

INTERREGNUM DE TUSSENTIJD

Het kwartetten is begonnen, maar waar blijft de echte transformatie?

INGEN
DAEL²⁰²⁵
DISCOURS

INTERREGNUM DE TUSSENTIJD

Het kwartetten is begonnen, maar waar blijft de echte transformatie?

We bevinden ons in een Tussentijd, waar het oude niet meer functioneert maar het nieuwe niet geboren kan worden. Wat moeten we doen en welke koers kiezen we om daaruit te komen? Hoe zorgen we ervoor dat de transformatie van de zorg echt gaat lukken? Die vragen liepen als een rode draad door de 15e editie van het Ingendael Discours.

Het Ingendael Discours is een zomerse studiereis in eigen land, waar zorgbestuurders, verzekeraars, medisch specialisten, bedrijfsleven en andere stakeholders in de zorg bij elkaar komen. In een informele en ontspannen setting bespreken zij de uitdagingen en oplossingen van de (ziekenhuis)zorg. Tijdens deze editie ging het onder meer over verandering en de menselijke maat, over fusies en samenwerking, over AI en innovatie en over hoe te bouwen aan meer weerbaarheid in een snel veranderende wereld.





INTERREGNUM DE TUSSENTIJD

We bevinden ons in een tussentijd. Hoe zijn we hier beland, welke dynamieken spelen er en hoe komen we hieruit? Gabriel van den Brink, hoogleraar Wijsbegeerte aan het Centrum Ethos van de Vrije Universiteit, grijpt terug op het denken van Antonio Gramsci om de dynamiek van deze periode beter te begrijpen.

Van den Brink, die onlangs 75 werd, zegt geen periode te hebben meegemaakt die zo turbulent is als de huidige. “De orde zoals we die kenden, staat op losse schroeven.” De denkbeelden van Gramsci helpen om deze tijd te duiden, zegt hij. Gramsci, een 19e eeuwse Italiaanse denker en politiek theoreticus, introduceerde het begrip ‘de tussentijd’ om een tijdsgewricht te duiden waarin het oude is gestorven maar het nieuwe niet geboren kan worden. In deze tussentijd - het interregnum – doen zich allerlei ‘morbide symptomen en verschijnselen’ voor.

HISTORISCH BLOK

Gramsci breidde het klassieke marxisme uit met de term historisch blok: de tijdelijke samenhang tussen economische en ideologische krachten. Wanneer die samenhang uiteenvalt, kunnen ideeën los van de economische werkelijkheid een eigen dynamiek krijgen. Politici kunnen die benutten om massa's te mobiliseren. Mussolini deed dat in de tijd van Gramsci. Onder meer Donald Trump doet dat nu: “Dat kan een verklaring zijn waarom mensen op Trump stemmen, terwijl dat niet in hun belang is.” Van den Brink ziet meer van dit soort verschijnselen. Hij noemt voorbeelden als het bekladden van kunstwerken uit naam van klimaatactivisme of discussies over genderneutrale toiletten. “Oprechte ideeën zijn zo losgeraakt van het echte leven dat ze een eigen leven gaan leiden.”

NIEUWE ORDERINGSMODELLEN

Gramsci wist duidelijk te benoemen wat de oude en de nieuwe orde waren: kapitalisme tegenover socialisme. Dat onderscheid is nu minder scherp, zegt Van den Brink: “Denken in termen van links en rechts is volkomen inadequaar om de huidige tijd te

duiden.” Om de huidige orde te begrijpen, introduceert hij twee assen:

- De economische as: met het particulier belang (liberalisme) tegenover het gemeenschappelijk belang (socialisme).
- De machtsas: top-down (autocratie) tegenover bottom-up (democratie).

Door die te combineren ontstaan vier denkmodellen voor een orde:

1. Democratisch liberalisme: marktwerking gecombineerd met democratische inspraak. Dit was dominant in het Westen van 1950 tot circa 2000.
2. Autoritair socialisme: gemeenschapszin via staatsdwang, zoals bij het communisme en in het huidige China.
3. Autoritair liberalisme: radicale marktwerking in combinatie met dwang van bovenaf. Zichtbaar in de huidige VS en in vormen van new public management.
4. Coöperatie: samenwerking op vrijwillige basis, zoals gebeurde in de middeleeuwse gilden.

“Van deze vier sluit het coöperatieve model het beste aan bij het Europese DNA. Het biedt ruimte voor ondernemerschap én gemeenschapszin,” zegt Van den Brink.

DE ZOEKTOCHT NAAR BALANS

Niet één van de genoemde modellen is volledig van toepassing op de bestuurlijke praktijk, nuanceert Van den Brink. “In de realiteit lopen dingen door elkaar. Er zijn altijd meerdere doelen en waarden, het is zoeken naar de juiste balans.” In de medische sector heb je geld, regels van de staat, de kennis van de chirurg

en de beleving van de patiënt. Die moeten allemaal een plek krijgen in de organisatie. Daar moet je de discussie over voeren, zegt hij: “Het is bijvoorbeeld niet vanzelfsprekend dat de begroting altijd op de eerste plaats komt.”

Welk advies heeft hij aan zorgbestuurders? “Praat over doelen en waarden. Dat zeg ik ook tegen politici, want die zijn te veel bezig met middelen en niet met doelen. De onvrede in het land komt doordat we niet weten waar we naartoe gaan. We moeten praten over de richting die we op willen.” De denkmodellen kunnen helpen om deze doelen te bepalen, besluit hij. “Wat wil je met de zorg, wat is de verhouding tussen het individuele belang en de gemeenschap? Wie is de gemeenschap, wie reken je daartoe?”

Hoe is de machtsbalans in het ziekenhuis, hoe coöperatief wil je zijn?” Daarbij pleit hij voor een beter evenwicht tussen traditie en innovatie: “Het gaat in de zorg wel erg veel over innovatie. Hoe verhoudt zich dat tot de menselijke behoefte van een arm om je heen willen als ziek bent? Ook daar moeten zorgbestuurders over nadenken.”

“Er zijn altijd meerdere doelen en waarden, het is zoeken naar de juiste balans.”



GROEPSDIALOOG:

KOERS BEPALEN UIT DE TUSSENTIJD

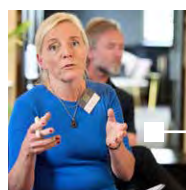
Hoe komen we uit deze tussentijd? Kunnen we gezamenlijk de vraag beantwoorden waar we echt naartoe willen met de zorg? Deelnemers gaan met elkaar en Gabriel van den Brink in gesprek over het hogere doel van de zorgtransformatie.

Van den Brink betoogt dat er een helder doel nodig is om uit de tussentijd te komen. Met hier en daar wat bijschaven en verbeteren gaat het niet lukken om de zorg te transformeren. Maar wat doen we dan wel? En hoe doen we dat? “We zitten in een overlevingsfase,” zegt David Jongen, voorzitter raad van bestuur Zuyderland. “We weten niet waar we naartoe op weg zijn. We gaan moedig voorwaarts, maar met veel onzekerheid.” Volgens Van den Brink is het niet vanzelfsprekend dat we geen richting kennen. “Die vraag ontstaat vaak omdat er geen orde wordt aangebracht in de chaos. In onrustige tijden is juist de manier waarop je de werkelijkheid duidt bepalend of je perspectief ziet. Je moet dus ordening aanbrengen.”

LEIDERSCHAP IN DE TUSSENTIJD

“Hebben we ander leiderschap nodig?” vraagt Janneke Brink-Daamen, voorzitter raad van bestuur a.i., Dijklander ziekenhuis: “We hebben een leider nodig die zegt ik weet het ook niet, denk met mij mee, en die na alles afgewogen te hebben een beslissing neemt. Dat hebben we nodig in deze tijd: democratisch leiderschap.” Van den Brink vertelt dat elk van zijn vier modellen een eigen type leiderschap vraagt. Het model van de coöperatie lijkt het beste te passen bij onze Europese cultuur en kan mogelijk een uitweg bieden uit de tussentijd, zo is zijn conclusie. Het is echter niet makkelijk om dat model, en het type leiderschap dat daarbij hoort, in de praktijk vorm te geven, zegt Roland Eising, directeur Zorginkoop, Zilveren Kruis: “In een coöperatie zijn samenwerking en het open gesprek heel belangrijk. Maar dat staat onder druk in onze tijd. De nuance is weg.”

“Tijdens corona voelden we de urgentie tot samenwerking. Maar nu de crisis voorbij is, vallen we terug in oude patronen.”



WENDY BOSBOOM

Voorzitter raad van bestuur,
Ziekenhuis Rivierland

MACHT, GELD EN MORAAAL

Van den Brink daagt de aanwezigen uit om verder te denken: “Wat is het hogere doel in de zorg? Waartoe is een ziekenhuis op aarde? Ik definieer beschaving als een samenleving waarin macht, geld en moraal in evenwicht zijn. Maar in Nederland praten we vooral over geld, een beetje over macht en zelden over moraal. Dat is verarming. We moeten opnieuw nadenken over waarden en doelen.” Volgens David Baden, SEH-arts en clustermanager Diaconessenhuis, ligt het maatschappelijke doel van de zorg voor de hand: “Ziekenhuizen worstelen met hun koers, maar maatschappelijk is het doel helder: de gezondheid van burgers bevorderen en gezondheidsverschillen verkleinen. Zolang financiering dominant blijft, blijven we echter produceren in plaats van werken aan dat hogere doel.” Hoe komen we hieruit? Van den Brink gaat te rade bij Aristoteles: “Het juiste midden tussen concurrerende doelen vind je alleen in een open gesprek met alle partijen.”

URGENTIE GEZOCHT

Voelen we voldoende urgentie om de zorg te veranderen? Wendy Bosboom, voorzitter raad van bestuur Ziekenhuis Rivierenland, vindt van niet: “Tijdens corona voelden we die urgentie tot samenwerking wel. Maar nu de crisis voorbij is, vallen we terug in oude patronen.” Ad Antonisse, directeur Market Access en Corporate Affairs, AstraZeneca: “We hebben een nieuw gezondheidsdoel op VWS niveau nodig. In andere landen worden die wel op ministerieel niveau geformuleerd, bijvoorbeeld zoveel minder overlijdens door kanker.” Mark Janssen, voorzitter raad van bestuur Zorginstituut, stelt dat er in de gesloten akkoorden, zoals het IZA en AZWA, een helder doel is afgesproken: “We gaan van zorg naar gezondheid. We moeten dus meer gaan investeren in de kwaliteit van leven dan in overleven.”

LUISTEREN NAAR GEWONE MENSEN

Van den Brink houdt de aanwezigen een spiegel voor: “U denkt dat er geen urgentie is om te veranderen, maar kijk naar

“Ziekenhuizen worstelen met hun koers, maar maatschappelijk is het doel helder: de gezondheid van burgers bevorderen en gezondheidsverschillen verkleinen.”



DAVID BADEN

SEH-arts en clustermanager,
Diaconessenhuis

“We hebben een nieuw gezondheidsdoel op VWS niveau nodig. In andere landen worden die wel op ministerieel geformuleerd, bijvoorbeeld zoveel minder overlijdens door kanker.”



