RESILIENCE

Weerbare zorg op alle fronten

INGEN DAEL 2026

DISCOURS

RESILIENCE

Weerbare zorg op alle fronten

De boodschap op het Ingendael Discours 2026 was ongemakkelijk en confronterend: bereid je voor op een oorlog. Want wat we nu in Oekraïne zien gebeuren zou over twee tot drie jaar realiteit kunnen zijn in de Baltische staten, NAVO-grondgebied. Vanuit die urgentie spraken we op het Ingendael Discours over resilience van de zorg. Resilience in al zijn dimensies, van militaire medische paraatheid tot regionale samenwerking en cybersecurity.

De 16e editie van Ingendael Discours, een initiatief van de Blommestein Groep, vond plaats van 26 tot en met 28 augustus 2026 in Kasteel Maurick en Huize Bergen in Vught. Zorgbestuurders, verzekeraars, medisch specialisten en bedrijfsleven komen tijdens het Ingendael Discours bij elkaar om in een informele setting de uitdagingen en oplossingen van de (ziekenhuis)zorg te bespreken. In een inspirerend programma van lezingen, gesproken columns, discussies en rondetafelgesprekken kwamen tijdens deze editie de grote geopolitieke dreigingen aan bod, waarna werd ingezoomd op de veerkracht en weerbaarheid van de zorg én die van de individuele bestuurder.

IJLE STELSTRA

Senior Associate Fellow bij Instituut Clingendael

WEERBAARHEID IN EEN MULTIPOLAIRE TIJD

De internationale orde kantelt en dat raakt ook de Nederlandse zorg. IJle Stelstra, senior Associate Fellow bij Instituut Clingendael en voormalig directeur van het Nederlands Instituut Publieke Veiligheid, neemt de aanwezigen mee in de nieuwe machtsverhoudingen. "We zijn kwetsbaar. We hebben een 'vredesvakantie' gehad van veertig jaar, dat heeft ons minder veerkrachtig gemaakt."

Na een inleiding over de historie van Instituut Clingendael licht Stelstra de rol van het instituut toe. "Wij staan voor truth to power: de macht de waarheid spreken." Als denktank houdt Clingendael zich onder meer bezig met het tegengaan van desinformatie.
Om te begrijpen waar we nu staan, schetst hij drie tijdvakken. De bipolaire wereld van de Koude Oorlog, de unipolaire wereld van de Amerikaanse suprematie, en de multipolaire wereld van vandaag. In de huidige, multipolaire wereld is het machtsevenwicht weg en zijn we op zoek naar een nieuwe orde, zegt Stelstra. Hij refereert aan het thema van het Ingendael Discours 2025, dat in het teken stond van de Tussentijd. Bij het zoeken naar een nieuwe wereldorde gaat het over veel meer dan de VS tegenover China: "Het gaat over de brede machtsvraag. Wie heeft er de macht over medicatie, over energie?"

VAN GEDEELDE NAAR SEPARATE WAARHEDEN

De wereld verschuift van waarden en rechtsorde naar macht, met nieuwe narratieven die worden gevoed door desinformatie en complottheorieën. Van een gedeelde waarheid naar separate waarheden in filterbubbels. En van neutrale naar gepolitiseerde bedrijven, wat het meest duidelijk wordt bij de techbedrijven. "Het is een transitie, en die komt met toenemende druk en toenemende conflicten. Informatie is daarin een wapen." Geografische grenzen vormen bovendien geen beperking meer, zegt Stelstra, wat de Amerikaanse sancties tegen het Internationaal Strafhof laten zien.

FRAGMENTATIE ALS BESTUURLIJKE WERKELIJKHEID

Hoe staan we er in Nederland voor? Stelstra wijst op de grote versnippering in vrijwel alle sectoren. "De wereld is gefragmenteerd en daar leggen we onze eigen fragmentatie van structuren en instituties nog eens bovenop." Dat levert problemen op zodra sectoren elkaar nodig hebben. "Het is een opgave voor Nederland om daar meer orde of logica in aan te brengen, zodat we sneller besluiten kunnen nemen. Want als je te langzaam bent, dan ben je voordat je het doorhebt niet meer relevant."

DE ZES GEZICHTEN VAN MAGA

Stelstra bespreekt het Clingendael-onderzoek naar de MAGA-beweging, dat hij de deelnemers na afloop toestuurt. Hij onderscheidt zes eigenschappen, elk met een eigen gezicht. Zo staat Elon Musk voor tech-libertalisme en JD Vance voor christelijk nationalisme. De beweging blijft niet beperkt tot de VS, zegt hij: "Wat in de Verenigde Staten gebeurt, zie je ook in Nederland. Alleen is er hier geen persoon zoals Trump die het allemaal verbindt."

BEWEGINGEN OP HET WERELDTONEEL

In het Amerikaanse buitenlandbeleid krijgt Europa er stevig van langs, vertelt hij. Onder Trump geldt het internationaal recht in de nieuwe wereldorde niet meer. Dat wordt onder meer duidelijk bij de acties in Groenland en Venezuela en de aanval op Iran. Eén detail verdient volgens Stelstra bijzondere aandacht: tijdens de blokkade zijn Chinese schepen wél door de Straat van Hormuz gevaren. "Dat dwong China af. Bij Iran én bij de Verenigde Staten. China is dus nog machtiger."

"Als je te langzaam bent, dan ben je voordat je het doorhebt niet meer relevant."

Wat wil China? "De ideologie van Xi is dat het goed gaat met China. Dat ze zo machtig zijn dat niemand ze kan raken." Het is een fundamenteel andere ideologie dan die van Trump, benadrukt hij. Dat de Chinese invloed ook hier voelbaar is, laten de strubbelingen rond Nexperia zien. Hij stipt de opkomst van de middenmachten aan, zoals India en ook Oekraïne. "De middenmachten zoeken elkaar op en smeden nieuwe coalities. Ook dat hoort bij deze multipolaire wereld."

DE SITUATIE IS GRIMMIG

Wat er op het wereldtoneel gebeurt, raakt de zorg in Nederland, vertelt Stelstra. Ook wij hebben te maken met polarisatie en informatieaanvallen. Het gaat over onrust onder medewerkers, die niet meer weten wat waar is en wat niet. En over een onzekere toeleveringsketen. Dit vraagt om snel en accuraat handelen, maar daar wringt het, want het huidige gefragmenteerde systeem en onze werkwijze van polderen zijn daar niet voor gemaakt. "Realiseer u dat er allerlei machten bezig zijn met de verdeling van de wereld. De situatie is best grimmig. En wij zijn kwetsbaar: de lange periode van vrede heeft ons minder veerkrachtig gemaakt."

INNOVATIEKRACHT EN SOCIALE COHESIE

Hoe worden we weerbaarder? Stelstra heeft een aantal adviezen. Als Europa moeten we onze innovatiekracht vergroten, zodat we minder afhankelijk worden van Amerikaanse en Chinese producten, zegt hij. Op nationaal niveau moeten we werken aan sociale cohesie: "Het sociale cement in onze samenleving is verwaarloosd en geërodeerd. In Zweden en Litouwen lukt het om die cohesie terug te brengen. Dat moeten wij hier ook doen." Van de overheid hoeven we op dit vlak weinig te verwachten, zegt hij, want die is vooral bezig met politieke dossiers als stikstof en migratie. "De beweging naar weerbaarheid zien we niet echt in Den Haag."

GEEN PANDEMIE, MAAR EEN OORLOG

De zorg wordt weerbaarder door vergaand samen te werken: "Dat betekent soevereiniteit inleveren. Tijdens corona lukte het om patiënten te spreiden. Misschien komt er nu geen pandemie op ons af, maar een oorlog. Hoe gaat u dan als sector om met de spreiding van medicatie en van IC-bedden? Hoe kunt u meer samenwerken en elkaar niet langer als concurrent zien? Dat is de grote opgave voor de zorgsector." Hij besluit: "Verbeter de wereld en begin bij jezelf. Wacht niet op de overheid, want die is trager dan u bent."

JELLE BOS

Surgeon General bij het ministerie van Defensie

VOORBIJ DE ZERO-RISK MINDSET EN VOOR WEERBARE ZORG

Wat vraagt weerbaarheid van de zorgsector als geheel, van zorgorganisaties én bestuurders? Jelle Bos, Surgeon General bij het ministerie van Defensie, schetst hoe Defensie zich voorbereidt op een gewapend conflict en welke rol de Nederlandse ziekenhuizen daarin krijgen. Zijn boodschap is grimmig: "Houd over twee tot drie jaar rekening met een oorlog op NAVO-gebied."

Bos is arts en zorgbestuurder binnen Defensie. Hij geeft leiding aan de militair geneeskundige dienst: 3.500 mensen, verdeeld over alle onderdelen van de krijgsmacht. "Mijn bijnaam is voor sommigen 'Dokter Doom'. Dat zegt helaas iets over de boodschap die ik sinds een aantal jaar breng: de kans op oorlog is reëel, houd rekening met veel slachtoffers." Dat Defensie zich weer voorbereidt op oorlog is nieuw, vertelt Bos. Het begon in 2014 met de Russische inval op de Krim en veranderde definitief in 2022, met de inval in Oekraïne. "Toen gingen de krijgsmachten van alle NAVO-landen en hun partners nadenken: zijn we er klaar voor? En waarvoor dan?"

VOORBEREIDEN OP OORLOG

De opdracht van de geneeskundige dienst is tweeledig. Ten eerste het ondersteunen van de krijgsmacht, zodat gewonden geholpen worden en terug kunnen naar het front. "Wij kijken niet uitsluitend naar gezondheid, maar vooral naar inzetbaarheid." Ten tweede het ondersteunen van de civiele autoriteiten, een van de hoofdtaken van Defensie. "Dat deden we ook tijdens covid, toen ik commandant-directeur was van het Centraal Militair Hospitaal en wij, samen met het UMCU, het Calamiteitenhospitaal beschikbaar maakten." Defensie helpt de zorg nu om zich voor te bereiden op een oorlog. "Wij als militaire gezondheidszorg drijven op de civiele gezondheidszorg. Die hebben we snoeihard nodig. Die voorbereiding is dus ook in ons eigen belang."

OVER TWEE TOT DRIE JAAR

In de Baltische staten leeft een reële angst voor een inval, vertelt Bos: in 2028 of 2029 zou Rusland daartoe in staat kunnen zijn. De hybride oorlogsvoering is al aan de gang in Europa. Bos wijst op de recente prikacties met explosievendragende drones in Leipzig. "We zien dat alle middelen van disruptie worden ingezet: informatie, cyber, politieke druk en militaire druk." Een bestand tussen Rusland en Oekraïne zou het beeld niet geruststellender maken, integendeel: "Dan is Rusland eerder in staat om dit te doen."

LESSEN UIT OEKRAÏNE: EEN KILL ZONE VAN VIJFTIG KILOMETER

In zijn verhaal combineert Bos het militaire en het medische perspectief. Wat er tussen 2022 en nu is veranderd in het Oekraïneconflict, is vooral de innovatieslag. Door de inzet van drones is er een kill zone ontstaan tot vijftig kilometer. Gewonden snel weghalen wordt daarmee veel lastiger. "De meeste slachtoffers komen uit deze zones. Daar moeten wij rekening mee houden als de NAVO in conflict komt met Rusland." Naast een verandering door de oorlogsvoering met drones, zie je ook dat in de oorlog in Oekraïne medische hulp een bewust doelwit is. Veldhospitalen worden nu acht meter onder de grond ingericht en parkeergarages en kelders van openbare gebouwen worden gebruikt als medische post. "Daar bereiden wij ons ook op voor." Tegelijk verandert dronetechnologie de zorg ook ten goede. Zo kun je met drones medische zorg ondersteunen. "Drones maken een nieuwe vorm van telemedicine mogelijk. Ze vervoeren middelen zoals bloed en monitoren de patiënt."

TREINEN NAAR NEDERLAND

Defensie bereidt zich o.a. met de samenwerkende relatieziekenhuizen voor op een oorlog in bijvoorbeeld de Baltische staten, met een stroom gewonden tot gevolg. Aan de hand van een plaat over patiënt flow management laat Bos zien hoe een gewonde van het slagveld in een Nederlands ziekenhuis belandt. Dat zal vooral per trein kunnen gaan. "Die bouwen we nu samen met de NS om." Eén trein vervoert ongeveer 150 slachtoffers naar Nederland. "Die komen bij u terecht. Bij ziekenhuizen, bij revalidatiecentra, en bij de VVT of huisarts als mensen meteen naar huis kunnen." Over de routering is Defensie in gesprek met de ministeries van VWS, JenV, IenW en de Nctv. Nederland is in dit systeem vooral ook een transferland: "De (multinationale) patiënten moeten uiteindelijk in hun eigen land terechtkomen."

