SOLITAIR OF SOLIDAIR?

De maatschappelijke opdracht en het grote herverdelen

INGEN DAEL 2023
DISCOURS

SOLITAIR OF SOLIDAIR?

De maatschappelijke opdracht en het grote herverdelen

Een koerswijziging is nodig om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. Minder zorg, zorg geboden op een andere plek dan in het ziekenhuis, en vergaande regionale samenwerking. En dat binnen de grenzen van beperkte groei, grenzen die vooral worden gesteld door een tekort aan personeel. De uitdagingen waar de curatieve zorg voor staat zijn groot. Maar het potentieel van de zorgsector is, in de woorden van de minister van VWS, fantastisch. Goede voorbeelden van hoe het anders kan, zijn er ook volop. Nu is het zaak om door te pakken, zo was een conclusie van deze 13e editie van het Ingendael Discours. Het Integraal Zorgakkoord is daarbij geen eindpunt, maar een begin.

Het Ingendael Discours, een initiatief van de Blommestein Groep, is een driedaagse studiereis van zorgbestuurders, medisch specialisten, wetenschappers, verzekeraars en bestuurders vanuit bedrijfsleven en overheid. Het werd gehouden van 30 augustus tot en met 1 september 2023, op Landgoed Huize Bergen en Kasteel Maurick in Vught.

IN GESPREK MET DE MINISTER

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Ernst Kuipers gaat op de woensdagavond in gesprek met de aanwezigen. Het wordt een openhartig gesprek. Over de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord (IZA), zijn onverminderde ambitie om de zorg toekomstbestendig te maken en het pijnlijke maar noodzakelijke verhaal van concentratie van zorg.

"De netto vertaling van de beweging die we nu als zorg maken, kan wel eens zijn dat over tien jaar een groot deel van de zorg juist dichterbij is."

ERNST KUIPERS

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

"De uitdagingen in de zorg zijn groot, maar we hebben als zorgveld gezamenlijk een fantastisch potentieel om deze aan te gaan," zegt Kuipers. Met het IZA zet de zorg een koerswijziging in, waar de minister veel vertrouwen in heeft. "Ik zie dat de zorgsector een grote drive heeft om met de afspraken aan de slag te gaan." Of dit wordt doorgezet is niet afhankelijk van de politiek, stelt hij. "Dat ziekenhuizen meer samenwerken en keuzes maken in hun zorgaanbod, dat zorg wordt geconcentreerd, is niet omdat de minister dat wil. Het is omdat ziekenhuizen de roosters niet rond krijgen. Omdat ze alleen dan kwaliteit kunnen bieden." Het is aan bestuurders om dat verhaal te vertellen: "Het is lastig, want het is een pijnlijk verhaal. Maar u zult het moeten blijven vertellen."

UITVOERING IZA

De uitvoering van het IZA kent praktische vragen en belemmeringen. Zoals dat het maken van afspraken over concentratie van zorg, tegen de mededingingsregels ingaat. Kan de minister de wet op dit punt aanpassen, vraagt Edwin Velzel, CEO van PGGM en tevens een van de hoofdonderhandelaars aan het IZA. Kuipers: “Wet- en regelgeving aanpassen is een langdurig traject en er is nu urgentie om te veranderen. Daarom doen we een aantal dingen parallel. Zoals afspraken maken met de ACM voor specifieke casussen. Er is veel mogelijk, als partijen duidelijk kunnen maken dat het nodig is voor het leveren van kwaliteit van zorg. Daar zijn veel voorbeelden van.” Ad Melkert, voorzitter Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: “Er zijn zeker mogelijkheden om tijdelijk iets af te spreken. Daarvoor hoef je geen wet te veranderen. Maar er is wel iets nodig dat duidelijker dan nu maakt wat er mogelijk is.” Daan Rooijmans, senior manager Zorginkoop bij CZ, zegt dat hij veel vragen van zorgaanbieders krijgt of de transformatiemiddelen voor langdurige verandering beschikbaar blijven, nu het kabinet is gevallen. Kuipers: “De meerjarenagenda die is verbonden aan het IZA, blijft doorlopen. Jullie gaven als zorgveld een heel belangrijk signaal af dat jullie met het zorgakkoord door willen.” Wolter Odding, lid raad van bestuur Tergooi MC, zegt dat er veel gebeurt om de ambities uit het IZA te realiseren, ook in zijn regio: “Ik heb echter wel een praktisch punt: er is geen vergoeding voor de zorgprofessionals die meeschrijven aan de transitieplannen. De consultant wordt betaald, maar de professional niet. Terwijl hier veel tijd in gaat zitten.” Een goed punt, antwoordt de minister: “Dank voor het signaal, ik neem het mee.”

CONCENTRATIE IS GEEN DOEL

Concentratie van zorg zal de komende jaren worden voortgezet. Het is noodzakelijk om kwaliteit van zorg te kunnen leveren, maar het vraagt om pijnlijke keuzes. Keuzes die lang niet altijd door de publieke opinie en het lokaal bestuur worden begrepen. Edwin Maalderink, voormalig lid raad van bestuur Gelre Ziekenhuizen, heeft er ervaring mee. Zijn ziekenhuis maakte de keuze in het zorgaanbod op hun twee locaties en kreeg de publieke opinie over zich heen: “De keuzes die wij maakten, gaan meer ziekenhuizen maken. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we de maatschappij meenemen in deze beweging? Dat we dit debat meer op de inhoud en minder op de emotie kunnen voeren?” Kuipers antwoordt dat keuzes onvermijdelijk zijn,

maar dat duidelijk moet zijn dat concentratie nooit een doel is. Concentreren van zorg is een instrument om zo passende zorg van goede kwaliteit voor de patiënten te bevorderen, de houdbaarheid van het zorglandschap – ook op de langere termijn – te borgen en om de professionele inzet van de zorgprofessionals en middelen zo effectief mogelijk in te richten. “Door te kiezen, verbeter je de kwaliteit van zorg. Dat moet de boodschap zijn. Niet dat er iets weg gaat, maar wat je ervoor terugkrijgt.” Bestuurders zouden meer het eerlijke verhaal moeten vertellen, zo stellen diverse aanwezigen. Bijvoorbeeld dat je de kwaliteit van je SEH of geboortezorg niet meer kunt garanderen en daarom kiest voor concentratie. Jan den Boon, voorzitter raad van bestuur Medisch Spectrum Twente: “Concentreren gaat over kwaliteit van zorg. En die is op een aantal plekken in Nederland echt onder de maat. Ik vind eerlijk gezegd dat we nog veel meer moeten concentreren.”

“Concentreren gaat over kwaliteit van zorg. En die is op een aantal plekken in Nederland echt onder de maat. Ik vind eerlijk gezegd dat we nog veel meer moeten concentreren.”

JAN DEN BOON

Voorzitter raad van bestuur
Medisch Spectrum Twente

PITTIG DEBAT

Hoe breng je de noodzaak van concentratie voor een betere kwaliteit voor het voetlicht bij het lokaal bestuur en de publieke opinie? Door steeds opnieuw, als bestuurders in het hele land, hetzelfde verhaal te vertellen, zegt Kuipers. Theo Hiemstra, directeur Zorg bij Zorginstituut Nederland: “We gaan inzetten op de concentratie van oncologie, en vaten en longen. De echte uitdaging daarbij ligt in de communicatie daarover. Hoe bereiden we Nederland erop voor dat niet alles straks meer overal kan?” Christiaan Hoff, chirurg en medisch co-bestuurder MCL: “Wij concentreerden eerder in Leeuwarden en gaan nu van vier ziekenhuizen naar drie. We merken dat het niet zo moeilijk is om aan onze patiënten uit te leggen wat daar de meerwaarde van is. Ik denk dat we het pittige debat hierover niet met de maatschappij, maar vooral onderling moeten voeren.”

“We gaan inzetten op de concentratie van oncologie, en vaten en longen. De echte uitdaging daarbij ligt in de communicatie daarover. Hoe bereiden we Nederland erop voor dat niet alles straks meer overal kan?”

THEO HIEMSTRA

Directeur Zorg bij
Zorginstituut Nederland

ZORG DICHTBIJ

Kuipers: “De boodschap is nu bijna altijd dat er iets gaat verdwijnen. Maar wij weten ook wat erbij komt. Wat we kunnen bereiken met meer inzet van technologie, van monitoring. Dan verdwijnt de zorg niet, maar komt het zelfs dichterbij. Waarbij de patiënt veel meer zelf keuzes kan maken. De netto vertaling van de beweging die we nu maken, kan wel eens zijn dat over tien jaar een groot deel van de zorg juist dichtbij is.” Dan moet de zorgsector de met het IZA gestarte beweging wel doorzetten, besluit hij. “De beweging naar echt anders werken hebben we nog niet gemaakt. Heeft elke Nederlander inmiddels toegang tot een tandarts en een huisarts? Hebben we de laagste geboortesterfte in Europa? Nee, helaas niet. We doen wel veel, maar we hebben de uitdagingen nog niet opgelost. Daarvoor is echt een koerswijziging nodig en die heeft het IZA ingezet.”