AD ANTONISSE

Directeur Market Access en Corporate Affairs,
AstraZeneca

de verkiezingsuitslagen in westerse landen. De opmars van extreemrechts laat zien dat er wel degelijk urgentie is. Veel burgers voelen zich klemgezet door de manier waarop ze bestuurd worden, of het nu gaat om klimaat, migratie of zorg. Dat wijst erop dat er wel degelijk een crisis is, op een ander niveau in de samenleving dan op het bestuurlijke niveau. Je moet als elite heel goed oppassen als je zegt dat er geen urgentie is, want die is er wel degelijk.” Hij ziet hier een bijzondere verantwoordelijkheid voor bestuurders en hoger opgeleiden: “Zij moeten luisteren naar gewone mensen. Niet alleen naar wat men aan de oppervlakte zegt, maar naar wat eronder zit. Pas dan kun je de juiste balans vinden.” Op die manier kan de menselijke maat wat meer terugkomen in de discussies over zorg, die nu vaak erg technocratisch zijn. En die veel op de as van innovatie zitten, terwijl de zorg ook een menselijke kant heeft. Jongen: “We praten in de zorg te vaak in termen van transitie en transformatie, niet over wat diep menselijk is.” Van den Brink: “Mensen zijn gehecht aan continuïteit, ze willen niet dat alles continu verandert. Zo ziet onze huidige wereld er echter wel uit. Laten we een evenwicht vinden tussen wat nauwelijks verandert, en wat wél.”

MORELE KEUZES MAKEN

Geraline Leusink, voorzitter raad van bestuur Rijnstate, stelt dat de ziekenhuissector zichzelf in verwarring brengt: “Onze propositie is dat we mensen beter maken omdat ze ziek zijn. Onder invloed van schaarste in middelen en personeel kantelden we dat naar gezondheid.” Deze propositie is een vertaling van een ontwikkeling die al dertig jaar gaande is, antwoordt Van den Brink: “Dat is dus niet vreemd. De kernvraag blijft: wat bedoelen we met ‘beter worden’? Wat willen mensen met hun leven? Macht en markt zullen altijd belangrijk blijven, maar de morele kant van de zorg moeten we duidelijker formuleren. Daar moeten we eerlijk over spreken en communiceren. De zorg kan niet onbeperkt groeien. Vroeg of laat zullen we ook morele keuzes moeten maken.”



HELEN MERTENS

Voorzitter raad van bestuur,
Maastricht UMC+



GERJAN KAMPS

Voorzitter raad van bestuur,
St. Jans Gasthuis

WAKE UP CALL DE FUSIE DIE NIET ZO GENOEMD WORDT

De bestuurders van het Maastricht UMC+ en het St. Jans Gasthuis in Weert waren het vrij snel eens dat samenwerking in het belang is van beide ziekenhuizen. Maar daarna duurde het toch nog lang voordat de fusie rond was. Voorzitter raad van bestuur Maastricht UMC+, Hellen Mertens, en voorzitter raad van bestuur St. Jans Gasthuis, Gerjan Kamps, vertellen over het behalen van de finish, die eigenlijk pas het startpunt is.

Fusies in de zorg halen vaak de eindstreep niet. Deze wel, want voor beide ziekenhuizen levert de samenwerking voordelen op. Het Maastricht UMC+ is het enige ziekenhuis in de stad en verleent ook basiszorg. Mertens: “Wij verwijzen nu patiënten door naar Weert en dat helpt om wachtlijsten terug te dringen. Bij ons wachten patiënten gemiddeld anderhalf jaar voor een geplande electieve orthopedische operatie, in Weert worden ze binnen twee maanden geholpen. Met Weert erbij hebben we meer mogelijkheden om studies te doen. Ook kunnen we personeelstekorten beter opvangen.”

TE GROTE VERANDEROPGAVE

Voor Weert was de samenwerking pure noodzaak, vertelt Kamps: “Onze veranderopgave was te groot om zelfstandig te doen. We hebben nieuwbouw nodig, maar daar waren we financieel niet klaar voor. Daarnaast voldeden we voor sommige specialismen niet meer aan de landelijke volumenormenten. Bepaalde vormen van chirurgie waren al verdwenen of dreigden te verdwijnen. Zonder samenwerking zouden we langzaam verarmen tot een beddenhuis voor ouderenzorg. Terwijl er in de regio behoefte is aan een volwaardig zorgportfolio.”

De inhoudelijke klik was er snel, vertellen ze. “Weert wil geen hoogcomplexiteit zorg,” zegt Mertens. “Wij wilden juist ruimte maken op de basiszorg. Bovendien is preventie en samenwerking met het sociaal domein voor ons al jaren een speerpunt. In Weert kunnen we zaken gemakkelijker uitrollen, waar we dan in Maastricht onderzoek naar doen.” Kamps: “Wij zien deze samenwerking als een verrijking van de zorg in Weert.”

HET SYSTEEM STUURT DE ANDERE KANT OP

Ook al was men het snel inhoudelijk eens, eenvoudig was het traject niet. “Het systeem stuurt de andere kant op,” zegt Kamps. “De systeempraktijk geeft enorme vertraging.” Alle betrokkenen werden meegenomen: medische staf, cliëntenraad, verzekeraars, ondernemingsraad en toezichthouders als NZa en ACM. Opvallend genoeg verliep de beoordeling door NZa en ACM relatief soepel. “Het verschil tussen een klein ziekenhuis en een academisch centrum is groot. Er zit zestig kilometer tussen. De toezichthouders zagen geen risico op machtsvorming,” aldus Kamps. Het meekrijgen van de zorgverzekeraars bleek lastiger. “Eén verzekeraar was groot voorstander, de ander erg kritisch,” vertelt Mertens. “Uiteindelijk hebben ze op inhoud meegetekend.”

STEVIG JURIDISCH FUNDAMENT

Eind 2022 tekenden de partijen een intentieovereenkomst. Vervolgens werd een jaar de tijd genomen om het juridische construct uit te denken, nog voordat ze met de inhoud bezig gingen. Onder de samenwerking hangt een BV. “Het is geen klassieke fusie waarbij het ene ziekenhuis opgaat in het andere,” legt Mertens uit. “We zijn zelfstandige organisaties in een concern, met Maastricht als enige aandeelhouder. We wilden een eenvoudige governancestructuur.” De raad van commissarissen bewaakt de eigenheid van Weert. “Als we het in Weert gaan doen zoals in Maastricht, dan zijn we failliet,” zegt Kamps. “Het verschil maakt ons juist sterk. Dat levert spanning op, maar ook energie.” Is er wel een juridisch fundament nodig voor een dergelijke samenwerking? Kamps: “Samenwerkingsovereenkomsten gaan goed zolang de vakgroepen het met elkaar kunnen vinden. Wij wilden een duurzaam construct, zodat als het moeilijk wordt we niet uit elkaar gaan.”

DANSEN DOE JE SAMEN

De grootste uitdaging zit in de onderlinge dynamiek, vertellen ze. “De structuur zit goed in elkaar, maar samenwerken gaat om de relatie. Het plan kan nog zo duidelijk zijn, er moet wel samen gedanst worden,” zegt Kamps. In Maastricht loopt bijvoorbeeld de besluitvorming heel anders dan in Weert en dat levert soms spanningen op, vertellen ze. Weerstand bij de medische staf wordt actief weggenomen. “Ik ben zelf dokter, dat helpt,” aldus Kamps. Daarbij: “We spreken heel bewust niet over een overname. Er hangt ook geen groot bord met een nieuwe naam op het ziekenhuis. Inwoners en artsen zijn daar gevoelig voor. Het gaat om samenwerking, niet om opslokken.” Mertens: “Er zijn duizend modellen om samenwerking vorm te geven. Wij doen het op maat en nemen er de tijd voor.”

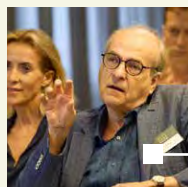
“Er zijn duizend modellen om samenwerking vorm te geven. Wij doen het op maat en nemen er de tijd voor.”



HELEN MERTENS

Voorzitter raad van bestuur,
Maastricht UMC+

“Samenwerking moet boven marktwerking gaan in een model waarin iedereen een rol heeft en clustering een uitgangspunt is.”



AD MELKERT

Voorzitter, NVZ

REACTIES UIT DE REGIO

De samenwerking tussen Weert en Maastricht vindt plaats in de regionale context, die cruciaal is, zegt Mertens: “We blijven dus altijd in gesprek met de collega’s in de regio. Als het nodig is om onderwerpen in een andere of bredere samenwerking op te pakken, doen we dat natuurlijk. Als we iets nieuws starten, dan doen we dat samen. Maar als dat niet lukt, of het kan beter met een ander, dan doen we dat.” De ziekenhuizen in de regio onderhouden goed contact met elkaar, vertelt Jongen: “Alle ziekenhuizen in Limburg hebben gezegd dat het academisch centrum behouden moet blijven. Dat is onze inzet in de discussie over concentratie en spreiding. Het liefst zouden we in de regio naar één ziekenhuis gaan met zeven locaties met elk een eigen profiel. Dat is de droom. Maar in het huidige stelsel gaat dat nog heel lang duren.” Marie-Claire van Hek, lid raad van bestuur Catharina ziekenhuis, reageert: “Ik vind de samenwerking van Maastricht en Weert een heel mooi voorbeeld van hoe je elkaar op gezamenlijke doelen kunt vinden. Jullie maken samen een verhaal en bouwen daarop door.”



ZO MOET HET ZIJN

Ad Melkert, voorzitter NVZ, plaatst de samenwerking in een bredere context: “Dit is een invulling van waar we naar op weg zijn en sneller naar op weg moeten volgens mij: de regionale inbedding van instellingen. We hebben een verzekeraar nodig die voor een regio de lead heeft om de zaken bij elkaar te brengen. Samenwerking moet boven marktwerking gaan in een model waarin iedereen een rol heeft en clustering een uitgangspunt is. Het verhaal van Weert en Maastricht vind ik een interessante illustratie van hoe je die stappen kunt zetten, zonder het nodeloos ingewikkeld te maken.”

“Wij zien deze samenwerking als een verrijking van de zorg in Weert.”



GERTJAN KAMPS

Voorzitter raad van bestuur,
St. Jans Gasthuis





NICOLE STOLK

Voorzitter raad van bestuur, Albert Schweitzer Ziekenhuis

Gesproken column

HET ZIJN DE KLEINE DINGEN DIE ERTOE DOEN

“Soms is de afstand tussen mijn werk als zorgbestuurder en mijn ervaring als moeder heel klein. Soms is het één en hetzelfde verhaal. Onze zoon was tien toen hij de diagnose kreeg: medulloblastoom, graad 4. Een hersentumor met een slechte prognose. Jaren van behandeling volgden. Wat opviel was dat er veel aandacht was voor de medische zorg, maar weinig voor het kind en het gezin. Een arts die keek naar de medicatiepaal en niet naar het kind. Donkere ouderkamers met vieze koffie.

We gingen voor een behandeling naar de Verenigde Staten. Niet alles was daar beter, maar sommige dingen wel. Een hond aan het bed, zodat hij even kind kon zijn. Een verwarmd dekentje als je koud was. We kregen het persoonlijke nummer van de hoofdbehandelaar, die we altijd konden bellen. Kleine dingen met grote waarde.

