

## Reactie van Werkgroep Zorg 2025 op Discussienota “Zorg voor de Toekomst” van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



### Werkgroep Zorg 2025

De Werkgroep Zorg 2025 is in 2013 opgericht en ontstaan uit diverse verenigingen van gezondheidsprofessionals in opleiding. Onze leden zijn in opleiding tot bijvoorbeeld medisch specialist in het ziekenhuis, huisarts, sociaal geneeskundige, technische geneeskundige, apotheker, ziekenhuisapotheker, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast onderhouden we nauwe contacten met de verschillende jonge beroeps-belangenverenigingen door wie Werkgroep Zorg 2025 ooit werd opgericht. Door deze unieke positie van Werkgroep Zorg 2025 spreken we namens een grote groep jonge zorgprofessionals.

De kracht van Werkgroep Zorg 2025 is dat wij een interdisciplinair team zijn, en een brede groep jonge zorgprofessionals in opleiding vertegenwoordigen. We brengen nieuwe energie en een ander geluid in de Nederlandse zorgmarkt. Wij denken met elkaar na over de toekomst van het Nederlandse zorgstelsel en hoe deze toegankelijk, kwalitatief hoog, duurzaam en betaalbaar te houden.

Door te reageren op deze discussienota willen wij de visie van jonge zorgprofessionals op de zorg voor de toekomst onder de aandacht brengen.

### Meer informatie over Werkgroep Zorg 2025

Meer informatie over de werkgroep is te vinden op onze website: [www.wz2025.nl](http://www.wz2025.nl)  
Volg ons op Twitter: [@visiezorg2025](https://twitter.com/visiezorg2025), Facebook: [WZ2025](https://www.facebook.com/WZ2025) en LinkedIn: [Werkgroep Zorg 2025](https://www.linkedin.com/company/Werkgroep-Zorg-2025)

### Vraag 1

#### **Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?**

Werkgroep Zorg 2025 is van mening dat grote veranderingen nodig zijn om de zorg in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden. Wij herkennen onderstaande onderwerpen als de drie belangrijkste kansen voor verbetering:

#### **1. Innovatie, digitale zorgtransformatie en interoperabiliteit**

In de eerste plaats is dit essentieel voor kwaliteit en patiëntveiligheid. Op dit moment is de veiligheid niet altijd gewaarborgd, bijvoorbeeld doordat de behandelend arts niet weet (of snel kan opzoeken) welke medicatie de patiënt gebruikt. Daarnaast draagt dit onderwerp bij aan 'de juiste zorg op de juiste plek', het dalen van zorgkosten, duurzaamheid, meer efficiëntie en werkplezier.

#### **2. Ontregel de zorg**

Dit dient zowel van buitenaf als van binnenuit te gebeuren. Zowel voor patiënten als zorgverleners is het belangrijk dat zorgprofessionals minder tijd kwijt zijn aan administratieve taken (die geen waarde hebben voor de patiënt) en meer tijd kunnen besteden aan waar zij voor opgeleid zijn: medische zorg verlenen. Doordat er meer tijd en aandacht is voor de

patiënt, wordt de zorg veiliger en doelmatiger (minder onnodige verwijzingen en overdiagnostiek). Samen beslissen staat centraal. Zorgverleners hebben meer plezier in hun werk en de zorg wordt weer een aantrekkelijke sector om te werken.

### **3. Preventie en gezondheid**

Mensen worden steeds ouder en het aantal chronische ziektes en dure behandelingen neemt toe. Door te investeren in preventie blijven mensen langer gezond. Meer 'juiste zorg op de juiste plek' kan worden bereikt door een deel van de ziekenhuiszorg te verplaatsen naar de eerste- of anderhalve lijn - of nog beter: naar huis, zo nodig onder begeleiding van specialisten op afstand. Ook kan een deel van de zorgvraag worden voorkomen door als overheid te investeren in primaire preventie, betere en meer directe ondersteuning bij sociaal-maatschappelijke problemen en door zelfzorg en een sterk eigen netwerk te stimuleren.

Een maatschappelijk-politiek debat is nodig om antwoord te geven op belangrijke vragen, zoals 'Wat is zorg?', 'Hoeveel vinden wij QALY waard?' en 'Hoe rekbaar is onze solidariteit?' Een kritiek onderwerp dat nog ontbreekt in de nota is aandacht voor klimaatverandering; klimaatverandering de grootste bedreiging voor de volksgezondheid van deze eeuw. Het is juist ook de verantwoordelijkheid van de overheid om te investeren in duurzaamheid, om de gezondheid en het welbevinden van Nederlanders in de toekomst te beschermen.