“De zorg is te belangrijk om aan de politiek over te laten.”

EDWIN VELZEL

CEO PGGM

BAS VAN DEN DUNGEN

Secretaris-generaal van het Ministerie van Financiën

WAKE UP CALL
‘NIETS DOEN IS GEEN OPTIE’

Bas van den Dungen, secretaris-generaal van het ministerie van Financiën, heeft een ongemakkelijke boodschap aan de aanwezigen op het Ingendael Discours. De zorg zal pijnlijke keuzes moeten maken, want alleen zo worden de stijgende zorgkosten structureel een halt toegeroepen.

Van den Dungen kent de zorg goed; hij was Directeur-generaal curatieve zorg bij het ministerie van VWS en werkte daarvoor vijftien jaar op diverse plekken in de zorg. Zijn boodschap is urgent, maar niet nieuw: de stijgende zorgkosten moeten worden beteugeld. “We weten al lang dat dit een probleem is, maar het lukt maar niet om de kosten in de hand te houden. We lossen het voor twee of drie jaar op, maar niet structureel. De prognoses zijn nog steeds dat de zorg bijna gaat verdubbelen.” Zijn stelling: er is veel meer nodig dan een IZA. “De zorg moet zich echt anders organiseren.”

HERVERDELINGSVRAAGSTUK

De studiegroep begrotingsruimte onderzoekt welke ruimte een komend kabinet heeft om geld uit te geven. Deze ruimte wordt voor het grootste deel bepaald door hoe we omgaan met de ruimte voor zorg, vertelt Van den Dungen. Hij toont een aantal grafieken waarin de stijgende zorgkosten worden geduid. “Mijn wake up call aan u is niet dat u dit weet, want u kent deze cijfers. Ik laat het zien om duidelijk te maken dat als we het uitgeven aan zorg, we het niet kunnen uitgeven aan iets anders dat ook nodig is in Nederland.” Met het IZA zet de sector een stap in de goede richting, maar in de praktijk blijkt veranderen heel lastig, merkt hij op. Hij refereert onder meer aan de rechtszaak rondom de concentratie van kinderhartchirurgie. “Iedereen in de sector zal over zijn eigen schaduw heen moeten stappen, om ervoor te zorgen dat we de zorg echt anders organiseren.”

“Iedereen in de sector zal over zijn eigen schaduw heen moeten stappen, om ervoor te zorgen dat we de zorg echt anders organiseren.”

ZELF KEUZES MAKEN

Als de sector niet zelf het initiatief neemt, dan moet wellicht het ministerie van Financiën ingrijpen: “En dat wil je niet, want wij hebben maar weinig instrumenten en die zijn altijd generiek. Zoals het verhogen van de eigen bijdrage of het eigen risico, en het schrappen van onderdelen in het basispakket.
Het is veel beter als de zorg zelf keuzes maakt.” Een goed voorbeeld daarvan is de kraamzorg, zegt hij: “Zij hadden een helder verhaal in de media. Ze zeiden niet ‘we hebben te weinig mensen en de overheid moet iets doen’, maar ‘gegeven onze situatie moeten we het anders organiseren. We gaan de meeste kraamzorg bieden aan de mensen die het het hardst nodig hebben’. Ik vind dat een hoopvol voorbeeld van zelf keuzes maken, vanuit je professionaliteit.”

PITTIGE DISCUSSIES

Debatleider Martijn de Greve vraagt de aanwezigen naar hun reactie op dit prikkelende betoog. David Jongen, voorzitter raad van bestuur Zuyderland, kan zich vinden in de oproep: “Ik loop in de praktijk echter tegen twee problemen aan. Dat als we zelf keuzes maken, we de lokale overheid en publieke opinie tegenover ons vinden. Het zou mooi zijn als u dit verhaal deelt met alle wethouders in Nederland. Ten tweede is een oplossing nodig voor het feit dat als we volume terugdringen, wat wij hebben gedaan, we in de problemen komen doordat onze »

kosten wel doorlopen." Van den Dungen: "Ik vertel dit verhaal aan de VNG, het helpt als jullie dit verhaal zelf vertellen aan jullie lokale bestuurders. En over het tweede probleem: ook verzekeraars zullen over hun eigen schaduw moeten stappen." Dat gebeurt al, vertelt Roland Eising, directeur inkoop ZVW bij Zilveren Kruis: "Bijvoorbeeld bij Treant, dat een kleiner ziekenhuis is geworden. Dat zijn soms pittige discussies, maar we moeten dit samen doen en we gaan het samen doen."

VOLGENDE GENERATIES

Van den Dungen spreekt in zijn betoog over het doorschuiven van het probleem van hoge zorgkosten naar volgende generaties, wat in feite tot nu toe is gebeurd. Melkert haalt een andere intergenerationele invalshoek aan: "Als studiegroep kijken jullie naar uitgaven en staatsschuld, maar niet naar de collectieve lastendruk. Terwijl dat ook een richting is, zeker als het gaat om zaken waarin je nu moet investeren voor toekomstige generaties. Zoals het klimaat." Van den Dungen: "Het verhogen van de collectieve lasten is wel degelijk een overweging. Of we dat doen voor bijvoorbeeld het klimaat, dat is een politieke keuze. Maar het is zeer de vraag of het verhogen van de collectieve lasten een oplossing is voor de zorg. Want zelfs als het geld er is, is er geen personeel."

MANTELZORGERS

Uit het betoog van Van den Dungen blijkt dat vooral de kosten in de ouderenzorg het hardste stijgen, ook het aandeel ouderenzorg in de curatieve sector. In de discussie die hierop volgt, gaat het over de inzet van mantelzorgers. Wolter Odding, lid raad van bestuur Tergooi MC: "We zouden deze groep meer kunnen inzetten. Maar accepteren we dan dat de kwaliteit van zorg minder wordt?" Van den Dungen waarschuwt: "We spelen in deze sector vaak snel de kaart dat iets ten koste gaat van de kwaliteit. Maar als jij als mantelzorger je ouder verzorgde en dat ook doet als die in een instelling komt, is die kwaliteit dan per se minder? De zorg wordt anders, dat wel. Pas op met de woorden die je gebruikt." Marianne Acampo, lid raad van bestuur Flevoziekenhuis, besluit: "Laten we er vooral voor zorgen dat de mensen die nu in de zorg werken, dat blijven doen. Daarvoor zijn twee dingen nodig. Het nakomen van de OVA-afspraak door de overheid en Zorgverzekeraars conform het IZA en iets doen aan de vele ZZP'ers in de zorg." Van den Dungen: "Afspraken uit het IZA moet je nakomen, dat lijkt mij helder. En over de aanpak van de uitwassen van ZZP: in de loop van volgend jaar gaan we strenger handhaven op schijnconstructies. En er komt wetgeving, maar dat is iets van de lange adem."

ACTUALITEITENDEBAT: HET IZA MAG NIET MISLUKKEN...

Hoe gaat de sector de afspraken in het IZA uitvoeren? En daadwerkelijk de transitie inzetten naar passende zorg op de juiste plek? Het komt nu aan op 'doen'.

Een breed samengesteld panel gaat met elkaar en de zaal in debat over wat ervoor nodig is om het IZA uit te voeren. Hoe komen we van papier naar praktijk? Piet-Hein Buiting, voorzitter Federatie van Medisch Specialisten: "De twee beste onderdelen van het IZA zijn dat alle partijen meedoen en dat we eindelijk een goede probleemanalyse hebben. De twee grootste beperkingen zijn dat er geen integraal plan is, op sommige delen wel, maar andere onderdelen zijn er nog alleen goede bedoelingen. Het tweede probleem is dat de uitvoeringsconsequenties worden onderschat. Voor veel van wat we willen bereiken, is bijvoorbeeld data-uitwisseling nodig. Dat kan nu niet of nauwelijks en daar gaan we in de uitvoering tegenaan lopen." Eising is positief over de uitvoering van het IZA, "want een aantal regio's is goed op weg, er zijn regiobeelden gecreëerd en de komende maanden gaan we vanuit die beelden stappen zetten."

Maar ook hij ziet de behoefte aan een plan, aan focus: "Er is veel geld beschikbaar voor deze transitie. Laten we dat vooral inzetten om een aantal grote thema's aan te pakken. Zoals digitalisering en ouderenzorg."