Als zorgbestuurder weet ik nu dat het niet alleen gaat om de behandeling, maar ook om alles daar omheen. Een prettige plek waar ouders even op adem kunnen komen, gastvrijheid voor het hele gezin, heldere informatie over het gehele traject. Dat ligt in onze handen als bestuurders. Want elke begroting, elk bouwplan, elke personele beslissing bepaalt óók of we investeren in die kleine dingen. Mijn vraag is daarom steeds: wat zorgt er in ons ziekenhuis voor dat de patiënt later zegt ‘ik voelde mij gezien’?

Mijn zoon is nu 21 jaar en in opleiding als verpleegkundige. Hij heeft onlangs op de oncologie-afdeling waar hij stage loopt een jongetje, dat net al zijn haren kwijt was, moed ingesproken en een warme en toch ook coole muts gegeven. Want hij weet: het zijn de kleine dingen die ertoe doen.”





RONDE TAFEL GESPREKKEN

In de zonovergoten tuin van Huize Bergen gaan de aanwezigen aan negen tafels in gesprek met experts van binnen en buiten de zorg. Thema's als de empowerment van patiënten, het vervolg van het AZWA en transparantie worden verder uitgewerkt. Een verslag van twee tafels.

TRANSPARANTIE VOOR DE PATIËNT OF DE ZORG?

Hoe komen we tot meer transparantie over de kwaliteit van zorg, op een manier die begrijpelijk is voor patiënten en tegelijkertijd ziekenhuizen in beweging brengt? Daarover gaat het gesprek aan tafel bij Maïke Schepens, Kwartiermaker Transparantie, Patiëntenfederatie NL.

Schepens promoveerde op uitkomsten van zorg bij prostaatkanker en rughernia en houdt zich al jarenlang bezig met het thema transparantie in de zorg. Dat het ziekenhuis in Hamburg veel beter presteert in prostaatkankerzorg dan de Nederlandse ziekenhuizen is al jaren bekend, maar toch begonnen Nederlandse urologen pas te bewegen toen dat in het landelijke nieuws kwam. Hoe kan het dat transparantie bieden over je resultaten zo lastig is in Nederland?

Het doel van transparantie

“Transparantie gaat over wat er echt toe doet voor de patiënt, dat we dat zichtbaar maken,” zegt Schepens. Ze benadrukt dat openheid over uitkomsten niet per se leidt tot andere keuzes door patiënten, maar vooral tot ander gedrag bij artsen. “Toen de resultaten van prostaatkankerzorg openbaar werden gemaakt, begonnen specialisten pas te bewegen. Uiteindelijk gingen de uitkomsten dichter naar elkaar toe. De stimulans van transparantie is dat de kwaliteit voor iedereen beter wordt.”

Voor de patiënt

“Patiënten willen weten waar ze het beste geholpen kunnen worden. Dat gaat verder dan de interne verbetermethodiek van de specialist. De vraag is: hoe communiceer je dat en hoe duid je die cijfers?” vraagt Melkert. Schepens benadrukt dat het gaat om het geven van harde gegevens: “Dit is het volume, dit zijn de medische scores, dit zijn de ervaringen van patiënten.” Henk Gerla, voorzitter raad van bestuur, Zorg en Zekerheid, wijst op de effecten van dit soort transparantie: “In hartchirurgie zag je dat ziekenhuizen wisselend scoorden: het ene jaar beter, het andere jaar slechter. Maar zodra patiënten weglopen, ontstaan financiële problemen. Het gaat om verbetering op sectorniveau, niet om de beste zijn. Maar of we dat op deze manier realiseren, is de vraag.”

Waarom lukt het niet?

Ondanks de goede bedoelingen blijkt transparantie lastig van de grond te komen. “De kwaliteitsregistratie van prostaatkanker kwam niet van de grond, specialisten werkten niet mee,” zegt Schepens. Gerla ziet wel veel motivatie in ziekenhuizen, maar constateert ook angst: “Specialisten willen geen negatieve publiciteit. Daarom is het belangrijk dat ze zelf de leiding nemen in het delen van gegevens, zoals gebeurde bij DICA.” Die ‘getrapte transparantie’ werkt echter wel traag, zegt Schepens: “Bij DICA begon men in 2013, pas in 2025 kwamen enkele cijfers

“Transparantie gaat over wat er echt toe doet voor de patiënt, dat we dat zichtbaar maken”



MAIKE SCHEPENS

Kwartiermaker Transparantie,
Patiëntenfederatie NL

naar buiten. Specialisten waren vooral bezig met volumebehoud.” Tim Simmers, voorzitter raad van bestuur Sint Maartenskliniek reageert verontwaardigd: “Dat kan toch niet waar zijn? Hoe verhoudt zich dat tot de intrinsieke motivatie van artsen die zeggen het beste te willen voor de patiënt?” Hilde Dijkstra, voorzitter raad van bestuur ZGT, nuanceert: “Geen enkele dokter wil verkeerde dingen doen, maar niet iedereen is gemotiveerd om continu te verbeteren. Daar zit een gradatie in.”

Schokkend

Simmers stelt de kernvraag: “Wat staat hier nu centraal: de patiënt of de mensen die bij ons werken?” Gita Gallé, lid raad van bestuur Prinses Maxima Centrum, wijst erop dat de discussie rond concentratie en spreiding van zorg het bieden van transparantie ingewikkelder maakt. Ze waarschuwt voor “oliebollenlijstjes” die enkel ranglijsten van ziekenhuizen opleveren: “Transparantie bieden is heel belangrijk, zowel voor de patiënt als voor het verbeteren van de zorg als geheel. Maar laten we er wel voor waken dat we het op de goede manier doen.” Laten we echter ook niet te voorzichtig zijn, zegt Edwin van der Meer, voorzitter raad van bestuur Bovenij Ziekenhuis: “Ik ken drie urologen met prostaatkanker. Alle drie lieten zich niet in een Nederlands ziekenhuis, maar in Hamburg opereren. Dat vind ik schokkend. Want we doen het in Nederland toch zo goed?”

Te lief

Hoe zorgen we voor meer transparantie in de zorg, op een manier dat de kwaliteit van de zorg wordt vergroot? Dijkstra nuanceert: “De kwaliteit van zorg moet omhoog waar nodig, maar niet altijd want dat wordt onbetaalbaar. Het belangrijkste is de verschillen kleiner maken. En de inspectie moet handhaven.” Gerla is het daarmee eens: “De inspectie moet vooral bijsturen bij de onderste 5 procent opdat daar tijdig verbetering komt.” Schepens is sceptisch: “Dat doet de inspectie niet, dat vinden ze veel te spannend.” Van der Meer is strenger: “We zijn te lief voor elkaar. Als je onderaan bungelt en geen verbeterpotentieel hebt, waarom mag je dan nog lid zijn van de NVZ?” Dijkstra besluit met een simpel middel: “De beste manier om in een ziekenhuis verbetering te krijgen, is een lijstje ophangen. Dan gaan mensen vanzelf bewegen.”

SOCIAAL DOMEIN EN ZORG: HET VERBINDEN VAN VERSCHILLENDE WERELDEN

Een belangrijk uitgangspunt in de recente gesloten akkoorden, zoals het AZWA, is het versterken van de samenwerking tussen zorg en sociaal domein. Hoe geven we dat vorm in de praktijk? Dat is onderwerp van gesprek aan de tafel van Victor Everhardt, voorzitter Divosa.

Het idee is dat de toestroom naar de zorg wordt beperkt als zorg en sociaal domein beter samenwerken. Het sociaal domein kent echter een totaal andere context dan de zorg, zegt Everhardt: “In het sociaal domein werken we niet met KPI's. Daar gaat het om buurthuizen, helpen bij schulden, mensen aan het werk krijgen. Het idee dat samenwerking de zorgvraag kan verminderen is mooi, maar het vraagt wel dat we twee heel verschillende werelden met elkaar verbinden.” In het sociaal domein zijn weinig bewezen interventies, in de vorm van RCT's (randomized controlled trials), vult hij aan. “Er is wel effect, maar we kunnen niet hard maken wat echt de zorgvraag vermindert.” Het concept van positieve gezondheid van Machteld Huber biedt hier handvatten, zegt Everhardt, “maar in programma's als IZA en AZWA gaat het toch vooral over minder zorg. Op dat vlak moeten ziekenhuizen en sociaal domein elkaar weten te vinden. Wat verwachten jullie van ons?”

“Ik heb er vertrouwen in dat we in de regio de verbinding kunnen maken. Dat staat ook zo in de plannen van het AZWA. De zorg kan ons enorm helpen om interventies neer te zetten die preventie ondersteunen. Het verhaal laten vertellen door ‘de witte jas’ helpt daarbij.”



VICTOR EVERHARDT

Voorzitter Divosa

Bewijs voor preventie

Het sociaal domein mag dan wel niet met harde KPI's werken, je kunt wel degelijk bewijzen wat bepaalde interventies opleveren, zegt Martijn Nap, general manager IQVIA Nederland en epidemioloog en gezondheidseconoom: “Bij het tegengaan van roken en vaperen en ongezonde voeding is de grootste winst te halen als het gaat om preventie. Daarmee boek je enorme gezondheidswinst en dat kun je ook bewijzen.” Hij noemt de VS, waar betere voeding op scholen is ingevoerd, wat leidt tot minder pestgedrag en gezondheidsproblemen. In Japan bepaalt een ‘chief voeding’ wat er op scholen gegeten wordt. “Dat land is het enige rijke land waar obesitas geen groot probleem is en zelfs afneemt onder kinderen. Er is dus al bewijs.” In Nederland is dit ook toe te passen en daarin spelen partijen in het sociaal domein een belangrijke rol, zegt hij.



Waar vinden we elkaar?

Een aantal voorbeelden van hoe zorg en sociaal domein elkaar kunnen versterken komt voorbij. Cees Buren, lid raad van bestuur OLVG, geeft een voorbeeld uit de praktijk: “Agressie is in onze ziekenhuizen een groot probleem. We willen aansluiten bij wijkcentra. Zodat we de wijken waar onze patiënten vandaan komen beter begrijpen.” Everhardt: “Ik heb er vertrouwen in dat we in de regio de verbinding kunnen maken. Dat staat ook zo in de plannen van het AZWA. De zorg kan ons enorm helpen om interventies neer te zetten die preventie ondersteunen. Het verhaal laten vertellen door ‘de witte jas’ helpt daarbij. Dat zorgde er bijvoorbeeld voor dat er in sportkantines geen bier meer werd geschonken aan jongeren onder de 18. In dit soort acties hebben we elkaar nodig.”

Welzijn op recept

Ook Gerla ziet succes in de praktijk: “Sommige patiënten komen wekelijks met buikpijn bij de huisarts, vaak is die buikpijn veroorzaakt door schulden. Daar is ‘welzijn op recept’

uit ontstaan: mensen die bij de huisarts komen maar eigenlijk geen medische klachten hebben, worden doorverwezen naar welzijnswerk, waar meer tijd is om het echte probleem aan te pakken. Zoals stress door schulden. De effecten zijn meetbaar: pilots laten bijvoorbeeld zien dat mensen sneller uit de schulden komen, wat later tot gezondheidswinst leidt. Ina Kuper, lid raad van bestuur Isala, vult aan: “Steeds meer ziekenhuizen hebben een loket om te verwijzen naar het sociaal domein. Wij openden er onlangs een, en het aantal verwijzingen stijgt snel. Dat komt ook doordat medisch specialisten nu snappen dat er soms meer speelt dan een medische klacht. Alleen al het signaleren helpt.” Volgens haar is het belangrijk dat artsen kennismaken met het sociaal domein. “Dat kan in een stafberaad, zodat je elkaars taal leert spreken.”