## **Vraag 2**

**Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?**

### **'Preventie & Gezondheid'**

Werkgroep Zorg 2025 herkent de huidige onderinvestering in preventie (o.a. door wrong pocket syndrome) en het gebrek aan heldere verantwoordelijkheden ten aanzien van preventie als belangrijkste knelpunten. Ook de inzet van overheidsmaatregelen voor meer gezonde keuzes zien wij als een belangrijk punt van dit thema.

Daarnaast zouden wij graag enkele punten willen benadrukken en nieuwe knelpunten willen aandragen:

In paragraaf 2.2 wordt het bevorderen van de eigen regie besproken. Wij misten hier de nuancering dat bijna één derde van de Nederlanders te maken heeft met beperkte gezondheidsvaardigheden.<sup>1</sup> Deze grote groep zal hulp nodig hebben bij het nemen of uitvoeren van deze regie. Daarnaast wordt kort genoemd dat er meer aandacht moet komen voor het vergroten van gezondheidsvaardigheden. Wij zijn van mening dat dit punt meer gewicht in de nota mag krijgen.

Bij de paragraaf over 'shared savings' wordt globaal gesproken over afspraken maken om het voorkómen van zorg lonend te maken. De werkgroep onderkent dat onvoldoende tijd (dus aandacht) voor de patiënt leidt tot onnodige verwijzingen, overdiagnostiek en overbehandeling. Een mogelijke zinvolle ontwikkeling is het voor de huisartsen declareerbaar maken van de extra tijd ingezet ter voorkoming van onnodige verwijzing, diagnostiek, en/of behandeling. Dit past deels binnen de ketenzorg van bijvoorbeeld Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) of Stoppen Met Roken (SMR), maar het zou stimulerend werken als er mogelijkheid was tot een éénmalig langer consult van bijvoorbeeld 45 minuten, waar bij multiproblematiek en 'hotspotters' (grootverbruikers van huisarts-dagpraktijk en huisartsenpost) ruimte is om iemands problemen samen uitgebreid in kaart te brengen en hen als huisarts(/POH) te kunnen coachen en verwijzen naar de juiste loketten voor bepaalde hulp (gemeente, schuldsanering, welzijn, wijkzorg), met behoud van regie voor de

---

<sup>1</sup> [Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden - Pharos](#)

patiënt. Dit consult kan dan als basis gebruikt worden om op voort te borduren in latere consulten en kan onnodige extra consulten of doorverwijzingen voorkomen, en zo de zorgvraag op termijn verminderen.

Een ander knelpunt dat mist in de nota is Duurzaamheid. Dit is bij vraag 1 reeds uitgebreid besproken, en we komen hier concreet op terug in ons antwoord op vraag 5.

### **‘Organisatie & Regie’**

De werkgroep is verheugd dat in paragraaf 4.2 wordt opgeroepen tot een laagdrempelige samenwerking tussen ICT-deskundigen en zorgverleners en dat digitalisering en eHealth een vaste plek moeten krijgen in de opleidingen en nascholing van zorgprofessionals. Dit was onder andere ook onze boodschap in de eHealth week in 2018.<sup>2</sup>

Daarnaast enkele kanttekeningen:

In paragraaf 3.2 ‘intensiveren van samenwerking in de regio’ worden enkele beleidsopties besproken. Er moet tegelijkertijd gewaakt worden voor het ontstaan van te grote verschillen tussen de regio’s. Dat kan namelijk het gelijkheidsbeginsel schaden (en shopgedrag bevorderen).<sup>3</sup> Met name in de jeugdzorg zien we hier soms helaas al de gevolgen van.

Een tweede kanttekening betreft paragraaf 4.2 waar de digitalisering van medische gegevens wordt besproken. Hier missen wij de vraagstukken ‘authenticatie en autorisatie’ en ‘wie is verantwoordelijk voor de juiste data?’. Complexe vragen zoals deze hebben wij eerder benoemd in ons artikel over interoperabiliteit.<sup>4</sup> In dit artikel hebben wij ook de noodzaak benoemd om tot interoperabele systemen te komen en hiervoor als overheid de juiste randvoorwaarden te scheppen, waar ICT-leveranciers zich aan zullen moeten houden om digitale gegevensuitwisseling goed mogelijk te maken en de fax overbodig.