"Ik ben voor het ontstarren van het stelsel. Nu is er altijd wel een instantie die zegt dat een bepaalde verbetering niet kan. Dat haalt heel veel innovatie van burgers en professionals onderuit."

PIET-HEIN BUITING

Voorzitter Federatie van Medisch Specialisten

KOMEN TOT ECHTE SAMENWERKING

Hanneke Klopper, directeur Rugpoli en voorzitter ZKN: “Een van de grootste uitdagingen van het IZA is hoe we komen tot echte samenwerking. Waarin iedereen dingen moet loslaten ten bate van het geheel en als dat nodig is voor de patiënt zelfs ten koste van zichzelf. Daar is ons systeem niet op ingericht.” Bertine Lahuis, voorzitter raad van bestuur Radboudumc en voorzitter NFU, vult aan: “Dit is een brede transitie, een culturele verandering waar we als professionals, bestuurders en politici gezamenlijk aan moeten werken. Twee decennia van consumeren en paternalisme heb je niet zomaar omgebogen.” Barbara Goezinne, directeur-generaal curatieve zorg bij het ministerie van VWS, zegt vooral trots te zijn op de beweging die met het IZA op gang kwam: “Natuurlijk zijn er belemmeringen en zaken die de uitvoering van het IZA moeilijk maken. Maar als je gaat wachten tot alle randvoorwaarden zijn ingevuld, dan kun je lang wachten. Je kunt ook beginnen, want er kan al heel veel.”

“Een van de grootste uitdagingen van het IZA is hoe we komen tot echte samenwerking. Waarin iedereen dingen loslaat ten bate van het geheel en als dat nodig is voor de patiënt zelfs ten koste van zichzelf. Daar is ons systeem niet op ingericht.”

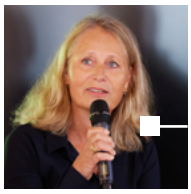
HANNEKE KLOPPER

Directeur Rugpoli en voorzitter ZKN

WAARDEGEDREVEN CONTRACTEN

Wat zijn de belemmeringen voor de uitvoering van het IZA? Weerstand bij de raad van toezicht wordt genoemd. Veel bestuurders herkennen dat, maar, zegt Lahuis: “Ik wil iedereen uitnodigen om de raad van toezicht vroegtijdig te betrekken bij de lastige keuzes die je als organisatie moet maken.” De financiële prikkels in een systeem dat is ingericht op volume, werken ook niet mee. Eising: “De transitie vraagt om andere contracten met andere prikkels en daar zijn wij mee bezig. Er komen meer waarde gedreven contracten. Daar voeren we nu gesprekken over en die gaan best goed. Gaat het snel genoeg? Nee. Maar de gesprekken gaan al wel veel beter dan een paar jaar geleden.” Marcel Visser, voorzitter raad van bestuur Maxima Medisch Centrum, wijst erop dat verschillende verzekeraars verschillende spelregels hanteren: “Dat maakt het onnodig complex.” Eising: “Dat herken ik wel. We willen eenduidig optrekken en dat lukt in sommige regio’s ook. Maar niet overal en dat mag u ons aanrekenen.” Zijn de mededingingsregels een belemmering? Bart Broers, directeur Zorg bij de ACM: “Als een ‘kartel’ met volwaardige betrokkenheid van de zorgdriehoek-partijen, meetbaar en transparant doelen stelt, dan doen wij als ACM een stap terug. Dat beloof ik in de zorg. Want dat is nodig als we de stap van papier naar praktijk willen maken.”

“We zitten in een brede transitie, een culturele verandering waar we als professionals, bestuurders en politici gezamenlijk aan moeten werken. Twee decennia van consumeren en paternalisme heb je niet zomaar omgebogen.”



BERTINE LAHUIS

Voorzitter raad van bestuur Radboudumc en voorzitter NFU

LOONDIENST OF VRIJE VESTIGING

In elk debat over de curatieve zorg komt de kwestie van de vrijgevestigde medisch specialisten vroeg of laat ter tafel. In hoeverre is het MSB een belemmering voor verandering? De meningen zijn erover verdeeld. Luc van den Akker, voorzitter raad van bestuur Laurentius Ziekenhuis: “We kunnen echt nog wel zorg afbouwen zonder verlies aan kwaliteit, maar dan tref ik ook het MSB op mijn weg; want productie is inkomen en bij het wegvallen van productie verandert het verdienmodel van het MSB.” Leonie Boven, voorzitter raad van bestuur St Jansdal: “Een aantal jaar geleden zijn de medisch specialisten bij ons in loondienst gekomen. De productiviteit daalt sindsdien. Ze zijn niet minder hard gaan werken, maar doen bepaalde behandelingen niet meer. We zien duidelijk dat de productieprikkel eruit is.” Buiting: “In deze discussie loopt altijd veel door elkaar. Het gaat niet om loondienst of vrije vestiging, maar om hoe je dingen bekostigt. Als je vindt dat sommige zorg onzin is, bekostig het dan niet.” Eising: “Dat is makkelijker gezegd dan gedaan. Als ik duidelijke keuzes wil maken, dan verwacht ik dat de beroepsgroep met mij meedenkt.” Klopper stelt dat de discussie niet zou moeten gaan over wel of niet in loondienst, maar over uitkomstgerichte zorg: “We weten nu onvoldoende wat de uitkomst bij patiënten is. Daar moeten we veel meer inzicht in krijgen, zodat we de kwaliteit van ons handelen kunnen afmeten aan de investeringen die we doen.” Buiting: “Ik wil die discussie wel aangaan, op landelijk niveau, daarvoor is er het programma ZE&GG (zorgevaluatie en gepast gebruik).” Daar gaan diverse aanwezigen graag in mee. Goezinne concludeert: “Dit zijn allemaal randvoorwaarden voor de transitie van de zorg. Maar laten we niet te veel naar een ander wijzen. Het begint bij jezelf.”

“Er komen meer waarde gedreven contracten. Daar voeren we nu gesprekken over en die gaan best goed. Gaat het snel genoeg? Nee. Maar de gesprekken gaan al wel veel beter dan een paar jaar geleden.”

ROLAND EISING

Directeur inkoop Zvw bij Zilveren Kruis

INZICHT IN CAPACITEIT

Wat zou ik kunnen doen met een andere partij? Die vraag stelt debatleider De Greve. Klopper: “We kunnen onze capaciteit en verwijspatronen veel beter op elkaar afstemmen. Als DHL overal ter wereld een pakketje kan halen en brengen, waarom lukt het ons dan niet om inzicht te hebben in de capaciteit in de regio?” Eising wijst op de fragmentatie in digitalisering: “We vinden nu per regio het wiel uit en daar moeten we echt van af. Ik zou graag zien dat de zorgsector op dit vlak landelijke afspraken maakt.” Het personeelstekort komt ook ter sprake. Hebben we te weinig zorgprofessionals of te veel zorgvragen? Moeten we het werk misschien anders gaan doen? Goezinne: “Ik ben best hoopvol dat we dit anders kunnen gaan doen. De nieuwe generatie zorgprofessionals let natuurlijk op het belang van de patiënt, maar kijkt ook breder. Naar de maatschappelijke impact van de zorg, onder meer naar duurzaamheid en betaalbaarheid.”

BARBARA GOEZINNE

Directeur-generaal curatieve zorg bij het ministerie van VWS

“Als je gaat wachten tot alle randvoorwaarden zijn ingevuld, dan kun je lang wachten. Je kunt ook beginnen met de uitvoering van het IZA, want er kan al heel veel.”

HOE NU VERDER

Hoe gaat het verder met de uitvoering van het IZA? Velzel zou graag zien dat de partijen in het IZA een volgende stap zetten: “Door als sector een concept verkiezingsakkoord te schrijven, waar politieke partijen op kunnen voortborduren. Zoals met de Wet toekomst pensioenen is gebeurd, die is grotendeels bedacht door het veld zelf.” Lahuis ziet daar wel wat in: “Misschien zijn we daar als IZA-partijen wel aan toe.” Ad van Rijen, vicevoorzitter Sociaal Werk Nederland en bestuurder WijZijn Traverse Groep: “Betrek dan ook de andere partijen in het sociaal domein erbij. Dat is in het IZA onvoldoende gebeurd, terwijl het heel belangrijk is om in deze transitie de samenleving mee te nemen.”
Anja van Balen, sector banker Zorg bij ABN AMRO: “Het zou ons als banken heel erg helpen als de zorgsector een duidelijk tijdpad afspreekt voor de veranderingen in de zorg. Ik hoor nog van niemand hoe lang men over veranderingen gaat doen en wat dat kost.” Lahuis pakt die handschoen op: “Dat is een legitieme vraag. In de volgende stap van het IZA zullen we een roadmap moeten maken. Dat worden heel lastige gesprekken, maar we moeten ze wel voeren.”