Everhardt besluit: “Dit is het niveau waarop we de verbinding kunnen maken. Vertel ons dan ook wat jullie nodig hebben. Zoals minder versnippering aan de kant van het sociaal domein. Deze samenwerking vraagt iets van de partijen over en weer.”





ALEX FRIEDRICH

Bestuursvoorzitter Universitätsklinikum Münster

INGENDAEL INTERNATIONAAL LESSEN VAN HET UNIVERSITÄTSKLINIKUM MÜNSTER

De zorg in Duitsland en die in Nederland kennen vergelijkbare uitdagingen, maar gaan daar totaal verschillend mee om. Wat kunnen wij leren van Duitsland? Alex Friedrich, bestuursvoorzitter Universitätsklinikum Münster, vertelt over de aanpak en de andere context. "In Duitsland wordt zorg niet gezien als kostenpost, maar als motor van economische groei."



Het Universitätsklinikum Münster (UKM) is met ruim 12.000 medewerkers de grootste werkgever in de regio. Het ziekenhuis beschikt over ongeveer 1.500 bedden en behandelt jaarlijks meer dan 50.000 opgenomen patiënten en ruim een half miljoen poliklinische patiënten. De zorg in Duitsland is sterk versnipperd.

Zo heeft de deelstaat Noordrijn-Westfalen 1,5 miljoen inwoners en 36 ziekenhuizen. "Het is een heel ander zorglandschap," vertelt Friedrich. "We hebben heel veel bedden, veel meer dan andere landen. Daardoor is een cultuur ontstaan dat zorg altijd om de hoek is."

NIET TEGENSPREKEN, WEL TEGENWERKEN

De bestuurscultuur verschilt sterk van die in Nederland. “In Duitsland lijkt het alsof ik de baas ben en iedereen doet wat ik zeg. Maar als ik het zo aanpak, dan creëer ik enorme weerstand. Mensen zullen niet snel tegenspreken, maar wel tegenwerken.” Voor medisch specialisten is Nederland een aantrekkelijker land om in te werken, vertelt hij: “Er is minder werk en het verdient veel meer. In Duitsland verdient de baas heel veel, maar de gemiddelde specialist en verpleegkundige 30 procent minder dan in Nederland.” Ook de werkuren verschillen: In het UKM werken alle werknemers 42 uur per week. Het ziekteverzuim laat een kloof zien: bij artsen ligt dit rond de 2 procent, bij verpleegkundigen tussen de 10 en 15 procent. “Dokters kunnen door meer productie meer verdienen, verpleegkundigen niet. Dat willen we nu veranderen.”

TRANSFORMATIEPROCES

Vijf jaar geleden startte de Duitse minister van Volksgezondheid een grootschalig transformatieproces. “De macht van de mededingingsautoriteit werd ingeperkt. Berlijn bepaalt hoe het moet, de deelstaten moeten dat in wetgeving vertalen.” De afgelopen vijf jaar veranderden veel wetten. Op deelstaatniveau wordt nu bepaald welke zorg mag worden aangeboden. In Noordrijn-Westfalen kreeg dit vorm in het Krankenhausplan. “De essentie is dat de politiek het voortouw neemt. Het ministerie legt per wet vast wat er moet gebeuren. Geneeskunde wordt opgedeeld in zestien Leistungsgruppen, zoals algemene chirurgie, interne geneeskunde of complexe heupen. Geen enkel vakgebied kan alleen de kwaliteitsdoelen behalen. Je moet samenwerken.”

MINISTER BESLIST

In 2022 begon de uitvoering van deze plannen. “Het land is verdeeld in zorgregio's, met overlegtafels van vakgroepen en ziekenhuizen. De zorgverzekeraar met de meeste leden in een regio heeft zeggenschap. In driekwart van de gevallen werd aan deze tafels overeenstemming bereikt, over wat overblijft besliste de minister persoonlijk.” Er werden ingrijpende beslissingen genomen. “Sommige ziekenhuizen kregen een brief dat ze moesten sluiten. Binnen drie maanden was zo'n instelling leeg: niemand wilde er meer werken.”

De transformatiefase duurt in totaal tien jaar. “De manier van geld verdienen verandert: niet langer via volume, maar per Leistungsgruppe en aantallen patiënten.”

“Ook in Duitsland hebben we een personeelsprobleem. We hebben het geld wel, maar niet de mensen.”

WEERBAARHEID

Wat is de belangrijkste reden voor deze transformatie? Het vergroten van de kwaliteit van zorg, vertelt Friedrich: “Het gaat om volume en specialisatie. Daarbij komt dat we ook in Duitsland een personeelsprobleem hebben. We hebben het geld wel, maar niet de mensen.” Een andere belangrijke reden is ingegeven door de veranderende geopolitieke situatie in de wereld. Duitse ziekenhuizen concurreren, maar wie concurreert kan niet goed samenwerken. Terwijl voor een sterk en weerbaar land regionale netwerken nodig zijn, waarin zorgpartijen samenwerken. “We moeten leren samenwerken – binnen Duitsland en op EU-niveau. We zijn te lang concurrenten geweest. Als er nu een aanval zou zijn, helpt niemand elkaar. Dat moet veranderen.”

GROEIMODEL

De zorgkosten in Duitsland zijn op macroniveau lager dan in Nederland. “Door schaalgrootte en hoge doorstroom is het systeem goedkoper. Bovendien levert iedere euro in de zorg 1,67 euro op voor de Duitse economie,” vertelt Friedrich. De Duitse industrie maakt wat in de zorg wordt gebruikt. Paul Riswick, algemeen directeur Siemens Healthineers Nederland: “In Münster alleen al staan 100 CT-scanners. In Nederland is dat een factor tien minder bij een stad met vergelijkbaar aantal inwoners. In Duitsland is beschikbaarheid vanzelfsprekend, er wordt niet op wachtlijsten gestuurd. In Nederland zijn we efficiënt en zuinig, maar soms té zuinig. Daar wordt zorg als kostenpost gezien, in Duitsland als verdienmodel.” Friedrich vat het bondig samen: “Als je in Duitsland zegt dat de zorg minder moet, dan wordt de vraag gesteld ‘wil je onze economie schaden?’”

LESSEN VOOR NEDERLAND

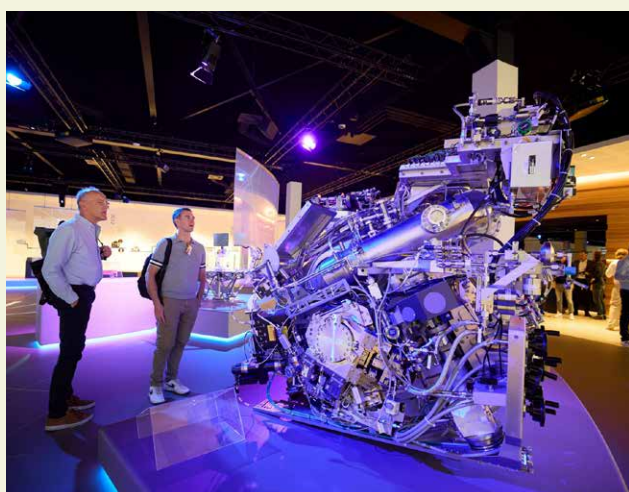
De situatie in Duitsland verschilt sterk van de Nederlandse. Friedrich biedt een interessant inkijkje in hoe het er bij de oosterburen aan toe gaat, maar kunnen we er wat van leren voor het Nederlandse zorgmodel? Friedrich, die een tijdlang in Nederland werkte en de context hier begrijpt, besluit: “Wat ook in Nederland zou helpen is politiek leiderschap. Een minister die zegt: ik neem de verantwoordelijkheid voor tien jaar. Het veld moet het uitvoeren, maar ik laat jullie niet meer los. Dat geeft houvast.”



BEZOEK EN RONDLEIDING VDL GROEP

KRACHT DOOR SAMENWERKING

Een bezoek aan VDL Groep, één van Nederlands toonaangevende industriële familiebedrijven, geeft de deelnemers een ander perspectief op samenwerken en wendbaarheid. Na een introductie in experience center De Wereld van VDL gaat debatleider Martijn de Greve in gesprek met Willem van der Leegte, president-directeur van VDL Groep.



Met ruim 14.000 medewerkers in 20 landen en meer dan 100 werkmaatschappijen, is VDL actief in uiteenlopende sectoren – van hightech en mobiliteit tot energie, infratech en foodtech. De rode draad: hoogwaardige maakindustrie en de combinatie automatisering door robotisering. “Wij zijn actief in nagenoeg alle markten en sectoren,” vertelt Van der Leegte. “Als er in de ene tak minder werk is, dan kunnen we schakelen naar een andere. Zo behielden we bijvoorbeeld werkgelegenheid door een busfabriek in Heerenveen om te bouwen tot een fabriek voor woningbouwmodules.” Wendbaarheid en lef om in te spelen op nieuwe markten zijn volgens hem essentieel voor continuïteit.

INVESTEREN IN WEERBAARHEID

De oorlog in Oekraïne heeft ons perspectief op het belang van defensie veranderd. Diplomatie zonder slagkracht is niet effectief. De oorlog raakt ook Nederland, zegt hij: “Onze ziekenhuizen en voedselketens worden dagelijks digitaal aangevallen.” VDL stelt in Born honderdduizend vierkante meter beschikbaar aan de overheid voor defensieproductie. Nederland zal in de defensie-industrie nooit autonoom zijn. Dat hoeft ook niet, zegt hij: “Het gaat erom dat wij een belangrijk stuk van het ecosysteem leveren, zodat anderen weer afhankelijk worden van ons. Wederzijdse afhankelijkheid creëren is belangrijk.”

Moeten we in Nederland niet veel meer investeren in de weerbaarheid van onze economie als geheel, vraagt Philip Jan Flach, CEO Logex. Van der Leegte: “Ik denk dat het inderdaad belangrijk is dat we meer gaan nadenken over waar we kwetsbaar zijn. De mondkapjes in coronatijd zijn daar een goede illustratie van, die zijn we – omdat die op een gegeven moment hier niet meer te krijgen waren - zelf gaan maken. Ik denk dat we bijvoorbeeld op het gebied van medicijnen meer zelf moeten produceren, als Nederland of in ieder geval in de EU.”

ADAPTIEF LEIDERSCHAP

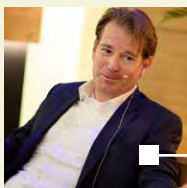
VDL overleefde de afgelopen jaren meerdere crises: corona, materiaaltekorten, een cyberaanval, handelstarieven uit de VS en de oorlog in Oekraïne. “Je leert dan snel besluiten nemen,” aldus Van der Leegte. “Samenwerking zit in ons DNA, en onze kracht ligt in open communicatie, pragmatisme, snel schakelen en betrouwbaarheid. We kunnen snel schakelen en de lijnen in ons bedrijf zijn kort. Als iemand uit onze fabriek bij mij wil komen, dan is dat in twee gesprekken geregeld. Elke medewerker bij VDL is belangrijk en dat dragen we uit.”