IMPACT OP DE NEDERLANDSE ZORG

Wat betekent het beeld dat Bos schetst voor onze samenleving en voor de aanwezige bestuurders? Bos somt op: gewonden opvangen, maar ook vluchtelingen, krijgsgevangenen en doden. Naast de reguliere stroom aan patiënten. Met de mogelijkheid dat energie, watervoorziening en IT niet langer gegarandeerd zijn. Zijn advies: "Denk als bestuurder na over uw zero-risk mentaliteit, maak keuzes en neem stappen die er in deze situatie echt toe doen." Er ligt inmiddels al veel, vertelt hij. De NAVO heeft een medical action plan. De NAVO-landen zijn bezig met een inhaalslag, hun defensiemacht groeit weer. "We zijn bezig met een Nationale Zorgreserve die ons kan ondersteunen." Met de civiele partners wordt al een paar jaar samengewerkt: via de veiligheidsregio's en het ROAZ worden scenario's geschetst en netwerken versterkt.

Bos sluit af met een waarschuwing: wat eraan komt is een heel ander soort crisis dan covid. Het gaat niet alleen om een grote stroom slachtoffers, maar ook om uitval (disruptie). Want anders dan bij covid staan ziekenhuizen en de maatschappij zelf in de vuurlinie. "Uit Oekraïne weten we dat ziekenhuizen doelwit zijn. Houd daar als bestuurder rekening mee. Als je als organisatie trager wordt door een aanval, dan heb je een probleem."

"In een oorlog zijn ziekenhuizen een doelwit. Dat is een heel ander soort crisis dan covid."

GROEPSDIALOOG: WEERBARE ZORG OP ALLE FRONTEN

De boodschap dat de zorg zich moet voorbereiden op oorlog komt aan bij de deelnemers. Hoe zetten we de stap van ongeloof naar actie? In de groepsdialoog worden emoties en oplossingen besproken.

Angst, machteloosheid, onzekerheid. Gespreksleider Martijn de Greve peilt bij de aanwezigen de emoties die zij voelen na het horen van de inleidingen van Jelle Bos en IJle Stelstra. "Je weet wel dat de dreiging dichterbij komt, maar het wordt nu wel heel concreet," zegt Anneke van der Leeuw-van Beek, lid raad van bestuur Maasstad Ziekenhuis. "Ik voel ongeloof. Er gebeurt namelijk helemaal niets, we bereiden ons niet voor en we versterken onze weerbaarheid niet," zegt David Jongen, voorzitter raad van bestuur Laurentius Ziekenhuis. Wietske Vrijland, voorzitter raad van bestuur OLVG: "Ik voel onmacht. We zijn met zoveel dingen bezig, zoals bijvoorbeeld de volumenormen voor complexe behandelingen, daar moeten we mee ophouden als dit dreigt." "We zullen als ziekenhuizen moeten prioriteren, een omslag moeten maken van gezondheid naar inzetbaarheid. Al dat soort vragen wordt actueel, maar we zijn daar niet op voorbereid," zegt Robert Wagenmakers, voorzitter raad van bestuur Amphia.

"Je weet wel dat de dreiging dichterbij komt, maar het wordt nu wel heel concreet."

ANNEKE VAN DER LEEUW-VAN BEEK

Lid raad van bestuur Maasstad Ziekenhuis

ZIJN WE ER KLAAR VOOR?

Natuurlijk gebeurt er wel wat, zo wordt genuanceerd. Joyce Berger, voorzitter raad van bestuur MST, vertelt dat verpleegkundigen bijvoorbeeld weer wondzorg leren en dat er lessen worden getrokken uit de verzorging van oorlogsslachtoffers die uit Oekraïne naar Nederland komen: “Er gebeurt dus wel wat, maar het is niet genoeg om ons echt voor te bereiden op een oorlog.” Ad Melkert, voorzitter NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, stelt het duidelijk: “Het zorgsysteem is er niet op ingericht om antwoorden te geven die in een situatie van oorlog nodig zijn. Er is doorzettingsmacht nodig, maar die is er niet. De fragmentatie van het zorglandschap staat oplossingen in de weg.” Jelle Bos nuanceert: “Ik herken het beeld, maar het is al wel een stuk beter dan vier jaar geleden, toen ik dit verhaal voor het eerst vertelde. Er zijn inmiddels goede initiatieven ontstaan, er is een programmadirectie Weerbare Zorg op het ministerie van VWS, er is een Coalitie Weerbare Zorg waar veel zorgpartijen aan deelnemen. Zijn we er nu klaar voor? Nee. Over anderhalf jaar? Ik hoop het.”

KOOPT EUROPESE WAAR

Wat kunnen ziekenhuizen en de aanwezige zorgbestuurders zelf doen om zich goed voor te bereiden? Allerlei oplossingen worden besproken. Zoals zoveel mogelijk kiezen voor Europese producten. Wendy Bosboom, voorzitter raad van bestuur Ziekenhuis Rivierenland, pleit voor het beperken van onze afhankelijkheid van China en de VS. Dat geldt ook voor medicijnen, zegt Ad Antonisse, directeur Market Access, AstraZeneca: “Ik vind het doodeng om te zien hoeveel essentiële geneesmiddelen er uitsluitend in China worden geproduceerd.” Daarnaast wordt gesteld dat ziekenhuizen de nieuwe realiteit kunnen meenemen in hun bouwplannen. “Daar zou ik graag advies over krijgen,” zegt Carolijn Ploem, voorzitter raad van bestuur Merem Medische Revalidatie.

“Er zit in het huidige systeem onvoldoende rek en flexibiliteit, terwijl we dat straks waarschijnlijk hard nodig hebben.”

DAVID JONGEN

Voorzitter raad van bestuur Laurentius Ziekenhuis

“Veel ziekenhuizen zijn met verbouwingen bezig. Als er specificaties zijn waar we aan kunnen voldoen, dan kunnen we die meteen meenemen,” zegt Nicole Stolk, voorzitter raad van bestuur Albert Schweitzer Ziekenhuis.

SPREIDING, GEEN CONCENTRATIE

De huidige inrichting van het zorglandschap maakt kwetsbaar, stelt een aantal aanwezigen. “We zijn bezig met concentratie en met het steeds efficiënter doen van ons werk. Maar voor weerbaarheid heb je redundantie nodig,” zegt David Baden, SEH-arts en clustermanager Diakonessenhuis. “Er zit in het huidige systeem onvoldoende rek en flexibiliteit, terwijl we dat straks waarschijnlijk juist hard nodig hebben,” signaleert David Jongen. Annemiek Rutters, voorzitter raad van bestuur Alrijne Ziekenhuis: “Ik denk dat we bijna niet kunnen geloven dat het hier echt crisis wordt en dat we daardoor belangrijke beslissingen voor ons uitschuiven. Als we het erover hebben, dan is het argument vaak dat we het in coronatijd toch ook redelijk hebben gered. Dat vind ik te makkelijk, want corona was niet alleen een heel andere crisis, maar als we beter waren voorbereid dan hadden we het ook veel beter kunnen doen.”

LEREN VAN ANDEREN

Bij de voorbereiding op een oorlog kunnen we leren van andere landen, zegt Alex Friedrich, voorzitter raad van bestuur en medisch directeur van het Universitätsklinikum Münster: “Ik was recent op bezoek in Polen. Zij zijn twee jaar verder dan wij en wij zijn een jaar verder dan jullie. Bij ons is er geld bijgekomen en de situatie is nu volstrekt anders. Het versterken van onze weerbaarheid is breed en politiek opgepakt.” Hij vertelt dat zijn ziekenhuis elke week een videocall heeft met ziekenhuizen in Oekraïne om te leren welke zorg in dit type oorlog nodig is (meer over de Duitse aanpak leest u in het verslag van het rondetafelgesprek).

GELD MAAR VOORAL SAMENWERKING

De Duitse overheid trekt fors meer geld uit om onder meer de zorg weerbaarder te maken. Maar meer geld lost niet alles op, waarschuwt Jelle Bos: “Het gaat ook over samenwerken, zodat partijen in een regio samen acties ondernemen om hun weerbaarheid te vergroten.” IJle Stelstra vult aan: “Als je kijkt naar de Baltische staten en Finland, dan valt op dat ze daar de hele samenleving inzetten om hun weerbaarheid te vergroten. Het ziekenhuis is onderdeel van de omgeving en zal ook in Nederland veel meer in netwerken moeten opereren. Samen oplossingen bedenken. Die innovatiekracht moet in Nederland flink omhoog. Ik zie wel verandering hoor, we gingen in een halfjaar van ontkenning via ongeloof naar voorzichtige actie.” Zijn oproep: “Stop met consequentieloos waarnemen, neem de verantwoordelijkheid en erken dat je het niet alleen kunt.”

“We zullen als ziekenhuizen een omslag moeten maken van gezondheid naar inzetbaarheid. Maar daar zijn we niet op voorbereid.”

ROBERT WAGENMAKERS

Voorzitter raad van bestuur Amphia

AAN DE SLAG

Wat zou Jelle Bos doen als hij zelf ziekenhuisbestuurder was? “Inventariseer in een aantal sessies wat je al hebt liggen, wat je meer kunt doen en welke instellingen er zijn in de regio die je nodig hebt als het crisis wordt. Er zijn veel verschillende oplossingen mogelijk. Begin klein en ga meedoen in de Coalitie Weerbare Zorg.” Het Radboud bereidt zich al enige tijd voor, vertelt Stefan Steens, medisch directeur Centrum Acute en Intensieve zorg, Radboudumc:

“We startten twee jaar geleden met een eerste verkennende table-top, samen met Defensie. We hebben sindsdien gewerkt aan bewustwording en de juiste vragen op tafel gekregen, ook samen met de regiopartners. We hebben nog niet alle antwoorden, maar we zijn wel een stuk verder dan twee jaar geleden.” Hij raadt alle aanwezigen aan om te beginnen. De structuur van het project zoals dat in het ROAZ Acute Zorgregio Oost loopt en een lijst met relevante onderwerpen is te vinden op de website van bureau AZO.

UIT DE ZORGBUBBEL

De Nederlandse gezondheidszorg is nog steeds erg intern en op het eigen land gericht, stelt Ad Melkert. “We zitten in een soort zorgbubbel. Ook politiek, want in de Tweede Kamer gaat het nauwelijks over weerbaarheid. De defensiespecialisten kijken niet naar het bredere kader. Ik denk dat we defensie en gezondheidszorg meer bij elkaar moeten brengen, ook in Den Haag.” Dat ontlokt Leonie Boven, voorzitter raad van bestuur St Jansdal, een oproep: “We zijn elke dag bezig om de zorg nog ietsje beter te maken, om de patiënt nog meer keuze te bieden. Dat is een totaal andere wereld dan de wereld waarover we hier horen. Wat gaan we hiermee doen? Hoe krijgen we de politiek, toezichthouders en verzekeraars mee als we dit willen veranderen? Misschien moeten we vanuit de zorg een soort opstand creëren. En daar dan ook de samenleving bij betrekken. Want het lijkt erop dat we nu met de verkeerde dingen bezig zijn.”

“We zijn elke dag bezig om de zorg nog ietsje beter te maken, om de patiënt nog meer keuze te bieden. Dat is een totaal andere wereld dan de wereld waarover we hier horen. Het lijkt erop dat we als ziekenhuissector met de verkeerde dingen bezig zijn.”

LEONIE BOVEN

Voorzitter raad van bestuur St Jansdal

HILDE DIJSTELBLOEM

Voorzitter raad van bestuur ZGT

JOYCE BERGER

Voorzitter raad van bestuur MST

WAKE UP CALL REGIONALE SAMENWERKING VOOR MEER WEERBAARHEID

Samenwerking is voor de ziekenhuizen in Twente van levensbelang, vertellen Hilde Dijstelbloem (voorzitter raad van bestuur ZGT) en Joyce Berger (voorzitter raad van bestuur MST) in hun wake-up call op de donderdagmorgen. De ziekenhuizen kennen een lange historie van samenwerking en zetten nu een stap verder met een plan voor een ziekenhuis van de toekomst.

Op de openingsavond van het Ingendael Discours 2026 ging het over zorg in tijden van oorlogsdreiging, zegt Hilde Dijstelbloem. “Daar zijn we in de regio mee bezig. Maar er zijn veel meer dingen waar we aan gehouden worden.” Het antwoord op die brede uitdagingen is in haar ogen vaak hetzelfde: samenwerken. Twente telt twee topklinische ziekenhuizen, ZGT en MST. Ze hebben elk hun eigen zwaartepunt (MST als groot traumacentrum, ZGT met een oncologisch/chronisch/geriatrisch profiel) en een overlappend takenpakket. Ze werken in de regio in een ecosysteem van vier ziekenhuizen, met Winterswijk en Saxenburgh. Met onder meer concentratie en spreiding in de oncologische zorg en een gezamenlijke wachtlijst voor operaties. Ook wordt samengewerkt met het ziekenhuis in Münster.