BEZOEK ASML

LESSEN VOOR HET ZORGECOSYSTEEM

“Zonder ecosysteem kunnen wij helemaal niks,” vertelt Roger Dassen, Chief Financial Officer en lid raad van bestuur van ASML. De zorg kan veel leren van hoe dit bedrijf in dat ecosysteem opereert.

Elk jaar staat er tijdens het Ingendael Discours een inspirerend bezoek aan een andere sector op het programma. Dit keer is dat ASML. Tijdens het bezoek krijgen de deelnemers een uniek inkijkje bij dit icoon van het Nederlandse bedrijfsleven. Dassen deelt een aantal duizelingwekkende cijfers: met 40.000 medewerkers en een omzet van 21 miljard opereert het bedrijf in een snelgroeiende markt. Voor allerlei ontwikkelingen zijn chips nodig, van de energietransitie tot DNA-sequencing. Het levert ASML, dat als enige ter wereld geavanceerde machines voor het maken van chips produceert, een comfortabele positie op. Het kan die positie alleen behouden als het fors blijft investeren en verbeteren, vertelt Dassen. De uitgaven aan R&D zijn 5 miljard euro per jaar. »

EIGEN WONINGFONDS

Uitdagingen kent het bedrijf uiteraard ook. Ver van huis, op het geopolitieke vlak, en in de regio. ASML kiest ervoor om (bijna) alles in Veldhoven te concentreren, omdat het belangrijk is dat R&D dicht bij de productie zit. “Niet één van onze machines is hetzelfde, er zit continu ontwikkeling op. We willen de leercycli daarom heel kort houden, letterlijk op dezelfde plek.” Het levert uitdagingen op in de regio, als het gaat om woningbouw en infrastructuur. “Als wij groeien, groeit onze supply chain ook. Dat betekent dat als we tot 2030 groeien met 15.000 mensen, er in onze supply chain 50.000 bij komen. Dat zijn in totaal dus 65.000 mensen extra in deze regio.” ASML is met de partners in de regio bezig om dit in goede banen te leiden. Het bedrijf participeert in de aanleg van infrastructuur en gaat zelf een fonds opzetten om betaalbare woningbouw te stimuleren. “Vijf jaar geleden had ik nooit gedacht dat we dit zouden doen. Maar we moeten wel, anders krijgen we de samenleving keihard tegen ons.”

LESSEN VOOR DE ZORG

ASML mag dan marktleider zijn, zonder ecosysteem zou het bedrijf niet kunnen bestaan, vertelt Dassen. Van de machines die het bedrijf maakt, wordt 80% van de onderdelen ingekocht. “We zijn heel afhankelijk van onze gespecialiseerde toeleveranciers en van kennisinstituten.” Het ecosysteem van de zorg ziet er heel anders uit, maar toch zijn er parallellen, vertelt hij. “In ons ecosysteem zit heel diep dat we dingen doen waar iedereen in het systeem beter van wordt. Niet de een ten koste van de ander. Ik vind dat daar in de zorgsector echt nog een slag te maken is. Jullie werken nog veel volgens het principe van de ‘zero sum game’, in plaats van ‘a rising tide lifts all boats’. Zoals we nu zien rondom de concentratie van kinderhartchirurgie. Dat vind ik ontzettend jammer.”

“In ons ecosysteem zit heel diep dat we dingen doen waar iedereen in het systeem beter van wordt. Niet de een ten koste van de ander. Daar is in de zorgsector echt nog een slag te maken.”

ROGER DASSEN

Chief Financial Officer en lid raad van bestuur van ASML

FOCUS

Een tweede les die hij wil delen: “De coördinatie in de zorgsector kan beter. Het IZA is een prima raamwerk, maar voor zover ik vanuit mijn positie als buitenstaander kan zien, is het wel erg bottom-up. Er is weinig focus en coördinatie op de grote thema’s.” Hij nodigt de aanwezige zorgbestuurders uit om daar verandering in te brengen: “Kies de vijf thema’s die echt het verschil gaan maken voor de toekomst van de zorg. Thema’s zoals data-uitwisseling, het talentvraagstuk, hoe om te gaan met de laatste levensfase. Jullie kunnen vast betere thema’s bedenken. Een gezelschap met zoveel zorgbestuurders als dit, zou ik dat zo gunnen. Als je dat niet voor elkaar krijgt en de overheid gaat het voor je regelen, dan vind ik dat heel triest.”

EMMELINE ROODENBURG

Vice president strategy bij de Dr Sulaiman Al Habib Medical Group in Saoedi-Arabië

RADICALE ZORGINNOVATIE IN SAOEDI-ARABIË

Emmeline Roodenburg, vice president strategy bij de Dr Sulaiman Al Habib Medical Group in Saoedi-Arabië, omschrijft haar werkterrein als “een grote zandbak, een speeltuin waar ontzettend veel kan.” Ze vertelt over haar ervaringen en lessen in zorginnovatie.

Roodenburg werkte als adviseur gezondheidszorg voor KPMG in New York, waar ze in opdracht van de staat New York meewerkte aan een systeemverandering van de curatieve zorg. Daarin werd een systeem van silo’s omgevormd tot geïntegreerde zorg. Een resultaat was dat in vijf jaar tijd een kwart van de zorg werd verminderd. De kosten van overbodige zorg daalden daarmee met 21%. KPMG vroeg haar in 2019 om haar expertise in Saoedi-Arabië in te zetten, ter realisatie van de Visie 2030 in het koninkrijk.

RAZENDSNELLE ONTWIKKELING

Leven en werken in Saoedi-Arabië is in weinig te vergelijken met Nederland. Het is een jong en rijk koninkrijk dat zich heel snel ontwikkelt: “Er zijn festivals, vrouwen kunnen werken en autorijden. Vijf jaar geleden had ik niet met een mannelijke collega kunnen lunchen, nu wel.” De bevolking groeit snel, elk jaar komen er een miljoen mensen bij. De overheid ontwikkelt gigantische projecten, onder meer op het gebied van toerisme, entertainment en woningbouw.“ De mensen zijn heel trots op hun land en terecht. De vooruitgang, systeemveranderingen en de nieuwste toepassingen van technologie kennen wereldwijd geen parallel.

BOUWEN

Het ziekenhuis waarvoor ze werkt, is privaat en beursgenoteerd. Met onder meer eigen laboratoria en een eigen softwarebedrijf. Het groeit hard en bouwt meerdere ziekenhuizen. “Onze omzet stijgt elk jaar met 20%. We nemen niks over, we bouwen en vraag naar zorg stijgt nog steeds.” HMG bedient nu 4 miljoen mensen en groeit naar 5 miljoen. “Dat is verzekerde zorg, er zijn bij ons

twee verzekeraars, en zorg voor mensen die het zelf betalen. Als er wachtlijsten zijn in publieke ziekenhuizen, dan kunnen wij die over nemen.” Van alle zorg in Saoedi-Arabië is 20% privaat. “De kwaliteit van het publieke stelsel is redelijk tot goed, maar de toegang is heel variabel omdat het zo’n groot land is.”
Het ziekenhuis telt nu duizend bedden, die op één plek worden gemonitord. Internationaal wordt gezocht naar innovatieve toepassingen en worden die waar mogelijk overgenomen. Zo bezocht Roodenburg in Chicago een centrum dat op basis van DNA-profielen ‘precision medicine’ maakt. “Die kant gaat de gezondheidszorg op, dat willen wij ook.” »

DE ZORG IN SAOEDI-ARABIË

Net als veel andere sectoren is ook het zorgsysteem van Saoedi-Arabië sterk in ontwikkeling, vertelt Roodenburg. “De ambities voor de zorg zijn zo groot, dat als ze er maar de helft van halen ze een voorsprong hebben op de rest van de wereld.” Er wordt onder meer ingezet op geïntegreerde zorg: “De ziekenhuiszorg is goed, maar andere vormen van zorg zijn er weinig. Zoals huisartsen en revalidatiezorg. Dat wordt nu opgezet.” Op een decentraal aangestuurde manier, vertelt ze. Het land is verdeeld in 21 clusters van integrale zorg. Er wordt erg ingezet op huisartsenzorg en daarvoor worden de komende tijd heel veel huisartsen opgeleid. Zij krijgen, net als in Nederland, een poortwachtersfunctie. In 2030 moet elk cluster een geïntegreerd zorgsysteem zijn. De bekostiging gaat plaatsvinden op basis van populatie en uitkomsten. “Dat is lastig, want we hebben nog geen systeem waarin we de uitkomsten kunnen waarderen. Maar dit is wel de visie. In 2025 wordt een systeem van DBC’s ingevoerd, dat is een begin.”