ARBEIDSMARKT EN PRODUCTIVITEIT

Heeft VDL te maken met een personeelstekort en hoe anticiperen ze daarop, vraagt Olga de Wilt, director Strategic Capability bij Johnson & Johnson Medtech. “We doen het redelijk goed, maar op termijn ontstaat er wel een enorme uitdaging,” antwoordt Van der Leegte. VDL kampt met stijgende loonkosten. “Wij gunnen onze medewerkers alles, maar sinds 2017 zijn de directe loonkosten per uur schrikbarend gestegen. Tegelijkertijd daalt de productiviteit en sturen vakbonden op termijn aan op een 30-urige werkweek. Overal zijn arbeidskrachten nodig, maar we zien een tegengestelde beweging.” Het is een uitdaging die de zorgbestuurders herkennen. Hoe stimuleren we een hogere productiviteit? Van der Leegte: “We moeten processen automatiseren, maar ook nadenken over immigratie. Immigratie zou een probleem zijn, maar zonder immigratie hebben we ook een probleem. Dat zijn complexe vraagstukken, het is belangrijk dat Den Haag daar richting in geeft.”



*“Uiteindelijk draait het om mensen.
Of je nu een ziekenhuis hebt of een bedrijf:
het is allemaal opgericht voor mensen.”*



WILLEM VAN DER LEEGTE

President-directeur, VDL Groep

LESSEN VOOR DE ZORGSECTOR

Van der Leegte wijst op de rol van VDL in Brainport Eindhoven. “We investeren met andere regionale bedrijven via het Brainport Partnerfonds in betere bereikbaarheid, de versnelde bouw van betaalbare woningen, het opleiden van extra technisch talent, een evenwichtige arbeidsmarkt en kansengelijkheid en sociale cohesie. Maatregelen die nodig zijn om de versnelde groei van de regio in goede banen te leiden. Zo blijven welvaart en welzijn in balans. Uiteindelijk draait het om mensen. Of je nu een ziekenhuis hebt of een bedrijf: het is allemaal opgericht voor mensen.” Wat kan de zorg leren van VDL? Snel schakelen, investeren in weerbaarheid en vertrouwen opbouwen in ecosystemen. “Het gaat om adaptief zijn en samenwerking zoeken, ook met concurrenten. Je moet elkaar leren vertrouwen en weten waar je onderscheidend in bent,” besluit Van der Leegte.



PAUL BLOKHUIS

Voorzitter, STZ Ziekenhuizen

Gesproken column

“Wat zeg je tegen bestuurders in de zorg, die elke dag geconfronteerd worden met de beperkingen van het huidige systeem? Bestuurders die weten dat het oude niet meer werkt, maar tegelijk ervaren dat het nieuwe nog onvoldoende vorm heeft?”

Ik zou zeggen: de tussentijd is spannend, maar laten we met elkaar maken dat we daaruit komen. Ik heb gezien dat het kan. In het preventieakkoord van 2018 koos de GGZ ervoor om mee te doen met het terugdringen van roken. Terwijl roken een verslaving is, en verslaving óók business. Toch zei de sector: geen tabak meer. Niet voor medewerkers, niet voor cliënten. Minder cliënten betekende minder omzet, maar wel meer gezondheid voor Nederland. Dat is leiderschap.

Ook in onze ziekenhuizen is visie niet het probleem. Overal ontstaan initiatieven, regio-aanvragen, samenwerkingen met het sociaal domein. Er is geen gebrek aan actie. Wat ontbreekt, is grootschalige gezamenlijke actie in samenhang.

Wat we nodig hebben, is een generatie bestuurders die het lef heeft om te zeggen: wij tekenen niet langer bij het kruisje van het verleden. Wij stappen samen uit de tussentijd. Dat vraagt lef en vertrouwen. Soms iets opgeven – een stukje omzet, autonomie of ego. Maar wat we ervoor terugkrijgen, is groter: een zorgsysteem dat toekomst heeft.

Dat begint vandaag. Met landelijke samenwerking in data, zodat het zorgecosysteem er beter van wordt. Met een onderzoeks- en innovatie-infrastructuur waar fundamenteel en toegepast wetenschappelijk onderzoek elkaar versterken. Onderzoek dat leidt tot geweldige bewezen innovaties, die we massaal delen en opschalen.

De geschiedenis zal ons niet vragen of de raad van toezicht tevreden was. De vraag zal zijn: waar stond jij, toen de zorg op het kantelpunt stond? Ik hoop dat wij straks kunnen zeggen: wij stonden op. Samen.

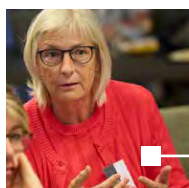
ACTUALITEITENDEBAT 'TUSSEN EMOTIE EN RATIO' VERBINDEN VAN DE WERELDEN VAN ZORGVERZEKERAARS EN ZORGBESTUURDERS

Hoe geven we samen vorm aan de transformatie van het zorglandschap?

Georgette Fijneman, directievoorzitter Zilveren Kruis, daagt de aanwezigen uit om het echte gesprek hierover te voeren. Waar staan we nu en wat is nou eigenlijk ons doel?

Fijneman legt de aanwezigen een aantal vragen en stellingen voor en vraagt hen om te gaan staan als ze het daarmee eens zijn. Vragen over waar we nu staan met de transitie, of het snel genoeg gaat, en wat de rol van verzekeraars is. Op haar vraag wie er met de transitie bezig is, gaat het merendeel staan. Wolter Odding, lid raad van bestuur Tergooi, blijft zitten: "Het is duidelijk dat we voor de transitie veel meer in de regio moeten samenwerken. Maar dat is een ingewikkelde puzzel. En daarom is iedereen erg voorzichtig om die stap te zetten, ik ook." Fijneman ziet ook dat het ingewikkeld is. Er lopen talloze transitieprojecten, digitalisering zet door, personeel blijft schaars en de huidige politieke realiteit helpt ook niet mee: "We weten in de zorg dat we moeten veranderen, maar rijmt dat met de teneur dat elk ziekenhuis koste wat kost open moet blijven?" De verkiezingsprogramma's die de politieke partijen nu naar buiten brengen, maken het beeld er niet rooskleuriger op, zegt ze: "Mensen willen minder betalen voor zorg, maar de mondzorg moet bijvoorbeeld wel in het basispakket. Bij zeker de helft van de programma's denk ik 'hoe wil je dit gaan doen?'"

*"We zijn te veel bezig met onze KPI's
om echt snelheid te maken."*



INA KUPER

Lid raad van bestuur, Isala



Doel wordt middel en andersom

Voor een transformatie heb je een visie nodig, plannen, een gevoel van urgentie, middelen en competenties. "Als een daarvan ontbreekt, dan loopt het spaak," zegt Fijneman. Plannen zijn er volop, middelen voor de transformatie zijn er vooralsnog, maar hoe zit het met de visie? Uit de discussie blijkt dat er geen eenduidig doel is. Baden: "Ik zie in de praktijk dat het doel het middel wordt en andersom. Dan zijn we druk bezig met het oprichten van een instituut, maar verliezen we uit het oog waar dat instituut voor is." Miriam Vollenbroek-Hutten, lid raad van bestuur Medisch Spectrum Twente: "Het zou ons enorm helpen als we in de zorg afspreken welke waarden we prioriteren. En er dan ook genoeg mee nemen dat we op andere waarden minder presteren. Als we dat duidelijk hebben, dan kunnen we met elkaar door de ongemakkelijke periode van de transitie gaan."

Het mag wel wat sneller

De Wilt ziet nog weinig vertrouwen tussen ziekenhuis, verzekeraar en de MedTech bedrijven om gezamenlijk de kwaliteit van zorg te verbeteren en kosten te besparen: “Dat vind ik zonde, want we zouden veel meer kunnen bereiken als we daarin gezamenlijk optrekken om het doel te bereiken.”

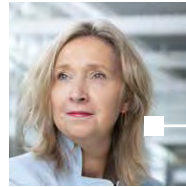
Gaat de transformatie snel genoeg? Er is beweging, maar het zou allemaal wel wat sneller mogen gaan. Kuper: “Ik vind het als ROAZ-voorzitter frustrerend dat de partijen die het minst willen veranderen het tempo bepalen. Dat is niet goed. Ik ben erg voor pragmatisch veranderen, maar we zijn te veel bezig met onze KPI's om echt snelheid te maken.”

Minder marktwerking

Wat vinden de aanwezigen van de rol die verzekeraars op dit moment spelen in de zorgtransformatie, vraagt Fijneman. De aarzeling is duidelijk voelbaar in de zaal om hier een positief antwoord op te geven. Gert Jan de Borst, voorzitter raad van bestuur, Reinier De Graaf Groep: “In de ziekenhuizen worden kleine stapjes gemaakt, maar dat gebeurt niet op regionaal of nationaal niveau. Terwijl dat wel zou moeten. Daar kan de verzekeraar meer op sturen.” De zorgverzekeraars hebben geen doorzettingsmacht, antwoord Fijneman: “Maar ze hebben wel het integrale overzicht van het hele zorgveld en werken met alle partijen samen. Daar kunnen we misschien meer mee doen.” Welke rol ziet zij zelf voor de verzekeraars in deze transformatie, vraagt debatleider De Greve. Fijneman: “Deze transformatie vraagt om het gezamenlijk lange termijnplannen maken, met alle partijen in de regio. We mogen niet samenwerken, maar het stuk zorg dat we apart inkopen wordt wel kleiner. De overheid is bezig om aanbod uit de marktwerking te halen, wat we zien bij de zware GGZ bijvoorbeeld. Dat leidt tot een andere relatie en daarmee tot een ander soort gesprek in de regio.”



“Het is aan ons als bestuurders om met de middelen voor verandering die we krijgen, iets bestendigs neer te zetten. We moeten het zelf anders gaan doen.”



INGRID WOLF

Voorzitter raad van bestuur, Haaglanden Medisch Centrum

Ren je rot naar de subsidiepot

Welke doelen willen de aanwezigen over anderhalf jaar behaald hebben in de transformatie, vraagt Fijneman. En wat hebben ze daarvoor nodig van de verzekeraars? Mertens: “Meer integrale financiering van zorg én gezondheid, over de grenzen van domeinen heen, zodat we los komen van de versnippering.” Ties Eikendal, SEH-arts RadboudUMC: “Het helpt als we allemaal hetzelfde doel voor ogen hebben. Dat is nu nog niet zo en dat belemmert ons in de transformatie.” Tamara Kroll, lid raad van bestuur Jeroen Bosch Ziekenhuis, sluit zich daarbij aan: “Er wordt veel geld besteed aan transformatieplannen, maar we hebben ons doel en de impact van deze plannen niet helder in beeld. De transformatie wordt super technocratisch ingestoken: we hebben een plan en de middelen, en dan? Hebben we dan de transitie voor elkaar? Bovendien proberen we structurele oplossingen te creëren met tijdelijke middelen. Daarmee krijgen we geen duurzame verandering.”

“De transitie is nodig, maar laten we het tempo wel zodanig kiezen dat we onze medewerkers niet kwijtraken.”