BREED DRAAGVLAK VOOR SAMENWERKING

De Twentse samenwerking kent een lange historie, vertelt Hilde Dijstelbloem. Het begon met het medisch-specialistische spoor, vanuit het enthousiasme van professionals zelf. “Op een gegeven moment is dan alles wel gedaan. We komen nu op een punt dat we echt verder moeten, anders wordt één van onze organisaties instabiel. We moeten nu de hele puzzel leggen.” Dat werd het startpunt van het ziekenhuisperspectief De waarde van samen (januari 2025). Het traject werd breed opgezet: participatie binnen beide ziekenhuizen, gesprekken met dokters en medewerkers, vijf grote bijeenkomsten met inwoners, en sessies met zorgverzekeraars, zorgpartners en gemeenten. In mei 2025 volgde het contourendocument en in juli een avond waarop iedereen bij elkaar kwam. Nu wordt intern gewerkt aan een concept-samenwerkingsplan. De urgentie ligt bij spoedzorg en geboortezorg; op middellange termijn volgen electieve zorg in een focuskliniek, informatievoorziening vanuit één EPD ervaring, en gezamenlijke academie voor onderzoek, opleiding en innovatie.

> *“We hebben in de zorg geen innovatieprobleem, maar een implementatieprobleem.”*

HET ZIEKENHUIS VAN DE TOEKOMST KOMT IN TWENTE

Om de financiële druk en de personeelskrapte het hoofd te bieden, onderzoeken de Twentse ziekenhuizen hoe het ziekenhuis van de toekomst eruit moet zien. Technologie krijgt daarin een belangrijke rol. Waar het nieuwe ziekenhuis moet komen, laten ze bewust nog open. Joyce Berger: “We focussen nu op de vraag wat we moeten bouwen om met hetzelfde aantal mensen tien keer meer bereik te hebben.” Twente wordt een proeftuin voor de landelijke opgave, waarbij ze worden ondersteund door de ministeries van EZK en VWS. “Over twintig jaar moet er één toptech ziekenhuis in de regio zijn. Daar werken we aan, samen met de Universiteit Twente, Twenteboard en FME.” De innovaties die ze willen inzetten, bestaan grotendeels al. Joyce Berger: “We hebben in de zorg geen innovatieprobleem, maar een implementatieprobleem.”

RADICALE TRANSPARANTIE

Koersen de Twentse ziekenhuizen af op een fusie? Een naam willen ze het nog niet geven, vertellen ze. Hilde Dijstelbloem: “De inhoud is leidend. We willen ons eigen potentieel maximaal benutten. Als je fuseert, dan heb je nog geen antwoord op de uitdaging.” Op korte termijn verandert er nog weinig aan de geboden zorg, de focus ligt op de plannen voor de langere termijn. Daarvoor is radicale transparantie belangrijk, vertellen ze. Joyce Berger: “We zijn heel transparant over wat we doen en wat de afwegingen zijn. Ja, we gaan mensen teleurstellen, dat kan niet anders.” Hilde Dijstelbloem: “Die transparantie hebben we moeten leren. Het is best spannend als je met inwoners het gesprek aangaat over waar de SEH komt en de geboortezorg. Ik heb geleerd dat het uiteindelijk makkelijker is, want je kunt met iedereen overal over praten.”

HET RISICO VAN BESTUURSWISSELINGEN

In de aansluitende discussie worden de valkuilen van (regionale) samenwerking besproken en worden ervaringen gedeeld. Een groot risico is een bestuurswisseling. In Twente ging dit goed, maar er zijn helaas ook voorbeelden van hoe een bestuurswisseling een langjarige en breed gesteunde samenwerking tenietdeed. Patrick Vink, lid raad van bestuur Frisius MC, deelt zijn ervaring: "We werkten achttien jaar aan de samenwerking van Friese ziekenhuizen. Er lag een plan, de verzekeraars waren akkoord, er waren miljoenen gereserveerd. En toen kwam er een wisseling in het bestuur en in de raad van toezicht in één van de ziekenhuizen en werd het hele plan om zeep geholpen. Dat zou niet moeten kunnen. Ik pleit voor een keiharde en nu nog onzichtbare toezichthouder, die ervoor zorgt dat een breed onderbouwd regioplan door kan gaan en niet meer afhankelijk is van individuen." Ook in andere regio's wordt samenwerking door bestuurswisselingen in de kiem gesmoord. Viviane Dietz, lid raad van bestuur Catharina Ziekenhuis: "We tasten in de regio Brainport al twintig jaar mogelijke samenwerking af. Tot nu toe met onvoldoende resultaat. De vele bestuurswisselingen helpen niet."

DE ROL VAN DE TOEZICHTHOUDER

Toezichthouders hebben een verantwoordelijkheid als het gaat om het ondersteunen van samenwerkingsplannen, zegt Gita Gallé, toezichthouder bij MST en raad van bestuur Prinses Máxima Centrum: "Ook vanuit je gedrag als toezichthouder moet je laten zien dat je het belangrijk vindt dat betaalbare en toegankelijke zorg voor Twente behouden blijft. Dat gaat verder dan het belang van het individuele ziekenhuis." Of een verandering nu wel of niet doorgaat, hangt nog te vaak af van individuen. Ad Melkert: "Het is van belang dat we in het systeem dat we hebben, ervoor kunnen zorgen dat een plan doorgang kan vinden als alle betrokkenen samen een weg vooruit hebben uitgestippeld. Zodat het niet geblokkeerd kan worden door individuen."

Bas Wallis de Vries, voorzitter raad van bestuur Ommelander Ziekenhuis Groningen, vult aan dat ook verkeerde beelden over en weer een samenwerking kunnen doen stranden: "In Groningen merkten we dat de beelden die medewerkers over en weer van elkaars ziekenhuis hadden, de samenwerking frustreerden. Je moet die beelden zien te veranderen, anders heb je een krachtige onderstroom die het bestuurlijke draagvlak voor samenwerking ondermijnt."

"Ik heb geleerd dat transparantie over je uitdagingen en plannen uiteindelijk makkelijker is, omdat je dan met iedereen overal over kunt praten."

HILDE DIJSTELBLOEM

Voorzitter raad van bestuur ZGT

"Grote fusieziekenhuizen kunnen een kwetsbaar systeem zijn, door de nadruk op efficiency. Hoe maak je een afweging tussen efficiency en veerkracht?"

LUC DEMOULIN

Directeur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland

EMOTIE EN RATIO

Of samenwerking slaagt hangt niet alleen af van medewerkers, bestuurders en toezichthouders, maar ook van de lokale politiek, zo wordt gesteld. Hilde Dijstelbloem geeft in dit kader aan alert te zijn op nieuwe wetgeving, waarin de colleges van B&W meer invloed krijgen op de zorg in de regio. Ook daarom wordt het lokale bestuur nauw bij de Twentse samenwerking betrokken, vertelt ze: "We nodigen de veertien Twentse gemeenten steeds uit om advies te blijven geven." Het continu bouwen aan draagvlak blijkt essentieel voor een succesvolle samenwerking, zo is de ervaring. In Lelystad was daar geen tijd voor, vertelt Leonie Boven: "We moesten de zorg daar snel overnemen. Mensen begrepen waarom de overname nodig was, maar na acht jaar is de emotie er nog steeds. Dat in nieuwe wetgeving het college van B&W een adviesrol gaat krijgen bij het sluiten van zorginstellingen, vind ik spannend. Als je dit soort beslissingen bij het lokaal bestuur belegt, dan loop je het risico dat de emotie het wint van de ratio."

"We tasten in de regio Brainport al twintig jaar mogelijke samenwerking af. Tot nu toe zonder resultaat. De vele bestuurswisselingen helpen niet."

VIVIANE DIETZ

Lid raad van bestuur Catharina Ziekenhuis

DE AFWEGING TUSSEN EFFICIENCY EN VEERKRACHT

De vergaande samenwerking in Twente is vooral ingegeven door uitdagingen in personeel en financiën. De samenwerking moet de zorg in de regio versterken en minder kwetsbaar maken. Hoe is dat te bezien in het licht van het thema van dit Ingendael Discours: weerbare zorg? Luc Demoulin, directeur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland: "Grote fusieziekenhuizen kunnen een kwetsbaar systeem zijn, door de nadruk op efficiency. Hoe maak je een afweging tussen efficiency en veerkracht?" Hilde Dijstelbloem erkent: "Maximaal concentreren kan doelmatig zijn en dat hebben we wel nodig in de regio, vooral bij de spoedzorg. Maar het maakt ons ook kwetsbaarder." Joyce Berger: "Bij de geboortezorg hebben we bewust gekozen voor twee locaties. Dat is minder efficiënt, maar belangrijk voor onze flexibiliteit." Een ander aspect van weerbaarheid en de Twentse samenwerking wordt genoemd door Michel van Agthoven, director External Affairs NL en Head Campus, Johnson & Johnson: "Het ziekenhuis van de toekomst wordt een landelijke proeftuin voor de nationale opgave van de zorg. Dat is heel belangrijk, ook als het gaat om weerbaarheid. Wat er straks in Twente gebeurt kan de hele zorg in Nederland weerbaarder maken."

BERTINE LAHUIS

Voorzitter raad van bestuur, Radboudumc

Gesproken column

Wat begon met nieuwsgierigheid die mus, koolmees en merel naar de loef moest steken, eindigde in groots geweld van iets onzichtbaar kleins. Wat we niet zagen, nam ons te grazen. Als een dief in de nacht.

In ons onstilbare verlangen naar meer, dagen we onszelf uit op stoere wandelschoenen en gewapend met verrekijkers naar verre oorden op plekken waar we in eigen land ver van blijven. Met de illusie van controle en maakbaarheid waar gids en geld ons zouden beschermen. Persoonlijk heb ik geen idee wat er op onze eigen vuilnisbelten te zien is, en een aankondiging van een ornithologische excursie met gids in Nederland heb ik niet gevonden. Natuurliefhebbend reizen we de wereld af per vliegtuig, schip, auto en trein om te kijken en te vinken. Maar het onzichtbare vond ons eerder dan de vogel was gespot. En onze super zorg en snelle ambulances konden het gevecht niet winnen van de parasitaire medereiziger die zich gratis en onzichtbaar liet vervoeren.

Tastend zoekend naar het juiste, gemotiveerd koersend tussen meningen en onbekendheid, misten we de scherpte om alle protocollaire letters te lezen die te elven ure waren aangepast. En eindigden we met twaalf collega's die zes weken lang hun vrijheid moesten inleveren. Geen mantelzorg, geen trouwerij, geen kinderen naar school brengen, geen samen muziek maken en niet werken. Boosheid en verdriet. En er omheen collega's die zich schuldig voelden dat het zo was gelopen. Diezelfde natuur was de grootste troost voor de meesten. Op afstand samen buiten zijn, en een enkeling in het bos met de hond. Videocalls en verwen cadeaus. Het leek Corona wel.

Media, minister en onze zorgsector. Iedereen vond er wat van. Veelal collegiaal, samen steunend en lerend, en een enkele betweter. We leerden en publiceerden. Wat was dit voor onbekend organisme, hoe verspreidde het zich, hoe ziek kon je er van worden en wat moest je doen aan preventie en behandeling. Doet het virus in de afgelegen jungle hetzelfde als in de bewoonde wereld waar topzorg binnen handbereik is? Maar wie sprak en durfde de vraag te stellen over vogels kijken? Over verre reizen met vervuilende schepen en vliegtuigen. Wie stelde aan de orde dat er misschien meer groen, bloei, leven, ruimte en zicht op de wolken nodig was, gewoon dichtbij? Zodat je niet in een ijzeren vogel hoeft te stappen om vriendschap met de mestkever te sluiten.

Wie was nieuwsgierig waarom meer groei, meer consumeren, verder reizen, meer afvalbergen te produceren het altijd weer winnen van groei van groen, stilte en ruimte, waar we kunnen kijken naar zichtbare organismen die kunnen vliegen, nestelen en ongedierte wegvangen. Waar we leren lummelen, ons brein ontprikkelen en zorgen dat we niet onverwachts door ontwrichtende micro organismen tot stilstand worden gebracht.

Solidaire stilte was wellicht ons antwoord uit schaamte.

Dat kleine organisme was echter ook in staat om mensen samen te brengen. Verdriet, solidariteit, zorgzaamheid, ambitie en interesse om samen goed te doen. Het toonde ons zorgprofessionals die met goede intenties, niet scherp genoeg waren geweest, maar met moed hun omissies deelden en bleven staan en zorgden voor hun mensen. Echte eerlijke en waardige leiders. Op microniveau heeft dus ook hier 'alle nadeel ook een voordeel'. En macro is ook hier te groot om in ons gezichtsveld te brengen. Morgen weer een dag waarin we ons nestelen in wetenschap en beterschap en waar we pandemische paraatheid met financiële excellsheet kunde reduceren tot een overbodige kostenpost.

Het zal de tijd van de parasiet wel duren.

