maar slechts een kwart van de patiënten kunnen screenen. Er is voldoende literatuur dat het werkt, maar een POH in Reusel moest het ook kunnen gebruiken. De score was te laag omdat de dokters geen tijd hadden om het te doen.”

Een tweede mislukking was ‘Hartvolgers.org’, een platform voor hartpatiënten. Niemand wilde het subsidiëren, ondanks dat het aantoonbaar beter was.

Dekker concludeert: “We moeten dezelfde partituur, we moeten een dirigent, en we moeten veel oefenen, en niet blijven stemmen. Er zijn geen quick fixes. Het toepassen van innovaties vraagt om systeemveranderingen Technologie is daarbij niet meer de beperkende factor. Opschalen is de volgende stap. We moeten meer van project naar programma. Dat vraagt om geld. Financiering moet er zijn voor zorg en research. Uiteraard betere regelgeving MDR, WMO, GDPR nu en in de toekomst. Zorg voor nieuwe mensen met nieuwe competenties. EHealth is niet de oplossing voor onderbemensing”.

Monique Valentijn, lid RvB Antonius ziekenhuis en lid van Santeon Stuurgroep over thuismonitoring.

Thuismonitoring

Monique Valentijn heeft veel ervaring in de zorg. Van leerling-verpleegkundige, tot arts-assistent, als internist en als directeur van een revalidatiecentrum en nu als ziekenhuisbestuurder. Valentijn: “Overal zie je dat patiënten liever thuis zijn dan bij ons. Ze zijn het centrum van ons universum, dus moeten we de zorg zo inrichten.”

Instream verlagen of capaciteit vergroten. “Digitale zorg draagt bij aan al deze bewegingen. Je gaat niet digitaal doen wat je al deed, maar je zorgpad anders inrichten met andere contactmomenten en de samenwerking met andere zorgprofessionals. [Thuismonitoring](#) is daar een groot onderdeel van.”

Er zijn 7 Santeon ziekenhuizen. We willen patiënten een naadloze ervaring bieden. In het ziekenhuis en thuis. We willen het uitbreiden naar andere ziekenhuizen en zorgaanbieders. Santeon heeft een landelijke dekking en werkt al 12 jaar samen. We kijken naar hoe je zorg kunt verbeteren door te kijken naar uitkomsten. Het gaat om waardegedreven zorg ([VBHC](#)). We kunnen als groep de waarde verhogen.

Valentijn: “Samen ben je meer dan de som der delen. Je vindt ieder voor zich het wiel uit, maar kan dan niet opschalen. Je moet investeren. Die investeringskracht uit zich in mankracht. Hoe kun je met elkaar innoveren.”

COPD-patiënten een keer in de week een vragenlijstje laten invullen om niet in het ziekenhuis te komen, biedt grote voordelen voor de patiënt. “Gaat u de dokter niet missen. Ik zie mijn vrouw liever, is dan vaak het antwoord.” COPD, diabetes en Covid-19. Allemaal zorg wat vraagt om een uniform zorgpad. “Dat was een waanzinnige klus met 7 ziekenhuizen. Gelukkig was er een medical need. Anneke van Veen, longarts, heeft voor covid-19 die samenwerking voor elkaar gekregen. Het was uniformiseren en standaardiseren.”

Valentijn: “Alle 7 ziekenhuizen en beroepsgroepen moesten vertegenwoordigd zijn. Zorgverleners zien voordelen van digitale zorg. Het voorkomt onnodige bezoeken en schept ruimte op de poli’s. De gegevensuitwisseling moet beter. Patiënt heeft een App. Monitoring en coördinatiecentrum in ziekenhuis.”

Marjo Vissers, CEO VGZ

Bart Lanen, Aios interne geneeskunde

Afsluiting "Wat vinden de jonge dokters ervan?"

Terugdringen onnodige zorg

Een patiënt had een urinekatheter. “Kan hij eruit? Nee, alleen om 23:00 want dat is ons protocol.” Een week later, patiënt met longziekte kreeg een infuus, deze was vergeten. Patiënt moest daardoor 2 weken langer in ziekenhuis vanwege IV-antibiotica. Geerlings AMC, interne. We zijn mede door dit soort incidenten een project gestart om onnodig gebruik van urinekatheters en infusen te verdringen.

Visser: “Anders werken, anders doen. Wat is je tip?” Lanen reageert: “Er zijn veel initiatieven, dat is goed, maar kijk naar het zorglandschap en pak dan eerst het laaghangend fruit. Waar is de schaal groot. En waar kun je impact maken. Opschalen is iets waar we landelijk niet veel ervaring mee hebben.”

Visser: “Wij willen de gretigheid bij onze mensen, zoals inkopers en analisten, om de mooie initiatieven beet te pakken en groter te maken, zodat we het op andere plekken een duwtje kunnen geven. We verzamelen, rekenen het door, en wanneer een probleem zich in een ander ziekenhuis voordoet, dan kunnen we het uit de tas halen om het ziekenhuis een duwtje in de rug te geven. Ziekenhuis moet dan niet de kosten kwijt zijn en afdelingen moeten niet verdwijnen. Daar is tijd voor nodig. Wij geven tijd om die beweging te maken en om de schaal goed te krijgen in de nieuwe setting.”

Lanen: “Het kost echter wel tijd om dit soort initiatieven uit te werken.”

Visser: “We kunnen tijd creëren door onnodige dingen niet meer te doen. Dat ligt bij ons als zorgprofessionals en de ziekenhuizen.”

De Jonge vraagt of dergelijke initiatieven niet lijden tot minder omzet voor de ziekenhuizen. Visser reageert: “Bij minder omzet, kun je niet de kosten uit het huis hebben. Een deel van de kosten blijven in het huis. Je moet de bestaande infrastructuur veranderen, maar daar is tijd voor nodig.”

Tot slot

Janko de Jonge en Anne Koppelaar besluiten het congres met een dankwoord: “Van Ernst Kuipers tot passende zorg, bedankt voor jullie tijd en bijdrage.” Anne Koppelaar: “Het is mij goed bevallen om tijdens het Rode Hoed Symposium de stem van jonge artsen samen met vier collega’s te vertegenwoordigen.”



Overige bronnen & Achtergrondinformatie

[Visiedocument Medisch Specialist 2025](#)

[Compilatie standpunten SER, RVS, CPB, etc.](#)

[Kamerbrief maart 2022](#)

[WRR rapport Houdbare Zorg](#)

[Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving](#)

[Concept Integraal Zorgakkoord](#)

Beeld: Anne Koppelaar/ Ernst Kuipers/ Bonapart.Media
Content en verslaglegging: Lennard Bonapart, Medisch publicist