WOLTER ODDING

Lid raad van bestuur, Tergooi



Frido Kraanen, lid raad van bestuur Gelre Ziekenhuizen, verwoordt het beeldend: “We kunnen beter de transitieboete oplossen, in plaats van een focus op transformatiegeld. Als ik het nu doe zoals we dat willen, dan kost mij dat marge en daarmee niet aantrekkelijk: een transitieboete. Er wordt nu wel geld gegeven voor de ombouw van de zorg, terwijl dat bij uitstek de verantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur is. Ik heb liever dat we de spelregels ná de opbouw bespreken en toekomstvast maken. Ik vrees dat we na de ombouw terugkeren naar hoe het was, want het systeem is niet veranderd. Dat is een niet te dragen risico voor het ziekenhuis.” Hij vindt dat de zorgsector de laatste tijd in een circus terecht is gekomen, een ‘ren je rot naar de subsidiepot’.

“Laten we onze bestuurlijke verantwoordelijkheid nemen om onze organisaties echt structureel aan te passen aan de nieuwe tijd.” Ingrid Wolf, voorzitter raad van bestuur Haaglanden Medisch Centrum: “Het is aan ons als bestuurders om met de middelen voor verandering die we krijgen, iets bestendigs neer te zetten. We moeten het zelf anders gaan doen.”

Marijn Houwert, traumachirurg en voorzitter VVAA, houdt het concreet als het gaat over waar hij over anderhalf jaar wil zijn: “Wij willen dan alle zorg voor oudere patiënten met een heupfractuur

“De transformatie wordt super technocratisch ingestoken: we hebben een plan en de middelen, maar dan? Hebben we dan de transitie voor elkaar?”



TAMARA KROLL

Lid raad van bestuur, Jeroen Bosch Ziekenhuis

in één in plaats van drie ziekenhuizen doen. Zodat we onder meer betere afspraken kunnen maken met de VVT.”

Monique Valentijn, voorzitter raad van bestuur St. Antonius: “Mijn doel is dat ik eind 2026 4,5% demografische groei heb opgevangen, omdat ik dan meer kan doen met minder mensen. Daar ben ik nu mee bezig, door de productiviteit te verhogen door volledig in te zetten op meer thuis, meer zelf en meer digitaal.”



De discussie wordt afgesloten met het menselijke perspectief: vanuit de patiënt en de medewerker. Van der Meer: “In veel plannen voor de transformatie van de zorg dreigt de patiënt uit beeld te raken. Ik wil weer meer kijken naar de patiënt, of liever nog de inwoner. Want als je dat doet, dan kijk je ook beter naar jouw rol als ziekenhuis in de regio. Dan ben je een klein onderdeel van het totaal.” Odding: “Ik vind dat we bij de transformatie meer oog mogen hebben voor wat voor onze medewerkers belangrijk is. Zoals het aanpakken van patiëntagressie. Daarbij is het belangrijk dat we ons als bestuurders realiseren dat mensen vaak ongemakkelijk worden van verandering. De transitie is nodig, maar laten we het tempo wel zodanig kiezen dat we onze medewerkers niet kwijtraken.”



PATRICK GROOTHUIS

Vicevoorzitter van het college van bestuur
en voorzitter centrale crisisteam, TU/e

DENKKRACHT VAN BUITEN OVER WEERBAARHEID EN HERSTELVERMOGEN

Het was volop in het nieuws: de cyberaanval op de TU/e. De universiteit wist door snel actie te ondernemen erger voorkomen, maar lag een week plat. Voorzitter van het centrale crisisteam en vicevoorzitter van het college van bestuur, Patrick Groothuis, deelt zijn verhaal en de belangrijkste lessen.

In de nacht van 11 januari, rond drie uur 's ochtends, zag Groothuis een reeks gemiste oproepen. "Onze adjunct-directeur IT zei: we zijn gehackt. We kregen de hacker niet meer uit ons systeem. In overleg met Fox-IT besloten we de stekker eruit te trekken. Alles lag plat. Later bleek dat we net op tijd waren geweest. Het was de enige manier om erger te voorkomen." Groothuis herinnert zich de eerste uren als chaotisch. "Er gaat dan van alles door je heen. Ik dacht waarom wij? Hoe moet het nu de hele universiteit platliggen? En wat betekent dit voor onze reputatie? We zijn een technische universiteit!"

REGIE NEMEN EN RUST UITSTRALEN

De volgende ochtend om tien uur kwam het centrale crisisteam bijeen. "We wisten niet precies wat de hacker had gedaan. We wisten wel dat ze op 80 servers activiteiten mogelijk hadden ontplooid en we hebben er duizend draaien, met vierhonderd applicaties. Er was tijd nodig om goed in kaart te brengen wat er was gebeurd en de schade op te nemen." Er was één geluk: het was een inhaalweek, dus er waren minder onderwijsactiviteiten. Er moest snel een communicatiestructuur komen om de 20.000 studenten en docenten op de hoogte te brengen. "Mail werkte niet meer. We schakelden over naar Signal voor het CCT en leiderschap van de universiteit. De website werd gebruikt voor interne communicatie. Mijn eerste primaire doel was overzicht en rust creëren voor de mensen die het moesten oplossen en rust uitstralen naar de binnen- en buitenwereld. Een van de afspraken die we maakten, was dat we elke dag om vier uur naar buiten communiceerden en verder niet. Geen talkshows, geen kranten. Dat gaf duidelijkheid."

GEEN PANIEK, WEL LEIDERSCHAP

Maandag werd duidelijk dat het besluit om alles plat te leggen de juiste was. "Het Security Operations Center stond op zaterdagavond binnen een half uur met tien man klaar. Hun paraatheid heeft ons gered. Een uur later en het was heel anders afgelopen." Gelukkig bleek er geen data gestolen. Alle systemen werden bij de opstart door de 'digitale wasstraat' gehaald en binnen een week draaiden de kernsystemen weer. Een les van Groothuis: "Dit was geen IT-probleem, maar een organisatieprobleem. Want de organisatie lag plat. Ik heb het crisisteam daarom versterkt met een aantal kernspelers uit onze organisatie. Ook van onze faculteiten, waar het primaire proces zit. Temeer omdat daar de autonomie groter is en het zeer van belang is dat je als 1 universiteit acteert. Dat is geen vanzelfsprekendheid. Je hebt in een crisis als deze een goede dwarsdoorsnede van het leiderschap in je organisatie nodig, die kan meedenken en helpen oplossen."

Als gevolg van de hack en de herstelwerkzaamheden, moesten de tentamens een week opschuiven. "We wilden studenten niet in de knel laten komen. Ze kregen de keuze: hun plannen aanpassen zodat ze het tentamen konden maken, of een hertentamen doen als eerste tentamen, met de mogelijkheid voor een nieuwe mogelijkheid als ze het eerste tentamen niet hadden behaald. Docenten moesten hun vak aanpassen omdat de onderwijsperiode met 1 week werd ingekort. De impact van de hack is uiteindelijk voelbaar geweest tot eind augustus."

HET KAN IEDEREEN OVERKOMEN

Een hack kan iedereen overkomen, is de boodschap van Groothuis. Een aantal aanwezigen bevestigt dat ze het inderdaad helaas zelf hebben ervaren. In het geval van de TU/e ging het hoogstwaarschijnlijk om een ransomware-aanval die op het nippertje werd voorkomen. Maar hackers kunnen ook andere motieven hebben en het netwerk binnendringen om daar voor lange tijd rond te kijken, onrust te stoken of informatie te stelen die andere staten willen hebben.

“Focus je niet op alleen het buiten houden van hackers, maar ga ervan uit dat je een keer wordt gehackt,” zegt Groothuis. De kans is groot dat er al hackers in je systemen aanwezig zijn, zo zeggen ook veiligheidsexperts. “Natuurlijk moet je investeren in goed hang- en sluitwerk. Zorg daarnaast voor goede detectie, zodat je het merkt als er iets binnen je netwerk gebeurt dat niet in de haak

“Als ze bij de FBI kunnen inbreken, wie zijn wij dan om te denken dat het bij ons niet kan?”

is. En organiseer een goede respons, zodat je de schade zoveel mogelijk kunt beperken als er een cyberaanval is.” De TU/e is gelukkig redelijk ongeschonden uit de cyberaanval gekomen. Hoe zit het met de reputatieschade, waar Groothuis zich zorgen om maakte? “Als ze bij de FBI kunnen inbreken, wie zijn wij dan om te denken dat het bij ons niet kan? We leven helaas in een wereld waarin dit de realiteit is. Het belangrijkste is dat we daar zo goed mogelijk mee om gaan.”



A photograph showing two men in a conversation. On the left, Ernst Kuipers, a bald man in a light blue button-down shirt, is gesturing with his right hand while speaking. On the right, another man with glasses and a dark jacket over a checkered shirt is listening with his arms crossed. They are seated at a table with a vase of white flowers. The background features a patterned curtain.

IN GESPREK MET... ERNST KUIPERS

Als minister van Volksgezondheid nam hij twee keer deel aan het Ingendael Discours. Ter gelegenheid van de 15e editie keert hij terug naar het Discours – onaangekondigd en als verrassing in het programma – om vanuit een vrijere rol opnieuw met de aanwezigen in gesprek te gaan.

Kuipers vertelt kort over de periode na de val van het kabinet waar hij deel van uitmaakte. Over dat hij de dag nadat het kabinet was gevallen, al werd gebeld door buitenlandse partijen met het aanbod voor een baan. Dat hij na een half jaar weer werd gepolst en toen, gezien de lengte van dat soort trajecten, de knoop doorhakte. Hij vertelt over zijn vertrek naar Singapore en zijn ervaringen daar, in zijn functie als vice-president Research en bijzonder hoogleraar aan de Nanyang Technological University (NTU) in Singapore.

“Ik kijk met ontzettend veel plezier terug op mijn tijd als minister. Ik zou het zo weer doen.”

KENNIS EN INNOVATIE

Hij prijst het innovatieve klimaat in Singapore. In de zestig jaar dat het land nu onafhankelijk is, heeft het zich ontwikkeld tot een hotspot van innovatie en economische groei. Er gaat veel geld naar onderzoek, alleen al voor onderzoek naar AI krijgen de universiteiten een miljard dollar in vijf jaar. “Eigenlijk doet Singapore wat Mario Draghi betoogt in zijn rapport. Voluit investeren in kennis en innovatie. Dat betaalt zich letterlijk uit.” Kuipers noemt een aantal bedragen. Zo krijgen veelbelovende jonge onderzoekers een startpakket van drie miljoen dollar voor hun onderzoek, een goede hoogleraar ontvangt tien miljoen dollar om haar onderzoek in te richten. “Wat dat oplevert, wordt nauwgezet gevolgd. Er wordt niet alleen gekeken naar de waarde van een mogelijk bedrijf die uit dat onderzoek voortkomt, maar ook naar de effecten op werkgelegenheid en economische groei.”

RENDEMENT METEN, OOK VOOR DE ZORG

Wat kan hij vertellen over de gezondheidszorg in Singapore?

Die is goed, maar niet voor iedereen toegankelijk, zegt hij.

“Alles bij elkaar zou ik zeggen dat de zorg in Nederland beter is.” We kunnen wel leren van de aanpak in Singapore, zegt hij ook.

“In Nederland investeren we voor hooguit een paar jaar in zorginnovatie en dat is eigenlijk het verbranden van geld.