“Investeer in data-uitwisseling. Want als je de data hebt, dan kun je vanaf daar heel veel veranderen.”

LESSEN VOOR NEDERLAND

Wat gebeurt er in Saoedi-Arabië waar Nederland wat van kan leren? “We monitoren heel veel. Van de 500 ziekenhuizen in het land zijn 152 op een ‘command center’ aangesloten, waardoor je onder meer kunt zien wat de beddencapaciteit is en hoe lang mensen op de IC liggen. Heel veel consulten zijn virtueel. Er wordt veel data verzameld, met de inzichten die dat oplevert is in twee jaar tijd al een miljard dollar aan kosten gereduceerd.” Ze vertelt dat alle publieke ziekenhuizen op hetzelfde IT-systeem worden aangesloten. Dat lijkt in de Nederlandse situatie niet haalbaar. Maar, zo reageert Hans Schoo, lid raad van bestuur, Rijnstate: “Elk ziekenhuis is dit voor zichzelf aan het uitknobbelen. We moeten dit echt meer samen doen, in ieder geval per regio. Dat neem ik mee van dit discours. Dit zijn zulke kostbare investeringen, die moeten we samendoen.”

DATA ALS BASIS VOOR VERANDERING

Marit Tanke, directeur Strategie en Innovatie bij VGZ, vraagt wat Roodenburg haar wens voor de Nederlandse zorg zou zijn. Roodenburg: “mijn wens is dat patiëntgegevens goed uitgewisseld kunnen worden. Dat is beter voor de dokter, voor de patiënt en de kosten. Het kan binnen de privacy kaders, als je de patiënt er een stem in geeft en eigenaar maakt van de eigen data.” In New York was er 8 miljard beschikbaar voor een hervorming van de zorg en met de kennis van nu had 50% van dat bedrag het beste kunnen worden besteed aan interoperabiliteit van zorgsystemen. “Want als je de data hebt, dan kun je vanaf daar heel veel veranderen.” Dat vindt weerklank bij de aanwezigen. Op dit moment zorgt een gebrekkige interoperabiliteit tussen zorgsystemen ervoor dat veel innovatie in de zorg niet goed van de grond komt. Veel ambities die zijn geformuleerd in het IZA, vragen om een goede gegevensuitwisseling, zo wordt gesteld. Interoperabiliteit is daarom een van de prioriteiten in het IZA, zegt Lahuis.

DINER SPEECH: ‘DE NOODZAAK VAN EEN STERKERE PUBLIEKE GEZONDHEIDSZORG’

Jet Bussemaker, voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, gaat met de deelnemers in gesprek over het recente advies van de raad. “Verandering van het zorgstelsel is nodig, want de gezondheidsverschillen zijn te groot.”

In het advies ‘Met de stroom mee’ pleit de raad voor aanpassingen die het zorgstelsel verbeteren, zodat burgers de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Dat is nu vaak niet het geval, zegt Bussemaker: “We richten onze zorg te veel op de specialistische nieuwe mogelijkheden in de hoog complexe zorg. En te weinig op de maatschappelijke problemen die ten grondslag liggen aan veel zorgvragen.” Om dat op te lossen, is meer dan het IZA nodig, zegt ze: “We zullen een aantal grotere besluiten moeten nemen dan nu in het IZA staan. Om te komen tot een andere vorm van samenwerking en prioritering in de zorg.” Het advies kwam de raad op de kritiek te staan dat het een PvdA-advies zou zijn. Bussemaker: “Dat klopt niet. Het gaat over de V van volksgezondheid, om het verkleinen van de grote gezondheidsverschillen die we in Nederland hebben. Dat thema is gelukkig voor heel veel politieke partijen van belang.”

“We richten onze zorg te veel op de specialistische nieuwe mogelijkheden in de hoog complexe zorg. En te weinig op de maatschappelijke problemen die ten grondslag liggen aan veel zorgvragen.”

JET BUSSEMAKER

Voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

TOEGANKELIJKHEID SNEEUWT ONDER

Wat nodig is, is een verandering in het stelsel, van mensbeelden en sturingsmechanismes, bepleit de raad. “Zodat het hele ecosysteem van de zorg weer gaat stromen.” Om met het mensbeeld te beginnen: omdat er sprake is van tegenstrijdige mensbeelden in de wetgeving, werkt het stelsel niet goed. “De Zvw gaat uit van de goed opgeleide, calculerende burger. Het mensbeeld in de Wmo gaat uit van de sociale burger, die veel voor een ander doet.” Het stelsel zou aangepast moeten worden, zodat alle partijen in het brede zorgdomein beter kunnen samenwerken, betoogt ze. Pleit ze voor een stelselwijziging? “Ons advies is om te werken aan een verbetering van het stelsel. Betaalbaarheid en kwaliteit hebben we in het huidige stelsel goed geborgd, maar de toegankelijkheid sneeuwt onder. Met wat aanpassingen in het stelsel kunnen we dat veranderen. Als we uitgaan van een ander mensbeeld en een andere nadruk op waar de zorg over moet gaan: toegankelijkheid, de zorg als publieke waarde.”

DRIE TRANSITIES

Om dit te bereiken, schetst de raad drie transities. De eerste is meer samenhang en vereenvoudiging creëren in zorginkoop. Met wettelijk verplichte afstemming tussen zorgverzekeraars en gemeenten. “Laten we daarvoor beginnen bij thuiswonende ouderen. Daar wordt nu veel afgewenteld op de Wlz, laten we daar eerst alleen de Zvw en de Wmo voor gebruiken.” De tweede transitie is inzetten op gedeelde verantwoordelijkheid: “Verhoog het inkomensafhankelijke deel en schaf de zorgtoeslag af. Die werkt niet en is veel te complex. Ondersteun daarnaast de informele zorg veel beter, wellicht met het betalen van mantelzorgers.” De derde transitie gaat over een ontwikkeling naar een open en lerend stelsel. “Met minder sturen op rechtmatigheid en meer sturen op rechtvaardigheid en samenwerking. We zouden een paar procent van het budget kunnen vrijmaken voor nieuwe vormen van samenwerking en innovatie.”

ONTSTARREN

Uit het gesprek met de deelnemers is op te maken dat weinigen voelen voor een stelselwijziging. Het gevaar bestaat immers dat dan alle energie daar naartoe gaat en niet naar het verbeteren van de zorg. Maar de notie dat de toegankelijkheid van de zorg moet verbeteren, vindt zeker weerklank. Rooijmans en Lahuis pleiten dan ook liever voor een stelseldoorontwikkeling, in plaats van een stelselwijziging. Buiting pleit voor het "ontstarren van het stelsel": "Ik ben niet voor een ander stelsel, maar wel voor een aanpassing van het huidige stelsel naar een stelsel 'light'. Nu is er altijd wel een instantie die zegt dat een bepaalde verbetering niet kan. Dat haalt heel veel innovatie van burgers en professionals onderuit." Nathalie van Laar, lid raad van bestuur Haaglanden MC: "Hoe je het ook noemt: ik vind dat ons uitgangspunt moet zijn het verkleinen van de gezondheidsverschillen. Daar maakt mijn hart een sprongetje van. De inwoners van achterstandswijken in Den Haag leven zestien jaar korter dan de andere inwoners van Den Haag. Daar moeten we het met elkaar over hebben. We hebben te weinig gedaan om die verschillen te verkleinen."

SOCIAAL DOMEIN

Melkert kan zich vinden in het advies van de raad, maar plaatst een kanttekening: "In jullie advies gaat het over de samenwerking tussen de zorgsector en het sociaal domein. Hoe gefragmenteerd het zorgveld ook is, het is wel iets makkelijker aan te spreken omdat het een systeem is. Dat geldt niet voor het sociaal domein." Een goed punt, reageert Bussemaker: "Bij de decentralisaties in het sociaal domein, is een noodzakelijke stap niet gezet. Namelijk het maken van grotere regio's met minder gemeenten. Daar moet nog wel veel gebeuren. Ik denk dat het thema van het verkleinen van de gezondheidsverschillen daar een goede trigger voor zal zijn."