SASKIA MEERHOFF

Kolonel-vliegerarts en commandant Instituut Samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR)

EDITH WILLIGENDAEL

Kolonel-arts en (vaat)chirurg, Koninklijke Luchtmacht

DENKKRACHT VAN BUITEN ZO ZIET PARAATHEID ERUIT

Er staat de Nederlandse zorgsector een enorme opgave te wachten als het tot een oorlog op NAVO-grondgebied komt. Saskia Meerhoff, kolonel-vliegerarts en commandant Instituut Samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) en Edith Willigendael, kolonel-arts en (vaat)chirurg, Koninklijke Luchtmacht, vertellen hoe die opgave eruitziet.

Saskia Meerhoff geeft in haar inleiding een korte schets van Defensie. Met in totaal 77.000 mensen is het een kleine organisatie: “We zijn heel specialistisch, we doen op wereldniveau mee. Maar we zijn klein. In verhouding: Rusland verliest in Oekraïne 45.000 mensen per maand.” Defensie was fors groter eind vorige eeuw, maar er is in de jaren na beëindigen van de Koude Oorlog sterk op bezuinigd. “We groeien nu weer, vooral op het vlak van reservisten.” Ook op de militaire geneeskundige zorg is fors bezuinigd. “We zijn hard bezig om dat te repareren.” Defensie, en dus ook de militaire geneeskundige dienst heeft drie hoofdtaken. Primair is dat het beschermen van het eigen grondgebied en dat van de partners. Daar ligt nu onze focus op door de verslechterde veiligheidssituatie in de wereld. De andere twee taken zijn het bieden van gezondheidszorg op militaire missies (zoals bijvoorbeeld in Afghanistan destijds) en het ondersteunen van de civiele gezondheidszorg bij rampen en crises. “Die eerste hoofdtaak hebben we ons lang niet op gericht. Het betekent een grote omwenteling, want hiervoor zijn veel meer mensen nodig dan voor de andere twee taken.”

INZETBAARHEID IN PLAATS VAN GEZONDHEID

Defensie heeft een volledig eigen zorgsysteem, van tandarts tot medisch specialist, inclusief een eigen zorgverzekering. De nadruk ligt op inzetbaarheid, vertelt Saskia Meerhoff. Ter illustratie: een piloot met oorpijn heeft geen maanden de tijd om te ontdekken welke neusspray helpt, maar krijgt misschien wel direct buisjes om snel weer inzetbaar te zijn. Defensie heeft een eigen ziekenhuis, in Utrecht. De operationele keten, die in werking treedt bij een conflict, bestaat uit een aantal hulpposten, van hulpverlening op het slagveld tot een gespecialiseerd ziekenhuis. “Bij een grootschalig conflict is dat niet alleen het ziekenhuis in Utrecht, maar zijn dat alle ziekenhuizen in Nederland.” De medische zorgprofessionals van Defensie werken verdeeld over veertien zogeheten relatieziekenhuizen in Nederland. In geval van een conflict verlaten zij dat ziekenhuis om te werken op het slagveld, wat betekent dat andere ziekenhuizen moeten inspringen. Alle Nederlandse ziekenhuizen zijn nodig om de verwachte stroom aan gewonde militairen en burgers te kunnen opvangen. “We creëren nu bewustzijn bij de Nederlandse zorg dat we dit wel eens op heel korte termijn gezamenlijk moeten oppakken. Er staat ons een enorme opgave te wachten.”

MEDISCHE HULP ALS DOELWIT

Edith Willigendael koos na vijftien jaar als vaatchirurg in een maatschap voor een baan als beroepsmilitair. Ze werkt als vaatchirurg in een ziekenhuis, nam deel aan verschillende militaire missies en verdiept zich in internationaal verband in de oorlog in Oekraïne. “Om van te leren wat er op ons afkomt.” Ze neemt de aanwezigen mee in de grimmige werkelijkheid van het slagveld in Oekraïne. Waar oorlogsvoering met drones een heel ander soort slachtoffers maakt, met veel meer schade aan het gezicht en ook brandwonden. Waar infecties een levensgroot probleem zijn, omdat het vaak dagen duurt voordat gewonden van het slagveld gehaald kunnen worden. “Waar medische posten en hulpverleners een primair doelwit zijn en er zeer veel medisch personeel sneuvelt, worden steeds meer soldaten kort en intensief opgeleid om op het slagveld eerste medische hulp te verlenen”.

ALS DE TELEFOON HET NIET MEER DOET

De oorlog lijkt misschien ver weg, maar is dat niet, waarschuwen beide militairen. De hybride oorlogsvoering wordt ook in Europa al gevoeld. Met aanvallen op de communicatiesystemen van ziekenhuizen, dreigberichten aan medisch personeel, drone-aanvallen op luchthavens en sabotageacties in diverse landen. Edith Willigendael: "Het is goed als je een generator hebt voor als de stroom uitvalt, maar hoeveel diesel heb je op voorraad? Hoeveel water, als de waterleiding besmet is? Wat doe je als de communicatie eruit ligt?"

TRANSFORMATIE IN EEN ANDERE RICHTING

De boodschap is helder: Nederlandse zorginstellingen moeten zich voorbereiden. Maar hoe? De transformatie naar efficiency waar de zorgsector mee bezig is, lijkt hier haaks op te staan. Concentratie van zorg, het aanhouden van minimale voorraden: dat maakt kwetsbaar. Tegelijkertijd lijkt de oorlogsdreiging ook een gevoel van urgentie te bieden waarmee een aantal hardnekkige problemen kunnen worden opgelost. Patrick Vink: "Wij zijn een relatieziekenhuis van Defensie en dat geeft een positieve dynamiek in de vakgroepen. We hadden lang vacatures. Maar nu melden mensen zich aan, er ontstaat trots, mensen willen bijdragen." Stefan Steens: "Ook wij zijn een relatieziekenhuis. De oorlog in Oekraïne is afschuwelijk en dat wij ons moeten voorbereiden op toenemende geopolitieke dreigingen hadden we 5 jaar geleden niet kunnen bedenken. Keerzijde is dat er nu een soort burning platform is om concrete oplossingen te bedenken voor bijvoorbeeld schaarste in mensen, middelen en materialen. Oplossingen die we ook direct in onze gewone dagelijkse bedrijfsvoering toepassen."

"We creëren nu bewustzijn bij de Nederlandse zorg dat we dit wel eens op heel korte termijn gezamenlijk moeten oppakken. Er staat ons een enorme opgave te wachten."

SASKIA MEERHOFF

Kolonel-vliegerarts en commandant Instituut Samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen

"Wij zijn een relatieziekenhuis van Defensie en dat geeft een positieve dynamiek in de vakgroepen. We hadden lang vacatures, nu melden mensen zich aan."

PATRICK VINK

Lid raad van bestuur, Frisius MC

VIER MILJARD EXTRA VOOR WEERBARE ZORG

Ook de Duitse zorg bereidt zich voor, vertelt Alex Friedrich: "Ik maak mij grote zorgen, want we hebben nu al te maken met infectieziektenuitbraken onder de gewonde Oekraïense soldaten die we opvangen. Dat neemt de vorm van een epidemie aan. Wat we vooral nodig hebben om ons goed voor te bereiden, is de juiste mindset. Er is geen vrede meer. Daarnaast is er geld nodig. Alleen in de deelstaat Nordrijn-Westfalen krijgen we drie miljard euro om onze zes universitaire medische centra op te knappen en resilient te maken." Het is hoog tijd dat er ook in Nederland middelen beschikbaar worden gesteld, zegt Ad Melkert. Dat is aan de politiek. Wat kunnen ziekenhuizen nu al doen om zich goed voor te bereiden? Saskia Meerhoff: "Laat het besef indalen. Ik ben trots op hoe de zorg het in de coronacrisis heeft weten te redden, dat geeft vertrouwen. We kunnen er het beste van maken. Maar hoe fijn zou het zijn als we goed zijn voorbereid. Als ziekenhuis moet je je voorbereiden op grote verstoringen. In je toeleveringsketen en ook als je zelf doelwit wordt. En in de medische zorg zelf, want er zouden straks wel eens tweehonderd gewonden per dag over de Nederlandse zorginstellingen verdeeld moeten worden." Een vraag van Wendy Bosboom maakt het concreet: "Dat betekent dan ook dat we voor Nederlandse burgers geen plek hebben op onze IC's, omdat we militairen voorrang geven?" Ja, antwoordt Saskia Meerhoff: "Dat gaat in oorlogstijd gebeuren. Misschien niet zo zeer op de IC, maar er moet ruimte gemaakt worden voor de zorg die erbij komt."

RONDE TAFEL GESPREKKEN

In de orangerie van kasteel Maurick gaan de aanwezigen aan negen tafels in gesprek met experts van binnen en buiten de zorg. De gesprekken gaan over alle aspecten van weerbare zorg: van weerbaarheid tegen agressie op de werkvloer tot weerbaarheid tegen cyberaanvallen. Een verslag van twee tafels.

WEERBARE ZORG IN DUITSLAND

Alex Friedrich, voorzitter raad van bestuur en medisch directeur van het Universitätsklinikum Münster, vertelt aan zijn tafel hoe de Duitse zorg zich voorbereidt op oorlog. En wat Nederland daarvan kan leren.

Alex Friedrich werkt nu vier jaar in Münster en werkte daarvoor tien jaar in Groningen. Hij kan daarom beide zorgsystemen vergelijken. De Duitse zorg is, net als de Nederlandse, al een aantal jaren bezig met een transformatie. Ingegeven door demografische verandering, een tekort aan middelen, en een structurele overcapaciteit aan ziekenhuizen. De context is echter totaal anders dan in Nederland: in Duitsland wordt de zorg niet gezien als pure kostenpost, maar ook als een verdienmodel voor de eigen industrie. Ook de voorbereiding van de ziekenhuizen op oorlog is anders. Op bondsniveau is er wetgeving in de maak die de eisen aan logistiek, voedsel en zorg beschrijft in de verschillende fasen van oorlog: van de huidige situatie van hybride aanvallen tot de verdediging van Duits grondgebied. De wet benoemt expliciet welke wetten in bepaalde fases niet meer gelden, zoals wetten over werktijden en arbeidsvoorwaarden.

Bunkers weer in gebruik nemen

De Duitse ziekenhuizen bereiden zich voor op onder meer de verdeling van gewonden. Het land is in clusters ingedeeld. Men gaat ervan uit dat er per ingezette divisie aan het front rond 1000 slachtoffers per dag (!) naar Duitse ziekenhuizen zullen komen. Op dit moment wordt zes miljoen euro uitgegeven om hiervoor plannen te maken. De middelen zijn er: Duitsland leende vorig jaar een biljoen euro, waarvan vijfhonderd miljard naar het leger gaat, een fors deel naar infrastructuur en ook ziekenhuizen profiteren. Minder dan de helft van de zeventienhonderd Duitse ziekenhuizen is zeker systeemrelevant en krijgt geld om op te knappen. “Nieuwe bunkers worden er niet gebouwd, maar bestaande worden gerenoveerd. We spreiden bewust de zorg over meerdere huizen, want als één ziekenhuis stopt te functioneren, kunnen patiënten en medewerkers naar het ander ziekenhuis.” Universitätsklinikum Münster heeft al jaren geleden in opdracht van de overheid een failliet ziekenhuis opgekocht en een leegstaand pand wordt opgeknapt voor ambulante zorg. Ondertussen loopt een voorraadopdracht: alle ziekenhuizen gaan van drie weken naar zes weken en eind dit jaar naar drie tot zes maanden voorraad.

Bepaal je maximale absorptiecapaciteit

Aan tafel gaat het gesprek over wat Nederland hiervan kan leren. Het voorbeeld van de wetgeving spreekt aan, “want dat soort voorbereiding kunnen we in Nederland ook al doen,”

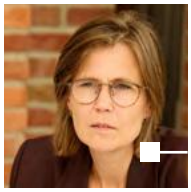
“Ondertussen loopt een voorraadopdracht: alle ziekenhuizen gaan van drie weken naar zes weken en eind dit jaar naar drie tot zes maanden voorraad.”

ALEX FRIEDRICH

Voorzitter raad van bestuur en medisch directeur van het Universitätsklinikum Münster

zegt Bertine Lahuis. Dat geldt ook voor een plan voor de verdeling van gewonden, als straks de stroom slachtoffers op gang komt. “In oktober gaan we in ROAZ-verband over die verdeling praten,” zegt Ina Kuper, lid raad van bestuur Isala. De deelnemers aan tafel zijn onder de indruk van de eisen aan de voorraden die de Duitse overheid aan ziekenhuizen stelt: drie of zelfs zes maanden is nogal wat anders dan de 72 uur die in Nederland de norm is.
De situatie in de Duitse gezondheidszorg is anders dan de Nederlandse. Zo heeft Nederland een groot netwerk van VVT-instellingen, een type zorg dat in Duitsland veel kleiner is. Nederland kiest voor minimale capaciteit in ziekenhuiszorg, Duitsland voor maximale. Wat kan Nederland in de ogen van Alex Friedrich doen om zich in deze verschillende context voor te bereiden op oorlog? “Jullie zijn sterk in samenwerken, dat kun je optimaal benutten. In Duitsland is dat anders, ik weet als UMC bijvoorbeeld niet wat de capaciteit van mijn buur-ziekenhuizen is.” Daarnaast zijn er concrete acties die Nederland van Duitsland kan kopiëren. Zoals het bepalen van je maximale absorptiecapaciteit. Duitsland legde die op drieduizend slachtoffers per dag. Meer niet, want dan is er geen zorg meer voor de eigen burgers. “Ook jullie kunnen vooraf jullie absorptiecapaciteit bepalen en het aan de politiek en vooral het leger kenbaar maken.”