Wat je nodig hebt, is een langetermijnplanning en de durf om te investeren. Dat doen ze in Singapore. Het rendement wordt nauwgezet uitgerekend en gemonitord. Dat zouden we in Nederland ook kunnen doen. Bijvoorbeeld meten hoeveel

minder mensen er op de SEH terechtkomen, dankzij de maatregelen die we namen vanuit het IZA.” Als Nederland mogen we trots zijn op het niveau van onze zorg, zegt hij: “Maar zet ook een stip op de horizon wat je wilt bereiken, dat je internationaal toonaangevend wilt zijn. Durf met zijn allen het voortouw te nemen voor echte zorgtransformatie.”

VEEL VOOR ELKAAR GEKREGEN

Hij kijkt met plezier terug op zijn ministerschap, zegt hij. “In korte tijd hebben we veel voor elkaar gekregen. Bij mijn afscheid kreeg ik van mijn ambtenaren twee dikke boeken met de wetteksten die we hebben gemaakt.” Hij noemt onder meer het IZA, de Wet op publieke gezondheid en de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. “Ik ben niet cynisch geworden over het politieke bedrijf, integendeel. Ik vond het ontzettend leuk om te doen, met de uitstekende mensen op het ministerie en met jullie, in het hele zorgveld.” Debatleider De Greve vraagt of dit betekent dat hij wellicht nog een keer minister zou willen zijn, als de politieke wind dat toelaat. Kuipers: “Ik zou het zo weer doen.”



WIETSE HAGE

Techniekfilosoof, softwareontwikkelaar en maker van de AI Report

WAKE UP CALL DE BELOFTE EN HET POTENTIEEL VAN AI

*Wietse Hage, maakt zich geen zorgen over de donkere krachten van AI. Wel over naïviteit.
“We moeten proactief gaan sturen op de inzet van AI.”*

Hage begint zijn lezing met een confronterend voorbeeld: een video van een zeer echt uitziende man die spreekt. “Tekst, beeld, audio – alles is volledig door AI gemaakt. Dit kan zelfs real time worden gegenereerd. Technisch gezien is dit waanzinnig. Maar de filosoof in mij maakt zich zorgen.”

ONDERGRONDS NETWERK

Volgens Hage is AI geen voorbijgaande trend, zoals blockchain. “Dit is anders. In de softwarewereld is iedereen enthousiast over dit speelgoed. Maar ik zeg: wacht. Dit is een experiment, en misschien wel het grootste tot nu toe. Het gevaar is dat ik de jongen ben die ‘wolf’ roept en dat niemand mij gelooft. Maar dit keer komen de wolven echt.” Je moet AI zien als een systeemtechnologie, zegt hij, te vergelijken met de komst van elektriciteit. “De technologie zelf kun je niet zien, alleen

de verschijningsvorm ervan. Zoals bij paddenstoelen, die voortkomen uit een groot ondergronds netwerk. Dat is AI, een ondergronds netwerk dat onze hele samenleving raakt. ChatGPT is zo’n paddenstoel. Het beïnvloedt werk, onderwijs, zorg, zingeving, eigenlijk alles.”

ONVOORSTELBARE SNELHEID

Hij vertelt over de recente ontwikkelingen in AI en over de bijna onvoorstelbare snelheid waarin deze zich voltrekken. “AI traint zichzelf. Zo leren robots bewegen via tienduizenden digitale tweelingen. Dat voltrekt zich in computertijd, dat kunnen wij niet eens zien. Daardoor gaat de ontwikkeling van AI-toepassingen razendsnel.” Veel mensen kennen inmiddels de grote taalmodellen, zoals ChatGPT, maar dat is volgens Hage maar “een takje van een grote boom”. “Deze modellen kunnen



voorspellen, maar dat kunnen ze op veel meer vlakken dan alleen taal. Ze kunnen het ook in beeld en video. En in audio. Multimodale modellen combineren tekst, beeld en geluid. Als je dat combineert in een agent die taken voor jou uitvoert, dan heb je er een collega bij. Een collega die dag en nacht werkt.”

ZELFLERENDE SYSTEMEN

Niet iedereen neemt AI nog voldoende serieus. “Mensen gebruiken de gratis versie van ChatGPT en denken dat het wel meevalt met die intelligentie. Maar vergis je niet. De professionele, betaalde versies kunnen heel veel. Ik werk er dagelijks mee. Ik grond die systemen, door ze de data te geven waarmee ze mogen werken. Daarmee voorkom je hallucinaties.” Deze versies kunnen een eigen, interne dialoog voeren en daarmee zichzelf verbeteren, zegt Hage. Hij noemt Google’s Notebook LLM: “Die is er nu ook als app op je mobiel. Als je dat systeem toegang geeft tot bijvoorbeeld al je medische papers en zegt dat hij daarbinnen mag werken, dan kun je daar ontzettend veel mee doen.”



*“Als technicus vind ik AI geweldig.
Als filosoof maak ik mij zorgen.”*

PROACTIEF MEE OMGAAN

Moeten we bang zijn voor AI? Nee, zegt Hage. “Maar we moeten er wel proactief mee omgaan. Deze superintelligentie komt eraan. Hoelang dat precies gaat duren is lastig te voorspellen, maar jullie zijn jong genoeg om dat nog mee te maken.” De huidige AI-toepassingen hebben de Turingtest inmiddels doorstaan, wat betekent dat je niet meer kunt beoordelen of je met een mens of een machine te maken hebt. Hage kent uiteraard de schaduwkanten van AI, zoals het risico op discriminatie. Hoe gaan we dat controleren, als AI slimmer is dan wij? “Die vraag wordt momenteel breed wetenschappelijk onderzocht. Er zullen antwoorden gevonden worden. Maar ik denk dat we straks veel dingen niet gaan oplossen, maar toch de toepassing gaan gebruiken. Omdat ze beter presteren dan mensen. Bij zelfrijdende auto’s zie je dat al.”

DONKERE KRACHTEN

Uit het gesprek blijkt dat veel aanwezigen zich als werkgever zorgen maken over de impact van AI. Paul Simoons, CEO ZorgDomein: “Ik was enthousiast over de mogelijkheden van AI, maar maak mij ook groeiend zorgen over de mogelijke impact op de organisatie. AI bouwt steeds meer zelfstandig en maakt het sneller schrijven van software mogelijk. AI heeft daarnaast al grote invloed op de marketingafdeling, het klantcontactcenter, het ontwerpen van producten, en het verhogen van de dagelijkse effectiviteit van onze collega’s. Het is met name de snelheid van de ontwikkeling in relatie tot een verandering die naast enthousiasme ook leidt tot zorg.” Hage herkent dit: “Ik ben programmeur en mijn hele werkveld wordt weggeblazen door AI. Deze ontwikkeling heeft een existentieel effect op het individu.” Wat we moeten doen, zegt hij, is een lijst maken van de dingen die we als mensen willen blijven doen. Ook als AI dat beter kan. “Als we AI alleen om financiële en efficiencyredenen inzetten, dan slaan we als maatschappij de plank mis. We moeten zingeving en onze menselijkheid erin brengen.” Daarvoor moeten we begrijpen wat AI is en hoe het werkt: “Ik geloof niet dat AI een kwaadaardig systeem wordt dat ons zal vernietigen. Ik maak mij geen zorgen over donkere krachten, maar wel over naïeve krachten. Dat we dingen kapot maken omdat we niet goed begrijpen hoe AI werkt. Laten we daarvoor waken.”



JURGEN SERNEE

Lid raad van bestuur, Noordwest Ziekenhuisgroep

Gesproken column

“We bevinden ons in de Tussentijd, een interregnum. Een verlamme leegte waar we al een paar jaar in ronddolen. De echt grote transformatie blijft uit. We zijn meesters in het instandhouden van de huidige werkelijkheid. Geen revolutie, maar uitstel van executie. En dan is er AI, de verlosser?”

We kopen hier en daar een oplossing, elke instelling voor zich, en blijven hangen in ons koninkrijkje van eigen data en eigen processen. Dat is niet alleen frustrerend, maar inacceptabel. Want het leidt ons naar een zorginformatie-infarct en een bestuurlijk infarct. We zijn zelf het systeem dat faalt. Er gebeurt te weinig. We leveren zorg die de patiënt misschien niet eens wil ontvangen. De grootste uitdaging van AI is niet de techniek, maar ligt bij ons.

Het tijdperk van losse gefinancierde instrumenten is voorbij. AI is niet voor erbij, maar in plaats van. Anders wordt het een dure laag op een rottend fundament.

De echte transformatie vraagt om een andere mindset. Om het opgeven van een stukje autonomie. Om bestuurlijk lef om te stoppen met dit geneuzel in de marge, met overal het wiel opnieuw uitvinden. Laten we samen kiezen, samen standaardiseren en samen opschalen. Tijd om te handelen. Als wij de regie niet pakken, dan eindigt deze tussentijd met het zorginfarct waar we al zo lang voor worden gewaarschuwd. Tijd om wakker te worden! We zijn zelf aan zet, laten we beginnen.”

OPEN PODIUM – INGENDAEL AI AI ALS MIDDEL OM WEG TE KOMEN UIT DE TUSSENTIJD

Na een inleiding van Bram van Ginneken, hoogleraar Functionele Beeldanalyse, Radboudumc en directeur Plain Medical, verkennen de deelnemers samen de mogelijkheden en grenzen van AI in de zorg. Biedt deze technologie een uitweg uit deze tussentijd en gaan we naar een radicaal ander zorglandschap? De kans op een volledig door AI gedreven ziekenhuis is niet zo groot, maar de technologie kan wel veel beter worden ingezet in de zorg, zo is een conclusie. Daarbij bepaalt niet de techniek, maar de organisatie en de cultuur het succes.



“Ongeveer 75% van het werk in de zorg bestaat uit taken die AI kan doen.”



BRAM VAN GINNEKEN

Hoogleraar Functionele Beeldanalyse, Radboudumc

Van Ginneken verhaalt over zijn dertig jaar wetenschappelijk onderzoek naar digitalisering van de zorg. Hij toont een plaatje uit 1999, waarin visionair en AI-pionier Ray Kurzweil voorspelde dat in het jaar 2030 computers net zo intelligent zouden zijn als mensen. “Ik geloofde er niks van, maar ik zat er helemaal naast. Dat moment is nu al aangebroken. Je kunt inmiddels wel stellen dat AI de ontwikkeling van deze eeuw is.” Het onderzoek van Van Ginneken gaat altijd over dingen sneller doen door computers te gebruiken. “Vertaald naar de zorg moet je je eerst afvragen welk



probleem we willen oplossen. Het grote probleem van de zorg is te veel zorgvraag en te weinig mensen om zorg te verlenen. Daar kan AI zeker een oplossing bieden. Ongeveer 75% van het werk in de zorg bestaat uit taken die AI kan doen.”

TBC DE WERELD UIT

AI kan die taken niet alleen overnemen, maar vaak ook beter doen, stelt hij. Sneller, goedkoper of met meer gezondheidswinst. Als voorbeeld noemt hij het onderzoek dat hij deed naar het door de computer laten opsporen van tbc op thoraxfoto's. Met die technologie gaan nu wereldwijd busjes het land in, vooral in ontwikkelingslanden. Mensen staan ervoor in de rij om een röntgenfoto te laten maken. Binnen twee uur is duidelijk of ze tbc hebben en krijgen ze medicatie. “Op deze manier zijn we hard bezig om tbc de wereld uit te krijgen.”