KEUZES

Moet de zorg van een tien naar een acht, om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en de gezondheidsverschillen te verkleinen, vraagt Astrid Posthouwer, voorzitter raad van bestuur Meander MC: "Is daar een stelselwijziging voor nodig, of kunnen we daar nu mee beginnen?" Bussemaker: "Ik zou liever een breed toegankelijke zorg zien die suboptimaal is, dan andersom. Kijk maar naar de middelen die we verdelen tussen preventie en zorg, dat kan echt beter. VWS zet mooie stappen met de transitie naar passende zorg, maar er is meer nodig." Wendy Bosboom, bestuursvoorzitter, Ziekenhuis Rivierenland reageert: "In die zin was de covidtijd een oefening. Als we de zorg voor iedereen toegankelijk willen houden, dan moeten we iets inleveren. Dus niet voor een 10 gaan in de hoog complexe zorg, maar wel alle ouderen in de regio kunnen opvangen. Daar horen ethische discussies bij, want wat doen we dan niet meer?" Die keuzes worden nu in feite ook gemaakt, zegt Bussemaker: "We willen op medische behandelingen de nummer 1 zijn van Europa. Dat is een keuze." Schoo: "Het geld dat we daaraan besteden, investeren we niet in bijvoorbeeld een goed werkende aanpak zodat iedereen stopt met roken. En binnen ons huidige stelsel vinden we het kennelijk normaal dat er groepen burgers zijn die vijftien jaar eerder doodgaan."

EDWIN VAN DER MEER

Voorzitter raad van bestuur van BovenIJ

WAKE UP CALL VAN ZIEKENHUIS NAAR GEZONDHEIDSORGANISATIE

De gezondheidsalliantie Beter Samen in Noord wil dat in 2040 alle inwoners van Amsterdam Noord gelijke kansen hebben op een goede gezondheid. Dat doen ze door passende, persoonlijke zorg aan te bieden in een netwerk van gezondheidspartners, vertelt Edwin van der Meer, voorzitter raad van bestuur van BovenIJ.

Ongeveer tien jaar geleden vonden acht organisaties in zorg en welzijn elkaar, met als doel om de grote gezondheidsverschillen in Amsterdam Noord aan te pakken. Ziekenhuis BovenIJ was daarbij: "Ik zie het ziekenhuis als een maatschappelijke onderneming, die in de regio met de andere partijen een verantwoordelijkheid heeft. De gezondheidsverschillen in onze regio zijn enorm en dat vind ik onacceptabel. We zien een stapeling van problemen bij mensen en een oerwoud aan zorg- en welzijnsprofessionals. Daar wilden we wat aan doen." De Krijtmolenalliantie zag het licht, genoemd naar de krijtmolen van waaruit ze opereren. "We vergaderen altijd bij partijen in het sociaal domein, nooit in het ziekenhuis. Dat is symbolisch en heel belangrijk. Het zijn dat soort kleine dingen die maken dat mensen samen dingen gaan doen."

NIET ALLES IN DE ZORG OPLOSSEN

De Krijtmolenalliantie zette een beweging in waarin zoveel mogelijk aan de sociale basis wordt opgelost. Dat wordt duidelijk uit de video die Van der Meer laat zien over inwoner Simone. Simone had last van haar knie, maar werd daar niet aan geopereerd. In plaats daarvan ging ze, met een steuntje in de rug van maatschappelijk werk, gezonder eten en meer bewegen. Met andere vrouwen uit de wijk. Ze heeft nu veel minder last van haar knie en meer plezier in het leven. Van der Meer: "We zijn in de zorg geneigd om alles in de zorg te willen oplossen. Maar vaak hoeft dat helemaal niet. En wordt de inwoner beter van een andere aanpak."

VERHALEN DELEN

Alle projecten van Beter Samen in Noord worden gedaan met twee of drie partijen. Zoals het ziekenhuis, GGZ en huisartsen. Zij hebben elkaar de afgelopen jaren leren kennen en spreken inmiddels elkaars taal. Er lopen altijd zes projecten tegelijk, die worden gekozen door de werkvloer. De projectleiders zijn altijd eigen mensen. Door deze samenwerking verdwijnt er werk uit het ziekenhuis. "We deden een project voor niet-cardiale klachten van pijn op de borst. Mensen met die klachten gaan nu naar welzijn. Het scheelt 44 patiënten per jaar, die nu niet meer naar ons komen." Het ziekenhuis kan dit dragen omdat het groeit, zegt hij: "Amsterdam-Noord groeit van 100.000 naar 140.000 mensen, dus wij hoeven ons geen zorgen te maken of er nog patiënten komen." Wat is er veranderd in de cultuur van het ziekenhuis, door deze samenwerking? Beter Samen in Noord is langzamerhand op alle overleggen een onderwerp van gesprek geworden, vertelt Van der Meer. "Mensen weten elkaar nu te vinden. Dat gaat echt langzaam, geef het de tijd. Herhaal de boodschap en vier de successen. En deel de verhalen van mensen als Simone."

INTEGRAAL ONTREGEL AKKOORD

Het initiatief in Amsterdam staat niet op zichzelf, er zijn in het hele land vergelijkbare, succesvolle samenwerkingen van zorg- en welzijnspartijen. Zo noemt Desiree Creemers, voorzitter raad van bestuur Deventer Ziekenhuis, de samenwerking in Salland United: "Ook wij startten met kleine projecten, waardoor het vertrouwen tussen de partners groeit en je een vliegwiel krijgt. Overigens hebben wij pas veel later welzijn aangesloten, dat hadden we eerder moeten doen." Van der Meer: "Ik denk dat iedereen die hier aanwezig is, er op de een of andere manier wel mee bezig is. Ik vind het in die zin jammer dat we in het IZA nog vooral onze eigen belangen verdedigen. We zouden ons veel meer met de andere sectoren in zorg en welzijn moeten verbinden." Eigenlijk is er behoefte aan een IOA, zegt hij: "Een Integraal Ontregel Akkoord. Zodat we als zorg en sociaal domein veel meer integraal kunnen werken." Daarnaast is het belangrijk om de goede voorbeelden, die overal in het land te vinden zijn, met elkaar te verbinden en van elkaar te leren, besluit hij. "Dat past in wat we met het IZA voorstaan. Het is een beweging, we moeten elkaar daarin helpen. We zijn er niet in een paar jaar."

GROEPSDIALOOG: NAAR EEN DUURZAAM ECOSYSTEEM

In de groepsdialoog worden de uitdagingen van de zorg breder getrokken. Om de gezondheidsverschillen tussen inwoners te verkleinen, is immers een brede samenwerking nodig. Niet alleen met zorg- en welzijnsaanbieders, maar ook met het openbaar bestuur. Waarbij bestaanszekerheid een voorwaarde is.

Ingeborg ter Laak, wethouder Zorg, Zoetermeer: “Dit gezelschap van zorgbestuurders is een vreemde omgeving voor mij. En dat zou niet zo moeten zijn.” In haar inleiding vertelt ze over wat er de afgelopen periode in haar gemeente en het LangeLand ziekenhuis, tegenwoordig HagaZiekenhuis Zoetermeer, gebeurde. Het was een zeer intensieve periode, met veel ophef in de stad. En dat is nog niet ten einde; meer dan 10.000 mensen tekenden onlangs de petitie voor het behouden van de geboortezorg, vertelt ze. “De beslissingen die u neemt in de bestuurskamer, maken heel veel los in de maatschappij. De inwoners kijken naar het gemeentebestuur en begrijpen niet dat wij daar geen zeggenschap over hebben. En dat snap ik. Want u wordt betaald uit gemeenschapsgeld. Dat de maatschappij daar geen enkele zeggenschap over heeft, dat schuurt. Lokale politici kunnen dan niet anders dan vol achter hun inwoners gaan staan.”

BERMBABY’S

Ter Laak stelt dat het tijd wordt dat ziekenhuizen niet alleen verantwoording afleggen aan hun raad van toezicht, maar ook aan de samenleving. “Het is belangrijk dat we de governancestructuur anders organiseren. Het maatschappelijk belang moet terugkomen in de besluiten van het lokale ziekenhuis.” Het openbaar bestuur kan een belangrijke rol spelen in de transitie die de ziekenhuiszorg doormaakt, zegt ze. “Zodat we het hele, eerlijke verhaal aan onze inwoners kunnen vertellen. Ik kan lang meegaan in de discussie over waarom je de geboortezorg wilt verplaatsen, omdat met 1.200 bevallingen per jaar de kwaliteit onder druk komt te staan. Maar ik krijg ook dagelijks vragen van mensen waarom de geboortezorg wordt verplaatst en waar ze nog kunnen bevallen. Ik kan ze niet het goede antwoord geven, want Zoetermeer lijkt een groot genoeg gebied om geboortezorg te bieden. Als je het wilt verplaatsen, leg dan goed uit waarom dat is. En zeg er eerlijk bij dat bij verplaatsing meer bermbaby’s de consequentie zijn.” Marlies Jansen, directeur Haga Ziekenhuis, zegt dat voor de geboortezorg op de langere termijn het gesprek met de gemeente nu wel wordt gevoerd.