“We hebben nu al medicijntekorten. Hoe moet het als er straks een oorlog uitbreekt? Zelf maken is nauwelijks een optie, er bestaat een veel te positief beeld over de productiecapaciteit die we in Nederland hebben.”



LONNEKE TIMMERS

Strategisch adviseur en secretaris Wetenschappelijke Adviesraad, Zorginstituut Nederland

WEERBAARHEID IN MEDICIJNBESCHIKBAARHEID

Een oorlog zet de toegankelijkheid en betaalbaarheid van medicijnen onder druk, meer nog dan nu al het geval is. Hoe kunnen we hiermee omgaan? Daarover gaat het aan de tafel van Lonneke Timmers, strategisch adviseur en secretaris Wetenschappelijke Adviesraad, Zorginstituut Nederland. Het beeld dat aan deze tafel wordt geschetst is niet rooskleurig. “We hebben nu al medicijntekorten. Hoe moet het als er straks een oorlog uitbreekt? Zelf maken is nauwelijks een optie, er bestaat een veel te positief beeld over de productiecapaciteit die we in Nederland hebben,” opent Lonneke Timmers. In coronatijd lukte het om snel fabrieken uit de grond te stampen en een vaccin te ontwikkelen. Maar dat was een andere situatie, want dat vaccin was gebaseerd op een platform waar al sinds 1985 aan werd gewerkt, vertelt Michel van Agthoven. Ad Antonisse: “Als het oorlog wordt, dan is er vooral behoefte aan antibiotica en pijnstillers en die worden in China gemaakt. We hebben in Nederland niet meer de kennis om dit te maken, en ook de fabrieken staan hier niet meer.” Michel van Agthoven en Ad Antonisse benadrukken dat produceren in Nederland overigens geen oplossing op zichzelf is. De ketens zijn internationaal, dus ook wie hier fabriceert, kan niet alles zelf.

Schaarste

Viviane Dietz vertelt over de eigen bereidingsapotheek in het Catharina Ziekenhuis. “Toen er geen infuuszakken meer geleverd konden worden, maakte het ziekenhuis ze zelf. De capaciteit is klein, maar het kan iets betekenen in moeilijke tijden.” Bereidingsapotheken kunnen een deel van het antwoord op medicijntekorten geven, maar een knelpunt is dat deze apotheken de ziekenhuizen geld kosten, terwijl ze het ziekenhuis zelf weinig opleveren. Het is dus niet vanzelfsprekend dat een ziekenhuis ze continueert. Het ministerie van VWS zou hier een landelijke visie voor moeten ontwikkelen, zo wordt geconcludeerd. Spelen verzekeraars hierin ook een rol? Rutger de Vries, senior manager Zorginkoop, Zilveren Kruis: “Wij verdelen schaarste, we hebben een landelijk kader dat niet mag groeien. Als je daar iets in wilt, dan moet je geld beschikbaar stellen. Dat is niet aan ons, dat is een politieke keuze.”

Onrust

De opgave van zorg in oorlogstijd zorgt voor onrust bij de deelnemers. Ziekenhuizen kunnen voorraden aanleggen, maar hoe ver kun je gaan? Bij het Catharina Ziekenhuis viel recent de stroom uit. Er werd overgeschakeld op noodaggregaten, maar na acht uur moest de diesel al worden aangevuld. “Als de hele regio diesel nodig heeft, dan krijg je het niet meer,” zegt Viviane Dietz. “Dan moet je besluiten wat wel en niet door kan gaan. Dan is medicatie nog een van onze mindere zorgen. Maar die komt er snel achteraan.” Michel van Agthoven besluit: “In geval van oorlog kunnen we bestaande fabrieken omkatten, maar dat gaat ten koste van andere medicatie. Voor oncologie, bijvoorbeeld. Dat wordt een politieke keus. Ik moet eerlijk zeggen: ik slaap hier niet lekker van.”

EEN FLITSTRAINING IN WEERBAARHEID

Het is een vast onderdeel van het Ingendael Discours: een activiteit die past bij het thema, maar het net even anders aanvliegt. Tijdens deze editie wordt de weerbaarheid en veerkracht van de deelnemers getest en aangescherpt. Door een groepje commando's.

Ineens lopen er een aantal mannen en één vrouw in zwarte kleding rond op het Ingendael Discours. Ze werken voor Nassau420, die onder meer Defensie traint in resilience op het gebied van cyber, kritieke infrastructuur en AI. De oprichter, Daan Dohmen, vertelt in zijn inleiding waarom hij de stap zette van digitale zorg (met zijn bedrijven Luscii en FocusCura) naar Nassau420. De geopolitieke realiteit zette hem daartoe aan. In de trainingen die ze verzorgen verbindt zijn bedrijf innovatie en tech, zoals AI, met werken aan weerbaarheid en bescherming. In kleine groepjes gaan de deelnemers uiteen. Verspreid over het landgoed van Huize Bergen oefenen ze op verschillende manieren met presteren en communiceren onder druk, handelen in onzekerheid en samenwerken als het schuurt. Bij de terugkoppeling blijkt dat er veel raakvlakken zijn met hun werk als zorgbestuurder. Ook daar zijn een goede informatiepositie, regie en eigenaarschap, vertrouwen in het team, duidelijke afspraken en heldere communicatie van groot belang. De begeleider van het team dat de training verzorgde concludeert: "Weerbaarheid is wat mij betreft je verhouden tot een situatie die constant verandert. Die je van tevoren niet kent. Het betekent dat je de ruimte in jezelf hebt om dat te kunnen doen. Dat vraagt om omgevingsbewustzijn en zelfkennis."

SANNE BLOM

Bestuurder BovenIJ

Gesproken column

“Op mijn zestiende werd ik patiënt. De ziekte van Crohn. Op mijn achttiende kreeg ik een stoma. Dat verandert je leven: terwijl klasgenoten uitgaan en met vrienden op vakantie gaan, ga jij naar het ziekenhuis. Plannen maken wordt ingewikkeld, laat staan dromen. Ik wilde tropenarts worden. Dat ging niet meer. In plaats daarvan wilde ik ziekenhuisbestuurder worden.

Op mijn negenendertigste werd ik dat. Toen ontdekte ik iets opvallends: de parallellen tussen patiënt en bestuurder zijn groter dan je denkt. Dat heeft alles te maken met veerkracht en wendbaarheid. Elke dag kan een verrassing zijn. Als patiënt weet je niet of je medicijnen aanslaan en ben je heel afhankelijk van zorgverleners, juist op je meest kwetsbare momenten. Als bestuurder is dat niet anders. De hack bij ChipSoft, een OK die dicht moet omdat als het veertig graden is, een crisis als covid. De eerste les van weerbaarheid is simpel: je kunt het niet voorkomen, maar je leert er mee omgaan. Hoe je lichaam zich gedraagt en hoe het voelt. Je leert aanpassingen te doen, vertrouwen te hebben, weten wanneer je moet handelen of juist afwachten. Net als bij besturen: niet alles wat op je afkomt, vraagt om een reactie.

Het is er altijd. Als bestuurder ben je 24x7 verantwoordelijk en net als bij patiënt zijn is er altijd iemand anders die precies weet wat jij had moeten doen. De vraag is hoe je daarmee omgaat. Pak daarom zelf je regie, daar zit voor mij een belangrijk deel van het antwoord. Plus het besef dat er altijd een oplossing is. Voor mij als patiënt was dat het terugplaatsen van een stoma. Dat is mijn prijs voor vrijheid en mijn keuze. Daarmee kreeg ik mijn leven terug.

Dat was een makkelijke keuze en dat is misschien wel precies zoals besturen werkt. Er is geen ‘one size fits all’, niet voor patiënten, niet voor een organisatie en niet voor een bestuurder. Het is blijven zoeken naar de best passende oplossing. Dat is voor mij de essentie van veerkracht. Je hebt niet altijd regie over wat je overkomt, maar je kunt wél regie nemen over hoe je ermee omgaat. En, heel belangrijk: je kunt het niet alleen. Patiënt of bestuurder zijn kan allebei eenzaam zijn. Niet voor niets is de uitdrukking: het is eenzaam aan de top. Het is ook eenzaam in het dal. Het is belangrijk dat je mensen kent waarop je kunt leunen en waarmee je kunt spiegelen. Dat is geen teken van zwakte, maar van weerbaarheid.

Als laatste: ken jezelf. Je weet pas wat het is om bestuurder te zijn, als je dat bent. Dat geldt ook voor de patiënt. Je ziet vaak dat bestuurders die patiënt worden daarna anders naar hun organisatie gaan kijken. Wacht daar niet mee tot je patiënt wordt. Loop ook als patiënt mee in het ziekenhuis, kijk door de ogen van iemand die kwetsbaar is. Wat zou jij anders doen als je zelf in dat bed lag? Veerkracht is niet de kunst om onkwetsbaar te worden. Het betekent dat je, wanneer je geraakt wordt, opnieuw handelingsruimte weet te vinden. Dat je leert. Dat je soms de regie terugpakt. En vooral dat je dat samen doet. Dat geldt voor patiënten en misschien geldt dat nog wel meer voor ons als bestuurders.”

ACTUALITEITENGESPREK
LEIDERSCHAP IN (MENTALE) WEERBAARHEID EN SOCIALE VEILIGHEID

Mentale weerbaarheid is een collectieve, samenlevingsbrede verantwoordelijkheid. Sociale veiligheid moet daarnaast worden geborgd in de eigen organisatie, op de eigen werkvloer. Wat vraagt dat van bestuurders, en waarom blijkt het in ziekenhuizen taaier dan elders? Floortje Scheepers, hoogleraar Innovatie in de GGZ in het UMC Utrecht en lid van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, en Marijn Houwert, traumachirurg in het Diakonessenhuis, gaan erover in gesprek met de zaal.

Wie herkent dat er ook in de eigen organisatie onveilige situaties op de werkvloer voorkomen? Alle deelnemers steken hun hand op. Marijn Houwert wijst op het artikel dat Peter van der Meer in de Volkskrant schreef, waarin hij de misstanden van zijn eigen ziekenhuis benoemde. Marijn Houwert schreef zelf een artikel met een neurochirurg die stopte met haar vak vanwege de manier waarop collega's haar bejegenden. Marijn Houwert: "We hebben een ongelooflijk mooie baan. We kunnen het ons niet permitteren dat we mensen verliezen door dit soort onzin."

"We hebben een ongelooflijk mooie baan. We kunnen het ons niet permitteren dat we mensen verliezen door dit soort onzin."

MARIJN HOUWERT

Traumachirurg, UMC Utrecht

De hypernerveuze samenleving

Floortje Scheepers plaatst het vraagstuk in een breder verband. Het advies van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) over de hypernerveuze samenleving is een sociale analyse van de vraag waarom er steeds meer mensen uitvallen, vooral jonge mensen. De raad benoemt drie drijvende krachten: individualisering, prestatiedruk en versnelling. "Op zichzelf is daar niks mis mee, maar in combinatie zijn ze te dominant geworden. Dat moet meer in balans komen." Ze noemt tegenkrachten als vertraging, omdat mensen tijd nodig hebben om te reflecteren en te resetten. En verscheidenheid, omdat je een grote diversiteit aan mensen nodig hebt om tot betere oplossingen te komen. Ook verbinding is een belangrijke tegenkracht. "Je moet het samen doen, je relaties koesteren. Als die krachten in balans zijn, dan ontstaat er een meer ontspannen samenleving. Dat is belangrijk, want er komt nogal wat op ons af. We hebben een samenleving nodig die dat kan opvangen."