TRACE ADOPTIE

In de westerse wereld zijn deze toepassingen er ook, maar daar gaat de adoptie ervan een stuk langzamer. IT-ontwikkelingen volgen eigenlijk altijd dezelfde lijn, vertelt Van Ginneken: “Eerst werkt het slecht, dan goed en dan wordt het tegengewerkt.” Dat gebeurt nu met de inzet van AI, zegt hij. Als voorbeeld noemt hij het door AI laten screenen van mammogrammen. Een studie liet zien dat dit significant beter werkt dan wanneer radiologen deze beoordelen, met meer en eerdere opsporing van borstkanker tot gevolg. En daarmee gezondheidswinst. “Maar het wordt niet gebruikt in Nederland. Waarom niet? Er is niet meer onderzoek of grote IT-investeringen nodig. Dat heeft het RIVM onderzocht. De belangrijkste weerstand komt van de radiologen, die zeggen dat er geen gebrek is aan mammo-radiologen.”

LANDELIJKE AFSPRAKEN GRAAG

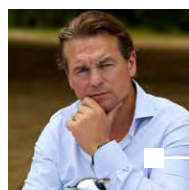
Jet Quarles van Ufford, radioloog in Haaglanden MC en voorzitter NVvR, zet zich al jaren in voor meer digitalisering in de radiologie en vertelde daarover op eerdere edities van het Ingendaal Discours: “Er is misschien geen tekort aan mammo-radiologen,

maar in het algemeen is er te veel werk voor radiologen en stoppen er zelfs vakgenoten omdat de werkdruk te hoog is.” De NVvR pleit voor landelijke afspraken voor standaardisatie en een landelijke infrastructuur, met daarop AI als generieke toepassing die alle radiologen kunnen gebruiken. Daar lopen pilots op, de toepassingen zijn er, maar de landelijke adoptie gaat tergend langzaam. Ze doet daarom een oproep aan de aanwezigen: “Als landelijke vereniging hebben we een rol om dit onder de aandacht van onze leden te brengen. De ziekenhuizen hebben een rol om hier veel meer met elkaar in op te trekken. Nu maakt elk ziekenhuis afzonderlijk een afweging.” Gerla reageert: “Dit is feitelijk een voorbeeld van passende zorg. Het zou heel krachtig zijn als de beroepsvereniging zou zeggen dat ze dit in heel Nederland wil. Dan kan het Zorginstituut het als norm neerzetten en kunnen alle ziekenhuizen het gebruiken.”

HOUD DE ZORG HOUDBAAR

Biedt AI een uitweg uit deze Tussentijd? Kunnen we hiermee het dreigende zorginfarct afwenden? Als AI 75% van de taken kan overnemen, zoals Van Ginneken stelde, dan kan het in ieder geval veel werkdruk wegnemen. Hij pleit ervoor om als ziekenhuisbestuurder het voortouw te nemen bij het ontwikkelen van AI-toepassingen: “Maak een lijstje waar je AI voor kunt

“Als wij niet op tijd innoveren, dan doen nieuwe gezondheidsaanbieders dat wel. En wordt ons ziekenhuismodel onderuitgehaald.”



MAARTEN AKKERMAN

Voorzitter raad van bestuur, Diabeter

inzetten en zoek daarvoor AI-toepassingen die in Nederland of Europa zijn ontwikkeld. Ze zijn er, onder meer taalmodellen voor het transcriberen van gesprekken. Ik zou zeggen gebruik die en help ze doorontwikkelen. Want als we dat niet doen, dan moeten we straks toepassingen van Amerikaanse partijen kopen, die grof geld gaan verdienen aan onze zorg. Durf dus samen de transitie in te gaan, want alleen zo houden we onze gezondheidszorg houdbaar.”

HERONTWERP DE AVG

Debatleider De Greve doet een gedachtenexperiment. Wat zou er gebeuren als we AI radicaal zouden inzetten in onze ziekenhuizen? Hebben we dan niet onmiddellijk de Autoriteit Persoonsgegevens op de stoep staan? Hage reageert dat de privacywetgeving wel erg vaak wordt gebruikt om verandering tegen te gaan, ook als die verandering duidelijk in het voordeel is van de patiënt: “Daardoor gaan in de praktijk letterlijk mensen dood. Maar er is tenminste geen data gelekt! Dat kan toch niet de bedoeling zijn. We hebben zelf de AVG gemaakt, we kunnen er dus ook voor zorgen dat er een AVG komt die wel werkbaar is.” Als het gaat om de inzet van data en AI-modellen, dan kunnen ziekenhuizen nu al veel doen, zegt hij: “Onderzoek als ziekenhuizen samen wat je hiermee kunt, binnen de grenzen van de privacywetgeving. Het is mogelijk, ook binnen de strenge regels. Ik zou zeggen: haal meer techneuten binnen en experimenteer.”

“We praten veel over technologie, maar de invoering van technologie is in wezen een bestuurskundig en een veranderkundig probleem.”



PAUL RISWICK

Algemeen directeur, Siemens Healthineers Nederland

HET HOGERE DOEL

Vollenbroek-Hutten grijpt terug op waar dit Ingendael Discours mee begon: “Waarom willen we technologie zoals AI inzetten? Welk hogere doel streven we na? Het is belangrijk dat we dat helder hebben. Daarna kunnen we de mensen die verstand hebben van deze technologie en alles wat daarbij komt kijken de ruimte geven. Zodat we pilots kunnen doen, in verschillende ziekenhuizen, van elkaar leren en dan allemaal gebruiken wat het beste werkt.” Als er urgentie is, dan wordt er wel bewogen, zegt Bosboom: “Wij zijn een klein ziekenhuis en hebben ’s nachts geen radiologen in huis. Dan gebruiken we AI. Laatst hebben



we AI ingezet om te notuleren, omdat we geen mensen hadden om dat te doen. Met dat soort urgentie is er veel mogelijk.” Als we niet oppassen, dan komt de urgentie straks van buiten, zegt Maarten Akkerman, voorzitter raad van bestuur Diabeter: “Als wij niet op tijd innoveren, dan doen nieuwe gezondheidsaanbieders dat wel. En wordt ons ziekenhuismodel onderuitgehaald.”

EEN VERANDERKUNDIG PROBLEEM

Het versnipperde zorglandschap, de autonomie van ziekenhuizen en vakgroepen om eigen keuzes te maken, geen gevoel van urgentie... er komen allerlei redenen voorbij waarom het zo lang duurt om de zorg te veranderen. “We praten veel over technologie, maar de invoering van technologie is in wezen een bestuurskundig en een veranderkundig probleem. Techneuten vinden het volstrekt logisch dat deze toepassingen worden gebruikt, maar als je het niet veranderkundig insteekt dan gebeurt er niks,” zegt Riswick. Leonique Niessen, directeur-bestuurder Nictiz: “Innovatie of technologische vernieuwing valt of staat inderdaad met een goede veranderstrategie. Maar laten we wel helder krijgen waar we over praten. Als je het hebt over de infrastructuur, voorzieningen en standaarden voor databeschikbaarheid: die moet je landelijk organiseren. De toepassingen daarop kun je inkopen in de markt. Elk ziekenhuis kan dan eigen keuzes maken in de toepassingen, maar iedereen gebruikt de landelijke infrastructuur.”

HET HOEFT NIET INGEWIKKELD TE ZIJN

“Is het een idee om de transformatiegelden, die nu naar de ziekenhuizen gaan, zo te routeren dat we ze meer inzetten voor landelijke toepassingen?” vraagt Sernee. “Laten we één voorbeeld van een toepassing die we hier bespreken eruit halen en die verder proberen te brengen,” zegt Van Hek. Daarmee kan de zorg als systeem aangepakt worden, zegt

ze: “Dat klinkt ingewikkeld, maar dat hoeft het niet te zijn. Als we met een aantal mensen en betrokken instanties een toepassing oppakken en die verder brengen, dan kan het een voorbeeld zijn van hoe we dit soort ingewikkelde trajecten in de zorg kunnen doen.” De verzekeraars spelen daar ook een rol in, zegt Wouter van Maarseveen, directeur zorginkoop en transformatie, VGZ: “Het is belangrijk om dit in samenwerking te doen, want wij kunnen sturen in wat wel en wat niet vergoed wordt.”

DE SPRONG WAGEN

Welke slotboodschap geven Van Ginneken en Hage de aanwezigen mee? Van Ginneken: “Ik durf te voorspellen dat in 2060 driekwart van de processen in de zorg is

geautomatiseerd. In het Verenigd Koninkrijk zien we nu al dat dat gebeurt met hele stukken uit de radiologie. Begin er dus mee, want dit gaat ook in Nederland gebeuren.” Hage heeft het gevoerde debat samengevat in een Loesjeposter: “Als je aan de rand van het zwembad staat, dan kun je wachten tot de tuin in de fik staat voordat je erin sprint. Of je springt erin.” Het laatste woord is aan Vollenbroek-Hutten, die het sentiment voor bestuurders samenvat: “Wij moeten onze houding aanpassen. De wereld verandert razendsnel, op het gebied van AI en andere dossiers. We moeten het aandurven om toe te geven als dingen mislukken, daar dan mee stoppen en de goede voorbeelden van anderen overnemen. We zijn het niet gewend om eenmaal gemaakte keuzes aan te passen, dat moeten we veel meer gaan doen.”



SFEERIMPRESSIE INGENDAEL DISCOURS



SFEERIMPRESSIE INGENDAEL DISCOURS





TOT BESLUIT

Een almaar stijgende zorgvraag, een steeds knellender personeelstekort, en morbide verschijnselen die er zomaar op zouden kunnen wijzen dat we in een Tussentijd zijn beland. Je zou er moedeloos van worden. Maar gelukkig was daar niets van te merken tijdens het Ingendael Discours 2025. Bestuurders gingen bij zichzelf te rade en met elkaar in debat over hoe ze samen een naderend zorginfarct kunnen afwenden. Een breed scala aan onderwerpen kwam voorbij tijdens deze zomerse studiereis in eigen land. Er werd zoveel besproken dat de Blommestein Groep denkt over een vervolg, ergens halverwege het jaar, voordat het alweer tijd is voor de 16e editie van het Ingendael Discours.

Wat is het hogere doel van de zorg? Hoe kun je sterker worden door een fusie en tegelijkertijd je eigenheid behouden? Wat kunnen we leren van het Duitse zorgsysteem? En van het adaptieve en innovatieve vermogen van de VDL Groep? Welke rol spelen verzekeraars in de transformatie en wat kan er beter in de samenwerking van verzekeraars en ziekenhuizen? Hoe vergroot je je weerbaarheid in deze snel veranderende wereld? Kan AI een uitweg bieden uit deze Tussentijd? Het kwam allemaal voorbij in de gesprekken en debatten op drie zomerse dagen in Vught.

In de informele en sfeervolle setting van Huize Bergen en Kasteel Maurick werd volop inspiratie opgedaan, werd kritiek niet geschuwd en werd er ook veel gelachen. Transformatie van de zorg is taai, maar er worden wel degelijk stappen gezet. Gelukkig keken de deelnemers niet naar andere partijen, maar vooral naar de rol die ze zelf en met elkaar hebben in het versnellen van deze transformatie. Het besef is er: ze zijn zélf aan zet. En wie weet, gaat de politiek ze een handje helpen, als na de verkiezingen een heel goede minister van Volksgezondheid aantreedt...

WWW.INGENDAELDISCOURS.NL

Organisatie:

BLOMMESTEIN
GROEP