“Het maatschappelijk belang moet terugkomen in de besluiten van het lokale ziekenhuis.”

INGEBORG TER LAAK

Wethouder Zorg, Zoetermeer

DEMOCRATIE IN DE ZORG

Hoe zou die governance eruit moeten zien? Ter Laak: “Ik weet niet wat daarvoor het juiste instrumentarium is. Het gaat erom dat je het democratisch gehalte in de zorg vergroot. In hoe je mensen meeneemt. Dat begint bij het jaarverslag, waarin een ziekenhuis uitlegt wat ze heeft toegevoegd aan de gezondheid in de regio.” Moet de wethouder aan tafel in de bestuurskamer? Schoo: “Wij hadden goed contact met onze wethouder, maar nu zijn er vier wethouders die de zorg in hun portefeuille hebben. En ze komen niet aan tafel, want ze hebben het te druk.” Hij moet er overigens niet aan denken dat het gemeentebestuur zeggenschap krijgt in het ziekenhuis: “Als het gemeentebestuur ook zeggenschap krijgt, wordt het wel erg complex. Wat niet wil zeggen dat we niet moeten samenwerken met elkaar en ook de burgers op een goede wijze betrekken bij de keuzen in de zorg.”

ERVARINGEN IN LELYSTAD EN DEN HELDER

Wat Zoetermeer doormaakt, daar hebben meer regio’s ervaring mee. Boven: “Wij namen vijf jaar geleden als Harderwijk de zorg over van het failliete ziekenhuis in Lelystad. De politiek en de publieke opinie roerden zich, ze stelden dat het onveilig zou worden voor inwoners. Het tegendeel was waar, want door het gebrek aan kwaliteit was de situatie daarvoor juist onveilig. Maar het lukte niet om dat gezamenlijke verhaal te vertellen.” Dat is nu heel anders, zegt ze: “Het actiecomité van burgers dat toen werd gevormd, hebben we vanaf het begin nauw betrokken. Er is nog steeds veel contact. Zij zijn nu onze ambassadeurs. De inwoners zijn tevreden, ze praten mee. Maar de politiek hebben we nog steeds niet aan tafel.” Sernee: “Wij maakten in Den Helder een vergelijkbare situatie mee. We hebben er de fout gemaakt dat we, uit nood, erg naar binnen gericht waren. Daar hebben we veel van geleerd. We betrokken de wethouders van meerdere gemeenten erbij, om ons verhaal te delen. Sindsdien bespreken we twee keer per jaar met de gemeenteraad wat er in ons ziekenhuis gebeurt. Niet alleen als zorgaanbieder, maar ook als grote werkgever in de regio. Die aanpak werkt heel goed.”

DE DYNAMIEK VAN VERKIEZINGSTIJD

Een dergelijke aanpak is geen garantie dat de dialoog met de samenleving goed blijft gaan, zegt Paula Nelissen, voorzitter raad van bestuur Treant Zorggroep: “Mijn voorgangers bij Treant hebben alle partners en de inwoners heel nauw betrokken bij de transitie die we doormaakten. Iedereen vertelde hetzelfde verhaal. Maar nu is het verkiezingstijd en ontstaat er een heel andere dynamiek. We gaan het nieuwbouwproces weer opstarten (medio 2030 opening), dat wordt een politiek onderwerp. Net als de sluiting van de SEH in Stadskanaal en Hoogeveen, waar de kwaliteit met minder dan 10.000 patiëntbezoeken onder druk kwam te staan. We informeren de burger daar niet goed genoeg over, kennelijk.” Hoe houd je het gesprek gaande in verkiezingstijd, waarin het populisme hoogtij viert? Ter Laak reageert: “U als bestuurders heeft een belangrijke rol om mensen het verhaal te blijven vertellen. Heb begrip voor de emotie, want mensen zien het lokale ziekenhuis vaak als hun ziekenhuis. Veel mensen hebben het gevoel dat allerlei maatschappelijke functies wegvallen, dat is de voedingsbodem voor het populisme. Neem mensen daarom vroegtijdig mee bij het nemen van beslissingen over het ziekenhuis.”

UITLEGGEN OF DIALOOG?

CZ is nauw betrokken bij het ziekenhuis in Zoetermeer. Rooijmans: “De emotie is meegenomen in de beslissingen, want het ziekenhuis bestaat nog. Daar was bedrijfseconomisch gezien geen reden voor. Het is goed dat het ziekenhuis er nog is, vind ik. We hebben met de banken bekeken wat we moesten doen om het te behouden.” In het hele proces is er wat betreft de communicatie met inwoners en gemeentebestuur veel niet goed gegaan, zegt hij: “Het ziekenhuis was erg naar binnen gekeerd. Er moet nu een beslissing worden genomen over nieuwbouw en daarbij ligt er een grote verantwoordelijkheid bij het ziekenhuis en ook bij ons als zorgverzekeraar. We zullen goed moeten uitleggen welke keuzes er gemaakt moeten worden en wat de consequenties daarvan zijn.” Egge van der Poel, docent Erasmus Centrum voor Zorgbestuur en auteur van Geheelmeesters, valt iets op: “We praten hier over discussies met burgers, geen dialoog. En we hebben het over ‘uitleggen’. Maar dat is iets heel anders dan doorlopend de dialoog voeren met burgers en hen de dilemma’s voorleggen.”

GEZONDHEIDSCRISIS IS ARMOEDECRISIS

Arjan Vliegenthart, directeur van het Nibud, vertelt dat toen hij wethouder was in Amsterdam, enorm schrok van de gezondheidscijfers in de stad. “Ik schrok niet van de enorme verschillen tussen de rijke en arme delen van de stad, want die kende ik. Ik schrok van de cijfers over de specialistische kinderpsychologie, die in Amsterdam-Zuid vele malen hoger waren dan in de andere delen van de stad. Hoe kon het dat in een rijke wijk de meeste middelen worden uitgegeven aan zorg?” Het antwoord laat zich raden: “Omdat mondige ouders de weg in de zorg weten. En de maatschappelijke opgave daar niet centraal staat, zeg maar.” Het leidt bij hem tot de conclusie dat “we in Nederland de duurste zorg hebben voor de kleinste groep”. Daar gaat de discussie over bestaanszekerheid wat hem betreft ook over: “De meest basale dingen, zoals een buslijn en het zwembad, verdwijnen. Maar er wordt wel veel geld uitgegeven aan medische behandelingen.”

“Het gebeurt vaak dat een ziekenhuisbestuur een besluit neemt en dat wil uitleggen. Maar dit is halen en brengen. Wat kunt u als ziekenhuis bieden als u de ruimte krijgt om de zorg anders in te richten?”

ARJAN VLIEGENTHART

Directeur van het Nibud

VWS ÉN SOCIALE ZAKEN

Zorgbestuurders gaan niet over het verhogen van het minimumloon en de uitkeringen, maar ze kunnen wel iets doen aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen in Nederland, zegt hij. “Het zou zo mooi zijn als we iets van de kanteling van zorg naar sociaal domein en welzijn, waarvan al veel voorbeelden zijn, in het hele land zouden zien. Dat bestuurders en artsen overleggen met verzekeraars waar ze de meeste gezondheidswinst kunnen behalen. U mag daar bestuurlijk Nederland op aanspreken. Dat op een discours zoals deze niet alleen de minister van VWS aanwezig is, maar ook die van Sociale Zaken.”

POLI 17

Wat kan een ziekenhuis binnen de eigen muren doen aan het aanpakken van ongelijke kansen en armoede? Vliegenthart: “Vraag eens na bij hoeveel mensen er in je ziekenhuis loonbeslag is gelegd. Het zal je verbazen. Daar kun je als werkgever wat mee doen.” Hiemstra: “Veel mensen begrijpen de brieven van het ziekenhuis niet. Daar is nog een slag te maken.” Het sluit aan bij het voorbeeld dat Van der Meer noemde over zijn ziekenhuis: mensen konden poli 17 niet vinden, want op de borden staat ‘poli 16 t/m 18’. Lahuis: “We hebben een balie in het ziekenhuis waar mensen met vragen over overheidscommunicatie terecht kunnen. Het is onze meest bezochte balie.”