Kanaries in de kolenmijn

Wat geldt voor de samenleving, geldt ook voor het ziekenhuis, zegt Floortje Scheepers. "Ook daar is een ontspannen mini-samenleving nodig om de grote vraagstukken aan te kunnen." Als mensen nu uitvallen op hun werk, dan krijgen ze een individueel traject aangeboden, vertelt ze. "Maar deze mensen zijn eigenlijk de kanaries in de kolenmijn. Ze vertellen iets over de organisatie. Misschien is de hele organisatie te prikkelrijk. Dan moet je anders kijken naar de inrichting van je ziekenhuis." Ziekenhuizen blijken een hoogrisico-omgeving voor sociale onveiligheid. Hoe komt dat? In de discussie gaat het over de cultuur, bepaalde werkomgevingen die erg gesloten zijn (zoals de OK) en een zekere hardheid die je nodig hebt om het vak van specialist te

kunnen uitoefenen, zodat je onder grote druk kunt presteren. Dat hoeft echter niet te resulteren in onveilig gedrag, zegt David Baden: “Er zijn meer beroepen waar een zekere hardheid nodig is, maar waar een andere cultuur heerst. Zoals bij piloten, die elkaar aanspreken op gevaarlijk gedrag. Het is een kwestie van cultuur. In de zorg hebben we die cultuur onvoldoende. Terwijl we er best wat aan zouden kunnen doen, want elke vakgroep weet waar de problemen liggen en welke specialisten iedereen vreest.”

Dertig jaar op een voetstuk

Hoe pak je onveilige situaties in je ziekenhuis aan? Verschillende ervaringen uit de praktijk worden besproken. Zo vertelt Leonie Boven hoe ze erachter kwam dat er in haar ziekenhuis een lijstje circuleerde van zogenaamd grappige opmerkingen over patiënten. “Daar zaten opmerkingen bij die ronduit racistisch of seksistisch waren. We hebben dit besproken met de betreffende specialisten en vervolgens een traject ingezet met de hele afdeling. Dat leidde tot een besef dat dit ontoelaatbaar is. We zijn er samen uitgekomen, ontslagen zijn er niet gevallen.” De route van ontslag heeft niet de voorkeur van de aanwezigen, zo blijkt uit de discussie. Het is een uiterste middel, vertelt Bertine Lahuis. Het brengt haar op het punt van goed werkgeverschap. Ziekenhuisbesturen zouden veel meer op gedrag moeten sturen: jaargesprekken voeren, het eerlijke gesprek aangaan en opschrijven als het niet goed gaat. “Daarin falen we collectief als bestuurders,” zegt ze. Tegelijkertijd is het belangrijk om de balans te bewaren, zegt Leonie Boven: “We proberen de drempel voor klachten lager te maken. Maar als die drempel te laag is, dan ontstaat een situatie dat de beklaagden zich onveilig voelen. Dat is ook niet wenselijk.”

“Mensen die uitvallen op hun werk krijgen een individueel traject aangeboden. Maar deze mensen zijn vaak de kanaries in de kolenmijn. Ze vertellen iets over de organisatie, misschien moet je die aanpassen.”

FLOORTJE SCHEEPERS

Hoogleraar Innovatie in de GGZ in het UMC Utrecht en lid van de RVS

HR moet professioneler

De structuur en cultuur in een ziekenhuis zijn vaak anders dan die in andere organisaties. Dat maakt het lastiger om onveilig gedrag aan te pakken, zo stelt een aantal deelnemers. Wendy Bosboom: “Als de gelederen zich sluiten, is het heel lastig om een individu aan te pakken.” Bertine Lahuis erkent dat: “We weten lang niet alles wat er gebeurt, zeker op de OK en in de research. Soms weet je het wel, maar krijg je het er door de groepsdruk niet uit.” Annemiek Rutters: “In andere sectoren, waar ook een harde cultuur heerst, is die omslag wel gelukt. Daar wordt sociaal onwenselijk en onveilig gedrag niet meer geaccepteerd, zeker niet in Amerikaanse bedrijven.

“Wij delen heel expliciet met elkaar de goede en de minder goede voorbeelden en bouwen daarmee niet aan jurisprudentie, maar aan moresprudentie.”

NICOLE STOLK

Voorzitter raad van bestuur Albert Schweitzer Ziekenhuis

Het heeft volgens mij ook te maken met professionalisering van je HR. Wij hebben in de zorg vaak de personele dossiers niet op orde en voeren geen functioneringsgesprekken.” Luc Demoulin onderschrijft dat: “In de meeste ziekenhuizen hebben leden van de medische staf geen leidinggevende en het is onduidelijk wie hen begeleidt. Het evalueren van de medische staf gebeurt eens in de vijf jaar en gaat alleen over je persoonlijk functioneren. Laten we daar iets aan veranderen.” Bertine Lahuis herkent dat beeld echter niet, want haar organisatie voert ook met de medische staf jaargesprekken.

Geen juris-, maar moresprudentie

Hoe zorg je ervoor dat een verandering beklijft, vraagt Martijn de Greve tot slot. Zijn er goede voorbeelden? “Mensen hebben verhalen en houvast nodig,” zegt Marijn Houwert. “Leg uit wat de rode lijn is.” Elza den Hertog, voorzitter raad van bestuur Bevolkingsonderzoek Nederland: “Als bestuur moet je duidelijk uitspreken wat je voorstaat en wat je niet accepteert in je huis. Nu blijft dat vaak impliciet. Van der Meer deed dat wel, in dat artikel. Mensen voelen zich daardoor gesterkt om zich uit te spreken.” Floortje Scheepers draait het om: “Het kan helpen om de focus te leggen op de mensen die het wél heel goed doen. Positioneer hen, want zij helpen jullie als bestuurders om de cultuur te veranderen.” Nicole Stolk: “Het is nooit zwart-wit. Wij delen heel expliciet met elkaar de goede en de minder goede voorbeelden, juist omdat het juridische traject vaak alleen maar verliezers oplevert. Dat noemen we geen jurisprudentie, maar moresprudentie.”

JONATHAN BOUMAN

Huisarts, ethisch hacker en CMIO
Amsterdamse Huisartsenalliantie

WAKE UP CALL
DE HACKENDE HUISARTS: VERBETER CYBERSECURITY, BEGIN BIJ JEZELF

Het is niet meer de vraag of je gehackt wordt, maar wanneer. Hoe gaat een hacker te werk en hoe wapen je je ertegen? Jonathan Bouman is ethisch hacker en huisarts en vertelt over prikken, transparantie en de vragen waar hij wakker van ligt en die ook bestuurders aangaan.

Bouman verdeelt zijn tijd over drie beroepen. Vijf procent van zijn inkomen verdient hij als waarnemend huisarts, vijf procent als CMIO van de Amsterdamse Huisartsenalliantie en tachtig procent als ethisch hacker. Daarnaast werkt hij als adviserend huisarts mee aan big-dataonderzoek op patiëntdata bij Amsterdam UMC. Wie kwetsbaarheden zoekt in andermans systemen maakt gebruik van een coordinated vulnerability disclosure van een organisatie, die vastlegt hoe een gevonden lek wordt gemeld en wat de organisatie ermee doet. Veel zorgorganisaties hebben er inmiddels een en dat is goed nieuws: “Je hebt ethische hackers nodig om je IT continu te testen.”

LEREN BIJ DE GROTE JONGENS

Jonathan Bouman bezoekt de grote hackersbijeenkomsten, de laatste keer in Las Vegas, om de nieuwste inzichten op te halen. Zijn eigen positie omschrijft hij als die van een leek die bijleert. “Als dokter weet je wat je doet. Bij IT is dat anders: ik zet mijn computer aan en weet nooit wat ik aantref. Wat ik leer, breng ik terug naar de zorg om bestuurders wakker te schudden.” Dat is nu extra relevant, want met de Cyberbeveiligingswet zijn bestuurders zelf verantwoordelijk geworden voor cyberveiligheid. Jonathan Bouman vindt dat winst, want in de zorgsector is nog veel te verbeteren als het gaat om cybersecurity. Er is gelukkig veel ondersteuning om dit op een goede manier te doen, vertelt hij. Hij wijst op Z-CERT en noemt hun recent uitgebrachte dreigingsbeeld voor de zorg. “Dat is een heldere publicatie, ik zou zeggen: lees hem.”

PRIK EN LAAT PRIKKEN

De belangrijkste boodschap aan de zaal is kort: “Laat je prikken. Stel vragen in je organisatie, hoe is de beveiliging geregeld? Sta je open voor ethische hackers en reageer je snel op hun meldingen? Je hoeft ze niet fors te belonen, veel ethische hackers werken vanuit maatschappelijke betrokkenheid. Een T-shirt vinden ze ook leuk.” Zorg er ook voor dat je leveranciers dezelfde houding hebben tegenover ethische hackers. “Eis van al je leveranciers dat ze zonder toestemming laten prikken. Als CMIO van de Amsterdamse Huisartsenalliantie is dat een van mijn beste onderhandelingen geweest: ik wil andere partijen kunnen laten prikken.” Dat geldt ook voor de burger die het in zijn spreekkamer niet vertrouwt. “Dan kunnen we dat samen checken.” De parallel met zijn eerste vak is nooit ver weg: “Als dokter zoek je steeds naar de mismatch, naar dat gekke rode plekje. Als hacker doe je precies hetzelfde.”

DE HACKBOTS DRAAIEN DOOR

AI is ook in dit vak een uitdaging, vertelt Bouman. Iedereen kan er inmiddels mee hacken zonder te weten wat er precies gebeurt, en partijen die transparant zijn worden overspoeld met rapporten waar ze niets mee kunnen. Voor Jonathan Bouman persoonlijk maakt het zijn werk minder leuk. “Mijn wereld is dystopisch geworden. Hackbots draaien vierentwintig uur per dag door en vinden dingen die ik niet begrijp. De dopamine van ‘ik heb de puzzel gelegd’ is weg.”

Onder hackers ziet hij een grote uitstroom, vrienden zijn heel andere dingen gaan doen. Bouman houdt de zaal voor dat hij het voorland ziet van wat de zorg te wachten staat. “Wat maakt dat mensen nu in jouw ziekenhuis werken, wat vinden zij leuk, en wat kan AI daaraan veranderen? En hoe laat ik mijn personeel daarmee omgaan?” Zijn eigen huisartsenpraktijk verandert al enorm; hij ziet veel expats die AI gebruiken. “De wereld verandert en daartoe moeten we ons verhouden. Het grootste probleem van huisartsen is het verloop van personeel, in de rest van de zorg is dat niet anders.”

EEN REACTIE IN DERTIEN MINUTEN

Bouman houdt een cybersecuritybingo bij van uitspraken die hij in bestuurskamers hoort. Zoals: Wij volgen de wet. Wij zijn NIS2-proof. Onze bestuurder heeft de Cbw-cursus gedaan. Als iemand kwaad wil, komt hij er toch wel in. “Het zijn allemaal dooddoeners. Je kunt je daar niet achter verschuilen, als zorginstelling moet je zelf aan de bak.” Hij laat de deelnemers zien hoe hij zelf een hack uitvoerde, en hoe makkelijk dat is. In 2023 zag hij een app waarmee medewerkers anoniem een melding kunnen doen binnen de organisatie. Gevoelige informatie, dus hij probeerde erin te komen. Daarvoor gebruikt hij een programma dat tussen de app en de server gaat zitten, waarmee al het verkeer zichtbaar wordt (Burp Suite). In de app bleek de ontwikkelaarsstand nog aan te staan; hij kon zijn eigen meldingen zien. Hij mailde hierover de CISO van het ziekenhuis, die dertien minuten later reageerde. “Dat is weerbaarheid. Zorg dat je in je ziekenhuis ook zo’n CISO hebt.” Hij deelt nog een tip: “De app was schaduw-IT, met een algemene domeinnaam die niet van het ziekenhuis was, waardoor die buiten de reguliere controles was gevallen. Hier kun je morgen mee beginnen: breng je schaduw-IT in kaart.”

VERZEKER JE NIET VOOR LOSGELD

Ga ervan uit dat je op dit moment gehackt bent, houdt Bouman de zaal voor. Stefan Steens: “Gisteren hoorden we dat een leverancier van medische hulpmiddelen is gehackt. Die leverancier heeft data van ziekenhuizen. Wat zou je nu doen?” Bouman: “Hoeveel en welke data heeft die leverancier? Breng dat eerst in kaart. Als je dat niet weet, dan is dit een post-mortem leermoment. En verder: zet direct de verbindingen met die leverancier uit.”

Ransomware is een groot probleem en Bouman hekelt verzekeringen die het losgeld voor ransomware dekken. “Door losgeld te betalen, houd je het bedrijfsmodel in stand.” Hij hackte zelf een verzekeraar om erachter te komen voor welk bedrag instellingen zijn verzekerd. “Als criminelen kunnen zien voor welk bedrag een instelling verzekerd is, kan dat hun onderhandelingspositie versterken.” Wat moet je dan wel doen? Bouman verwijst naar onderzoek van Tom Meurs en collega’s: organisaties die volledig kunnen herstellen vanuit hun back-ups betalen minder vaak losgeld. Zijn advies aan bestuurders: zorg dat je back-ups daadwerkelijk herstel mogelijk maken en test dat regelmatig.