OVER SAMENWERKING

Ziekenhuizen kunnen veel doen om de volksgezondheid van inwoners te verbeteren, zo blijkt uit diverse voorbeelden. Rooijmans: “De kracht voor dit soort samenwerkingen zit met name bij de kleinere ziekenhuizen, die een spilfunctie in de regio hebben. Daar moeten ze een faire vergoeding voor krijgen. Ik zie daar geen groot issue, als dat wel zo is dan hoor ik dat graag.” Ook de academische en topklinische ziekenhuizen spelen hier een rol. Lahuis: “Het is niet zo ingewikkeld voor een UMC om met een regionaal ziekenhuis samen te werken, want er is geen enkele competitie. Wij kozen een aantal jaar geleden voor netwerksamenwerking en gaan dat nu uitbreiden. Met ziekenhuizen in de regio en samen met de gemeente.”

“Durven wij als bestuurders het dilemma neer te leggen voordat we een besluit nemen? Als je dat met je partners in de regio doet, dan wordt jouw probleem meer een gezamenlijk probleem, waar je samen een oplossing voor zoekt.”

JURGEN SERNEE

Lid raad van bestuur
Noordwest Ziekenhuisgroep

OVER POPULISME EN POLITIEK

Een casus springt eruit in deze groepsdialoog: Zuyderland. Het ziekenhuis heeft locaties in Sittard en Heerlen en is van plan om zorg te verschuiven. Beide locaties liggen 17 kilometer uit elkaar, maar toch lopen de emoties hoog op. Zeker in verkiezingstijd, nu politieke partijen er een politiek onderwerp van maken. David Jongen, voorzitter raad van bestuur van Zuyderland, zou graag met de wethouders en de gemeenteraden in overleg, maar krijgt daar geen gehoor. Wat moet hij doen om dat te veranderen, zo vraagt hij de aanwezigen. Vliegenthart antwoordt: “Het gebeurt vaak dat een ziekenhuisbestuur een besluit neemt en dat wil uitleggen. Maar dit is halen en brengen. Wat kunt u als ziekenhuis bieden als u de ruimte krijgt om de zorg anders in te richten?” Wat zijn de ervaringen in Zoetermeer op dit vlak? Ter Laak: “De echte verandering begon bij ons toen we als gemeente een ronde tafel organiseerden met experts uit de ziekenhuiszorg, die vanuit hun deskundigheid de gemeenteraad meenamen in hoe het zorglandschap eruitziet en wat de dilemma’s zijn. De bestuurders van verzekeraars waren daar ook bij. De kou is daar uit de lucht gegaan, daar is de dialoog begonnen.” Melkert was een van de experts die aan tafel zat: “Met de boodschap die je als ziekenhuisbestuurder wilt brengen, wil je de verbreding zoeken. Wat heb je te bieden, niet alleen aan zorg, maar ook aan de samenleving?” Jongen reageert: “Daar kan ik wat mee. Want wij investeren ook veel in werkgelegenheid, voor de locatie in Heerlen zijn we bijvoorbeeld heel actief in het aanbieden van een baan aan mensen die nu in de bijstand zitten.”

NIEUWE MANIER VAN SAMENWERKEN

Elk ziekenhuis is op veel manieren betrokken bij de eigen regio. Maar hoe ver kun je in die betrokkenheid gaan, vraagt Jongen: “Gemeenten willen bijvoorbeeld investeren in woningen voor verpleegkundigen en ze willen ook investeren in het ziekenhuis. Daar ben ik wel huiverig voor, want ik wil niet elke beslissing in de raad moeten voorleggen.” Het is echter het soort betrokkenheid dat past bij de nieuwe manier van samenwerken. Vliegenthart: “Het zal zeker discomfort opleveren, want het is anders dan hoe het voorheen ging. Er komen andere argumenten, die u misschien niet erg rationeel vindt, maar het zijn wel publieke argumenten. Deze manier van samenwerken is de enige manier om structurele, gedragen besluiten te krijgen.”

“De inwoners van achterstandswijken in onze stad leven zestien jaar korter dan de andere inwoners van Den Haag. Daar moeten we het met elkaar over hebben. We doen te weinig om de gezondheidsverschillen te verkleinen.”

NATHALIE VAN LAAR,

Lid raad van bestuur
Haaglanden MC

STEVEN DE WAAL

Oprichter en voorzitter van de
Public SPACE Foundation

INGENDAEL INSIGHTS

"We hebben de afgelopen dagen de grote thema's in de zorg besproken. De actualiteit, veel budgettaire zaken, zorgvernieuwing, de arbeidsmarkt, de rol van de politiek en de komende verkiezingscampagnes. Verkiezingsprogramma's zijn marketingfolders, er worden geen pijnlijke inhoudelijke keuzes gemaakt. Dat komt pas later, in de formatie. Eigenlijk wordt het daar pas spannend voor de zorg."

De zorg staat voor grote uitdagingen en er zijn de nodige olifanten in de kamer. Een olifant die Jet Bussemaker benoemde is een wijziging van het zorgstelsel. Het nadeel van daarover praten, is dat iedereen het de komende jaren alleen maar daarover heeft. Beter is het om vanuit de praktijk te leren wat er niet goed is aan dit stelsel en dat aan te passen. We missen een instantie die dat agendeert, die de vertaling maakt van jullie innovatie naar kleine aanpassingen die in het stelsel nodig zijn."

"Zorgbreed zit de zorg niet in een krimp, de zorg gaat groeien. De krapte op de arbeidsmarkt is daarbij de grootste belemmering. Van het inspirerende bezoek aan ASML houd ik over dat focus en 'frame of mind' het allerbelangrijkst zijn om koers te houden. Ik mis dat in het IZA. Dat is een polderdocument, iedereen kan zich erin vinden, en wat erin staat gebeurt vaak al. Het is nog steeds aan jullie om zelf, in jullie eigen regio, met alle betrokken partners te kijken wat er moet gebeuren, met wie en hoe."

"Een groot onderwerp in onze gesprekken was het nieuwe publiek leiderschap dat nodig is in de zorg. Dat besluiten niet meer in de bestuurskamers genomen worden, maar dat je veel eerder in je proces de buitenwereld erbij moet betrekken. Je inwoners en de politiek. De grote slag is naar buiten. De moderne media eisen dat jij persoonlijk en karaktervol en authentiek optreedt. Niet via de voorlichter, maar dat je zelf naar voren treedt als het spannend wordt. Niet alleen vanuit de ratio, maar met erkenning van het belang van de emotie in de publieke opinie. Zeg niet alleen dat de SEH moet sluiten, maar leg uit wat het probleem is en wat er fout gaat als je niks doet. En vertel wat ervoor terugkomt."

"Ik vind het positief hoe jullie op het eind in de actiehouding kwamen. De stemming is 'we zijn al bezig, we moeten meer doen, ook al is de financiële boodschap geruststellend want de markt groeit nog steeds'. Het mooiste vind ik, en dat zag je terug in de boodschap van Barbara Goezinne en Bas van den Dungen, dat het gaat om de toekomst van de volgende generaties. De zorgsector is de grootste sector en werkgever in heel Nederland. Dat heeft ook een nadeel: iedereen heeft er een mening over. Het is aan jullie om die publieke tribune op te gaan en het eerlijke verhaal te vertellen."

SFEERIMPRESSIE INGENDAEL DISCOURS

TOT BESLUIT

Drie dagen met gesprekken en debat, inspiratie van binnen en buiten de sector en een interessante uitwisseling van ervaringen, discussiepunten en invalshoeken. De sfeer op het Ingendael Discours 2023 was open en constructief. Het zorgdomein kwam in al zijn breedte voorbij: van zorginstelling tot gemeente en welzijnspartner. De enige partij die miste was de patiënt, al zijn alle besproken inspanningen en goede initiatieven daar uiteindelijk wel op gericht. Ook daar is een verbreding zichtbaar. Bij de vermaatschappelijking van de zorg gaat het niet zozeer om het beter maken van de patiënt, maar om het voorkomen dat een burger een patiënt wordt. Niet de patiënt, maar de burger staat centraal. Met de toenemende zorgen over gezondheidsverschillen en bestaanszekerheid, komt de V van Volksgezondheid weer volop in de aandacht.

Het antwoord op de kernvraag van het Ingendael Discours lijkt duidelijk. Solitair of solidair? De toekomst ligt in solidair, want solitair opereren als zorginstelling kan niet meer. Niet alleen vanwege de uitdagingen in de curatieve zorg, maar ook omdat de samenleving dat niet meer accepteert. Ziekenhuizen functioneerden altijd al in een ecosysteem. Maar met de vermaatschappelijking van de zorg wordt dat ecosysteem groter. Je daarin bewegen vraagt om openheid, om het verlaten van de bestuurskamer en de vertrouwde netwerken. Hoe je je als bestuurder in die complexiteit beweegt, was een van de belangrijkste rode draden in deze editie van het Ingendael Discours.

WWW.INGENDAELDISCOURS.NL

Organisatie:

BLOMMESTEIN
GROEP