MAAK RUIMTE VOOR ONAFHANKELIJKE BEVEILIGINGSTOETSING

Bouman maakt zich zorgen over de ruimte voor onafhankelijke beveiligingstoetsing van digitale onderzoeksinfrastructuur. Hij noemt anDREa, dat omgevingen biedt waarin onderzoekers data kunnen analyseren en waarmee Health-RI samenwerkt. Het bedrijf doet volgens hem “mooie dingen”, maar hij is kritisch op de voorwaarden voor ethische hackers. De openbaar gepubliceerde meldregeling biedt geen toestemming

"Als dokter zoek je steeds naar de mismatch, naar dat gekke rode plekje. Als hacker doe je precies hetzelfde."

om actief naar kwetsbaarheden te zoeken: daarvoor is vooraf schriftelijke toestemming van het management nodig. Ook stelt de regeling openbaarmaking afhankelijk van definitief herstel en overeenstemming over een publieke verklaring, zonder daarvoor een uiterste termijn te noemen. Volgens Bouman kunnen zulke voorwaarden onafhankelijk onderzoek en transparantie belemmeren. "Daar heb je als bestuurder dus een verantwoordelijkheid. Het begint bij jezelf, spreek je leveranciers aan." Zijn oproep: zorg dat onderzoekers onder duidelijke, werkbare voorwaarden kunnen testen en melden, en maak heldere afspraken over herstel en openbaarmaking. Een meldregeling krijgt pas waarde als de organisatie ook openstaat voor kritische bevindingen.

AI ALS DE NIEUWE FARMA

AI brengt ook in de wereld van cybersecurity nieuwe uitdagingen met zich mee. Bouman: "Ik vrees dat de AI-industrie de nieuwe farma wordt. Alle data zijn gesloten en de vendor lock-in is enorm." De AI modellen zelf worden kennisbronnen en onbeschikbaar, en de grip op patiëntdata in het ziekenhuis zal lastiger worden als de patiënt zelf besluit meer data te ontsluiten aan zo'n model. Niemand stopt een patiënt om op eigen beweging al zijn medische en persoonlijke gegevens te delen met een commerciële partij. Dit is natuurlijk goed voor de autonomie, maar geeft ook risico's. Je hebt bijvoorbeeld straks niet meer zicht op alle data van jou en daarmee is het ook niet meer bruikbaar voor je eigen onderzoek. Intussen gaan patiënten wereldwijd shoppen en zelf medicatie aanvragen op zoek naar de juiste diagnose en best passende behandeling. "Onze afhankelijkheid van AI wordt erger dan onze afhankelijkheid van farma, want van medicatie verloopt het patent, bij AI niet." Wat kun je hiertegen doen? De eigen data-infrastructuren van de zorg versnellen en versterken, zegt hij. En dezelfde instrumenten gebruiken als de commerciële clubs. "Mijn AI-bots graven de hele dag in data en ik geef ze alleen het einddoel mee. In een ziekenhuis kan dat ook, al moet je daarvoor veel regels aanpassen. Dan is een einddoel bijvoorbeeld: 'verklein de mortaliteit van deze ziekte'. Hoe je dit doet op een ethische en gecontroleerde manier weten we nog niet. In de cyber security is het recent goed misgegaan, het Hugging Face incident, we kunnen hier veel van leren."

EEN TIME TO EXPLOIT VAN MIN TWEE DAGEN

Bouman noemt AI-modellen die alle ethische overwegingen laten varen. "Claude zegt op zo'n moment 'misschien moet ik nu stoppen, want ik kom patiëntgegevens tegen'. Maar er zijn nu ook andere modellen die dat niet doen." Hij vertelt over het razendsnelle tempo waarin kwetsbaarheden worden gepubliceerd. Dat past niet meer bij het huidige patchbeleid van veel ziekenhuizen. Olaf Hendriks, algemeen directeur van PinkRoccade Healthcare, herkent dat beeld: "We lopen aan tegen een time to exploit van min twee dagen. Je moet continu patchen, op de dag dat een kwetsbaarheid bekend wordt gemaakt. In ziekenhuizen wordt eens per maand gepatcht. Dat is een megagroot risico." Bouman voegt daaraan toe wat snel opgelost kan worden: geef mandaat aan de mensen die er verstand van hebben. Aan degenen die de vpn kunnen uitzetten als dat nodig is. "Durf dat mandaat te geven. En oefen. Op vrijdagavond worden vaak de exploits gepubliceerd, dus dan moet je een crisisloop hebben."

VIJFHONDERD RAMEN? DICHTMETSELEN!

Kim van der Lugt, directeur Health bij KPN, legt de link met wat er tijdens dit discours over oorlogsdreiging is gezegd. De volgende stap in de hybride dreiging is wellicht het hacken en verstoren van een IC. Gaat dat met dezelfde techniek, nu het over hardware gaat? Bouman bevestigt dat. "De technieken die ik gebruik om websites te hacken, kan ik ook voor hardware gebruiken. Meestal is er een webinterface, dan ga ik tussen het apparaat en de server zitten. Bij de rest helpt AI me; ik kan niet solderen, daar helpt Claude bij. Ik heb dit met een collega gedaan en we vonden dingen die niet kloppen en die wij niet snappen." David Baden merkt op dat er tegenwoordig veel gekoppeld is wat niet gekoppeld hoeft te zijn. Bouman noemt dat een van de belangrijkste leerpunten: "Veel instellingen hebben zestig domeinnamen en allerlei clubjes die apps ontwikkelen omdat er toevallig een IZA-pot voor was. Dat moet je aanpakken. Kijk naar een gebouw. Als je vijfhonderd ramen hebt die je niet per se nodig hebt maar wel moet controleren, dan kun je er beter een paar dichtmetselen. Je moet het aanvalsoppervlak zo klein mogelijk maken."

OPEN PODIUM
DIGITALE SOEVEREINITEIT

Beschikbaarheid en uitwisseling van medische data is cruciaal voor de zorg. Wat betekent dit in de context van de geopolitieke dreiging, de opmars van AI en digitale zorg, de afhankelijkheid van big tech en een gefragmenteerd digitaal zorglandschap? Tijdens het open podium delen de deelnemers hun inzichten en ervaringen met cyberaanvallen, het mogelijke verlies van autonomie en de echte veranderkundige opgave voor veilige (digitale) gezondheidszorg.

Hoe wordt er vanuit de NVZ naar soevereiniteit en autonomie gekeken? Jurgen Sernee, voorzitter raad van bestuur Dijklander Ziekenhuis en voorzitter van de bestuursadviescommissie (BAC) Informatiebeleid van de NVZ: "Dit onderwerp is nog niet belangrijk genoeg, vind ik. We reageren nog te mat om samen op te trekken, ook in het licht van het verhaal dat we hier hoorden. Het is mijn missie om dit veel hoger op de bestuurlijke agenda's te krijgen, want als we het allemaal apart blijven doen, dan redden we het niet." Waarom wordt er door ziekenhuizen niet veel meer samengewerkt als het gaat om IT? Jurgen Sernee: "Mensen vinden dat ze het zelf beter doen, maar het gaat ook over autonomie en controle. Dat je de eerste bent die een bepaald product van je EPD-leverancier krijgt, daar zijn we nu trots op. Ik denk dat we beter trots kunnen zijn op het feit dat we gezamenlijk de verwerkersovereenkomst bij die leverancier voor elkaar krijgen." Het moet meer samen en dat geldt ook voor het bereiken van digitale soevereiniteit: "Als we willen dat er een Europese markt komt, moeten we tegen de commerciële partijen zeggen dat we dit samen willen doen. Daarmee stellen we de markt in staat om er een aanbod op te ontwikkelen."

OP NAAR EEN EUROPESE CLOUD

Kim van der Lugt vertelt over de samenwerking van KPN met STACKIT, een Europese cloudleverancier, die enkele maanden geleden werd aangekondigd. STACKIT is een Europese cloudprovider die cloud- en IT-diensten ontwikkelt die volledig onder Europese governance en wetgeving vallen. Ze zijn onderdeel van Schwarz Digits, de digital- en IT-divisie van Schwarz Gruppe (het moederbedrijf achter onder andere Lidl) die activiteiten op het gebied van cloud, data en cybersecurity bundelt. STACKIT is hierin verantwoordelijk voor het Europese cloudplatform. STACKIT levert de Europese cloudtechnologie. KPN is verantwoordelijk voor de datacenters, dienstverlening en integratie in Nederland. Samen bieden we de oplossing KPN Sovereign Cloud | powered by STACKIT.

"Zij sluiten nu overal in Europa samenwerkingsverbanden, als tegenwicht tegen de Amerikaanse big tech. Wij zochten als KPN naar meer power voor een Europese soevereine cloud, en de conclusie is dat we dat niet alleen kunnen." Het doel is een gebundelde Europese cloud met Nederlandse ketenregie voor met name de vitale infrastructuur: zorg, overheid en de financiële sector. Wat haar betreft mag er meer regie van bovenaf komen als het gaat om het gebruik van de Europese cloud: "Overheden sturen hier minder hard dan je zou willen en hopen. Ze zeggen wel dat ze het willen, maar er mogen nog meer concrete stappen worden gezet."

BANG VOOR DE KILL SWITCH

Nicoline Mol, directeur Overheid en Gezondheidszorg Benelux bij SAS Institute: "Wij zijn een Amerikaans bedrijf en hoe er

naar ons wordt gekeken, is in een paar jaar totaal veranderd. Dat begon bij de overheid en nu ook bij de zorg. Mensen zijn bang voor de kill switch, en dat Trump in onze data kan kijken. Dat hebben wij technisch ondervangen, maar dat hoeft niet voor elke leverancier te gelden." Haar advies aan zorgorganisaties is om de verantwoordelijkheid nadrukkelijk bij zichzelf te leggen. "Jij bent als organisatie verantwoordelijk voor jouw data, jij bent de beslisser. Data in eigen beheer, of bepalen: dit is zo belangrijk, dit gaat de deur niet uit. Maak daar een bewuste keuze in." De praktijk ziet er anders uit. Kim van der Lugt wijst op de rijksoverheid, die ook worstelt met dit vraagstuk. Momenteel werkt een groot deel van de overheid nog op Microsoft-werkplekken. KPN ziet dat de Europese clouddiscussie vaak wordt gevoerd alsof je maar twee knoppen hebt: EU of niet-EU. Public of private. Begrijpelijk, want wet- en regelgeving, toezicht en geopolitiek maken het onderwerp urgenter dan ooit. Maar cloudlandschappen zijn in de praktijk gemengd: organisaties zoeken tegelijk snelheid en innovatie, én controle, continuïteit en heldere verantwoording. Als je dat terugbrengt tot één keuze, verlies je nuance. Daarom is cloud als binaire keuze zelden een werkbare cloudstrategie. Coen Egberink, marktdirecteur Zorg bij Conclusion, brengt het thema terug tot een reeks concrete vragen: "Soevereiniteit gaat niet alleen over of de cloud Europees is of niet. Het gaat over dat je weet waar je data staat en wie het beheert. Kun je bij je data, wanneer is je laatste back-up, hoe ver loop je achter als je morgen alles kwijt bent?"

WE GELOOFDEN DE LEVERANCIER EN DAT MOET JE NIET DOEN

Veel aanwezigen hebben ervaring met een hack. Bij KPN was het een zeventienjarige Nederlandse jongen die de systemen kraakte. "Dat was voor ons het moment om het radicaal om te gooien en sindsdien heeft KPN een safety first beleid", zegt Kim van der Lugt. Elza den Hertog deelt haar ervaringen

"Als we het allemaal apart blijven doen, dan redden we het niet."

JURGEN SERNEE

Voorzitter raad van bestuur Dijklander Ziekenhuis en voorzitter BAC Informatiebeleid NVZ

"De urgentie van buiten helpt en geeft de standaard aan waar je aan moet voldoen."

MARGIT HUNINK

Chief Risk Officer VGZ

met de hack bij een leverancier van Bevolkingsonderzoek Nederland: "Het was enorm schrikken, het maakt je echt kwetsbaar, zeker door de informatieachterstand die we hadden ten opzichte van de leverancier. Het bleken veel meer dossiers dan eerst gedacht, we zijn er uiteindelijk van uitgegaan dat alle cliënten mogelijk betrokken zijn." De grootste schade zat in het vertrouwen. "Voor ons is het vertrouwen in het bevolkingsonderzoek heel belangrijk. Dat mensen daar nog steeds aan willen meedoen." De samenwerking met de betreffende leverancier is vooralsnog stilgelegd, vertelt ze: "We hebben eerst overzicht gecreëerd en gekeken in welke mate ze zich aan de afspraken houden."

ZIEKENHUIZEN GEBRUIKEN HUN MACHT NIET

Sanne Blom herkent de afhankelijkheid van leveranciers vanuit de samenwerkende ChipSoft-ziekenhuizen. "We krijgen niet de informatie die we nodig hebben, er is daar een bepaalde cultuur van dichte deuren. Daar worden we allemaal door geraakt." Het gezamenlijk optrekken van alle ChipSoft-huizen blijkt taai: "Het is heel ingewikkeld om bijvoorbeeld de gezamenlijke verwerkersovereenkomst op orde te krijgen. We willen het nog steeds voor onszelf doen." Gita Gallé: "Dat is precies het punt. We handelen nog te veel individueel, terwijl we het samen moeten doen." David Baden: "De ziekenhuizen samen hebben zoveel macht als je ziet hoeveel ze aan IT uitgeven. Maar we gebruiken die macht niet." Twee jaar geleden werd dit gesprek op het Ingendael Discours ook al gevoerd, brengt hij in herinnering: "Hoe gaat het ons lukken om meer samen te doen? Als NVZ kunnen we ook zeggen: we nemen samen een contract af."

"ZO LEK ALS EEN MANDJE"

John Taks, voorzitter raad van bestuur ADRZ, legt de vinger op het kennisniveau van de bestuurders zelf: "Ik denk echt dat het probleem is dat we er geen verstand van hebben. En dat we er heel stom mee bezig zijn." Zijn ziekenhuis was na de hack bij ChipSoft een van de eerste die de VPN dichtgooide;

een paar maanden ervoor was daarop geoefend. Het probleem is breed, stelt hij: “Er werken in een ziekenhuis heel veel mensen die allerlei IT gebruiken, daar hebben we weinig grip op. En een aantal dingen kunnen we niet zelf. We zijn een ziekenhuis, geen IT-bedrijf.” Natuurlijk heeft ieder ziekenhuis een CIO en natuurlijk wordt er geoefend, zegt hij, maar dat is niet hetzelfde als weerbaar zijn. “Een ziekenhuis is zo lek als een mandje, met alle mails, met alles wat binnenkomt via allerlei kanalen. Als je eerlijk kijkt of er goede analyses liggen, goede systemen... Dit klinkt niet positief, ik weet het, maar ik kan het niet leuker maken.” Joyce Berger reageert: “Het helpt als je in de raad van bestuur aandacht hebt voor cyber en je CIO en CISO een sterke positie geeft. Je kunt als bestuurder niet alles weten. Er zijn maar weinig bestuurders met een IT-achtergrond, dan heb je een goede organisatie en goede mensen nodig, en moet je het mandaat op het juiste niveau neerleggen. Maar je moet er zelf wel voldoende van begrijpen om de goede vragen te kunnen stellen.”

STANDAARDISATIE GRAAG, MAAR DAN WEL OP ONZE MANIER

Leonique Niessen, directeur-bestuurder Nictiz: “Samen standaardiseren lukt ons heel moeizaam. Dat is ook een beetje onze Nederlandse cultuur, van polderen en praten.
Ik zou willen dat de overheid hier strakker in zit. Daarnaast: wat kunnen wij zelf doen, om meer de regie te nemen?
We weten best wat er moet gebeuren, maar we doen het niet.” Baden: “Ik vind het altijd interessant om te zien dat ziekenhuizen zeggen allemaal anders te zijn, maar iedereen gebruikt Microsoft.” Kim van der Lugt: “Alle ziekenhuizen voelen echt wel dat er gestandaardiseerd moet worden, maar wel graag op de eigen standaard.” Sturen leveranciers daar voldoende op? “Dat doen we te weinig, dat geef ik nu als opdracht aan ons team mee: dat we soms nee zeggen en uitleggen waarom,” zegt ze. KPN nam begin dit jaar het pijnlijke besluit te stoppen met zorgdomotica: “Dat was zo divers georganiseerd dat we het niet gestandaardiseerd en op schaal kregen. Ik denk dat het nog steeds een belangrijk thema is waar KPN een rol in kan spelen, maar niet op de wijze waarop we het deden.”

EEN BURNING PLATFORM

Margit Hunink, Chief Risk Officer VGZ, brengt het perspectief mee van een sector die al jaren onder zwaar toezicht staat.
Zij werkte lang bij de banken, onder meer als global head IT en Operational Risk bij Rabobank: “Er wordt veel gesproken over de veelheid van toezicht. Bij de banken is dat groot, door De Nederlandsche Bank en de Europese Centrale Bank. Met continu onderzoeken, grote teams die veel data opvragen en vervolgens diepgaand onderzoek doen. Hoe veel tijd dit ook kost, die externe druk geeft wel urgentie. Zo’n toezichtsrapport geeft focus, je gaat het oplossen.” Bij zorgverzekeraars houdt DNB toezicht en moet worden voldaan aan o.a. DORA en de cyberweerbaarheidswet. Margit Hunink: “De urgentie van buiten helpt en geeft de standaard aan waar je aan moet voldoen.”
Wat de banken doen, kunnen de ziekenhuizen ook doen, en wel meteen, zegt ze: “DNB doet prikacties met een red team. Dat kun je als ziekenhuizen samen met elkaar regelen: laten we een partij vragen om ons te prikken. Bewust toegang geven en kijken hoe ver die persoon komt. Dat kun je prima samen doen, nu al, los van standaardisatie. Dat geeft je vaak een burning platform waarop je kunt acteren.”

KOPIEER DE WERKWIJZE VAN SURF

Op verzoek van gespreksleider Martijn de Greve geeft Jonathan Bouman zijn tussenstand van dit gesprek: "Ik heb met verbazing geluisterd." Hij geeft een voorbeeld uit zijn eigen praktijk: ziekenhuizen zeggen Microsoft nodig te hebben voor het lezen van de UZI-pas. "Ik heb daar een Linux-variant van gemaakt. Dat kan dus wel. Het begint met de bouwstenen." Voor het collectief inkopen bestaat volgens hem al een uitgewerkt Nederlands model: SURF. "Al die partijen delen hun DPIA's. Het is heel raar dat de zorg dit niet samen doet. Kopieer die werkwijze, of doe mee met SURF, als dat mag. Er zijn al heel wat clubs in Nederland die op deze manier samenwerken." Berger doet een vergelijkbaar voorstel voor de audits: "We moeten die als sector bij Z-CERT leggen en ze daarvoor betalen." Janneke Brink-Daamen, voorzitter raad van bestuur Rijnstate, zegt in het gesprek vooral te zoeken naar de scheidslijn tussen wat ze zelf moet doen en wat samen kan: "Ik ben blij met de BAC van Jurgen: wat kan ik daar neerleggen en wat kan ik zelf doen?" Robert Chabot, lid raad van bestuur Ikazia Ziekenhuis: "Veel kunnen we als ziekenhuis niet alleen, dat moeten we samen doen. De BAC is daar een goede plek voor. Laten we daar geld en energie in steken."

HET GEDRAG VAN MENSEN

Paul Simoons, CEO ZorgDomein, schetst hoe zijn organisatie beveiliging heeft ingericht: "We hebben korte escalatielijnen, een proces en een cultureel systeem waarin een kwetsbaarheid binnen 24 uur wordt opgelost. We werken met een eigen AI-systeem dat continu op kwetsbaarheden controleert. Toch ligt de kern van het probleem elders, namelijk bij het gedrag van mensen. De belangrijkste remedie is dan ook kennis op peil brengen, bij bestuurders én medewerkers, want dat zorgt voor meer bewustzijn van cyberrisico's." Mare Lensvelt, directeur ziekenhuizen P5Com, is het daarmee eens: "Cybersecurity gaat iedereen aan, maar de menselijke factor wordt vaak vergeten. Het is belangrijk om kennis en bewustzijn bij iedereen te krijgen."

Wolter Odding, lid raad van bestuur Tergooi, komt terug op de spanning tussen autonomie en collectiviteit. "Wat bij mij blijft hangen uit dit gesprek is de individuele autonomie: we vinden het heel moeilijk als iemand anders iets voor ons beslist. We hebben het er al jaren over, maar er verandert heel langzaam iets. We doen het allemaal individueel, in ons eigen ziekenhuis, we kiezen onze eigen applicaties. Hoe doorbreken we dat? Met de BAC, en misschien langzaam aan de BAC die autonomie geven." Volgens Bas den Heijer, lid raad van bestuur Sint Maartenskliniek, heeft de hack bij ChipSoft wel beweging gebracht, maar te weinig: "Die hack was kennelijk niet ernstig genoeg. We moeten zelf de urgentie vaststellen, nu doorpakken, accepteren dat je dat niet alleen kunt en het echt samen doen!"

EEN OPEN EPD

Kunnen we een hoopvol toekomstbeeld schetsen, vraagt Martijn de Greve. Is er in 2028 een autonome Europese cloud en een gestandaardiseerd IT-systeem in de zorg? Jonathan Bouman schetst het beeld van een sector die haar compliance collectief heeft geregeld, zoals SURF dat doet, die nauw samenwerkt met leveranciers en die actief stuurt op het losser komen van die leveranciers. "Zodat je makkelijker kunt switchen en minder afhankelijk wordt. Dat zou mijn

eerste stap zijn: koppel de data en functionaliteit los en maak een open source schil om de data, bijvoorbeeld een open EPD of dashboards zoals Zorgviewer, kijk of je dat veilig kunt krijgen. Dat verdient zichzelf terug van de fees die je nu aan leveranciers betaalt." Hij verwijst naar de huisartsenalliantie waarvoor hij werkt, die een aanzienlijke groep zelfstandige ondernemers helpt en desondanks veel collectief doet. "We gebruiken dezelfde modelovereenkomsten, en inkoop en juridische ondersteuning doen we indien nodig samen."

KLEUR BEKENNEN

Jurgen Sernee sluit af met een aanbod en een vraag: "Het lijkt mij fantastisch om met de BAC het voortouw te nemen in een meer collectieve aanpak. Er liggen al stappen om dit concreet te doen, daar hebben we jullie voor nodig. Want we gaan rond, dit wordt kleur bekennen." Wat dat betekent, maakt hij meteen concreet: "Z-CERT is de aangewezen partij voor cybersecurity, dat pakken we op in de BAC en dan komt er een voorstel. Stap je in het collectief? Dan gaan we ook meer betalen voor Z-CERT." Berger noemt een ander voorbeeld: "De ontwikkelagenda bij ChipSoft. Dat we ons daaraan committeren." Bij de hierop volgende rondgang gaan alle vingers omhoog, op één na. Viviane Dietz licht toe waarom zij haar hand niet opsteekt: "Wij doen niet mee met de samenwerking van de ChipSoft-ziekenhuizen. We hebben allemaal, ook wij, een goede CISO en een goede IT-manager, en die hebben allerlei redenen waarom dit geen goed idee is. Ik wil eerst weten wat dit betekent. Het is niet mijn portefeuille, ik zit hier onvoldoende in. Daarom steek ik mijn vinger niet op, want ik kan het niet beloven."

"Cybersecurity gaat iedereen aan, maar de menselijke factor wordt vaak vergeten. Het is belangrijk om kennis en bewustzijn bij iedereen te krijgen."

MARE LENSVELT

Directeur ziekenhuizen P5Com

EEN VOORSTEL OVER WEERBAARHEID

Frido Kraanen, lid raad van bestuur Gelre Ziekenhuizen, zegt het eerlijk: "In conceptuele zin is iedereen het eens, maar als het gaat om autonomie inleveren, doen we het niet. Het punt is: dit kan niet gratis. Het gaat niet om geld, maar om iets dat we moeten inleveren. Ik zou de verzekeraars willen oproepen om hier ook hun rol in te pakken, zodat het samen doen meer wordt afgedwongen." John Taks maakt het concreet: "Ik wil de oproep van Jurgen ondersteunen. Als de BAC met een onderbouwd voorstel komt over weerbaarheid tegen IT-dreiging en oorlogsdreiging, en wij dat steunen in de NVZ-vergadering, dan zetten we de urgentie neer en geven we dit onderwerp een podium. Laten we dat met de mensen die hier zitten ondersteunen."

SFEERIMPRESSIE INGENDAEL DISCOURS

SFEERIMPRESSIE INGENDAEL DISCOURS

TOT BESLUIT

Tijdens het eerste deel van het Ingendael Discours stond de geopolitieke situatie centraal. Vanuit die urgentie werd besproken wat de zorgsector kan en moet doen om zich voor te bereiden op een mogelijke oorlog. In het tweede deel lag de focus op het ziekenhuis zelf en de rol van bestuurders. De opgave is groot, maar gelukkig is er veel wat ziekenhuizen en bestuurders nu al zelf kunnen doen om goed voorbereid te zijn. Zoals samenwerken in de regio, de weerbaarheid van medewerkers vergroten door onveiligheid op de werkvloer aan te pakken, als bestuurder persoonlijk te werken aan je veerkracht en door te investeren in digitale veiligheid.

We staan voor een enorme opgave. Deze 16e editie van het Ingendael Discours liet zien dat resilience in de zorg veel dimensies kent en dat er op al deze fronten actie wordt ondernomen, van regionale samenwerking tot cybersecurity. Ook liet het zien dat het bewustzijn en de bereidheid er zijn om samen de schouders eronder te zetten. Dat geeft moed, want zoals het tijdens een onderdeel van het discours werd gesteld: weerbaarheid is geen plan. Het is wat overblijft als een plan niet meer werkt.

WWW.INGENDAELDISCOURS.NL

Organisatie:

BLOMMESTEIN GROEP