### **‘Vernieuwing & Werkplezier’**

Helaas herkent Werkgroep Zorg 2025 de knelpunten van onvoldoende gepast gebruik van zorg en onderbenutting van digitalisering, hoge regeldruk en gebrekkige gegevensuitwisseling zoals hierboven genoemd maar al te goed. Door onder andere deze problemen wordt werken in de zorg minder aantrekkelijk.

Wat ons inziens onvoldoende belicht is in dit hoofdstuk wat betreft aantrekkelijkheid van werken in de zorg, is dat 1 op de 4 artsen in opleiding tot specialist (AIOS) overweegt te stoppen met de opleiding<sup>5</sup> door chronisch (ongecompenseerd) overwerken, te hoge werk- en administratiedruk, onvoldoende begeleiding/supervisie en te weinig tijd voor patiënt.

In de eerstelijnszorg speelt er een tekort aan huisartsen. Hierdoor is het zeer belangrijk om enthousiaste huisartsen in het vak te houden. Dit kan door de eerstelijnszorg verder te versterken en hiervoor financiën vrij te maken, bijvoorbeeld door de Nza tarieven te verhogen. Het praktijkhouderschap zou voor jonge huisartsen aantrekkelijker gemaakt moeten worden door heel Nederland, niet alleen in de krimpregio’s. Door de regelgeving en administratie voor (kleine) huisartspraktijken sterk te vereenvoudigen en samenwerking binnen HAGRO’s (huisartsengroepen) te bevorderen. Juist omdat kleinschaligheid ten goede komt aan de kwaliteit van zorg en persoonlijke zorg met aandacht, waarbij de continuïteit geborgd is. Verdere schaalvergroting is hierop niet het antwoord en ongewenst, zoals we in veel andere sectoren hebben kunnen zien.

---

<sup>2</sup> [Werkgroep Zorg 2025 witboek](#)

<sup>3</sup> [Verschillen in zorg: decentralisatie en gelijkheid - Montesquieu Instituut \(montesquieu-instituut.nl\)](#)

<sup>4</sup> [Interopera... watte? - Werkgroep Zorg 2025 \(21-09-2020\)](#)

<sup>5</sup> [Rapport gezond en veilig werken 2020 - De Jonge Specialist](#)



Een knelpunt dat wij missen in de nota is de ondermaatse waardering en beloning van verpleegkundigen en ander zorgpersoneel zoals verzorgenden, thuiszorg en wijkverpleegkundigen. Zo ontbreken veelal verpleegkundigen daar waar beslissingen over zorgprocessen worden genomen (zoals bijvoorbeeld een Chief Nursing Officer). Wellicht als deze beroepsgroepen vaker mogen meedenken en meebeslissen, dat problemen die leiden tot uitdiensttreding van personeel dan eerder aangepakt kunnen worden (zoals roostering of indeling van personeel over de afdelingen).

Wat eveneens onvoldoende belicht wordt, is dat veilige digitale gegevensuitwisseling van zorginformatie niet alleen het werkplezier van zorgverleners verhoogt, maar ook essentieel is voor de medicatie- en patiëntveiligheid.<sup>6</sup> Uiteraard met als neven doel deze informatie te laten integreren met het elektronisch patiëntendossier van andere zorginstellingen zonder extra werk voor de zorgverleners.

Een laagdrempelige manier van communicatie tussen zorgverleners in verschillende lijnen is essentieel voor goede, innovatieve zorgverlening en om efficiënt te kunnen werken. Het is van belang voor zorgverleners dat zij elkaar makkelijk en veilig weten te vinden. We zijn enthousiast over initiatieven die hieraan positief bijdragen en hopen dat deze op een structurele manier gefinancierd kunnen worden, zodat deze niet onnodig commercieel (hoeven te) worden. Voorbeelden hiervan zijn Prisma binnen Siilo, Zorgdomein en Ksyos. Hetzelfde geldt voor initiatieven op het gebied van de zorgverlener-patiëntrelatie zoals uiteraard beeldbellen, maar ook bijv. de DigiHAP en triage middels videobellen op de huisartsenpost.

Tot slot willen wij nogmaals benadrukken dat ook in dit hoofdstuk de ervaringen van patiënten en cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid meegenomen moeten worden in de besluitvorming rondom verdere digitalisering van zorg, en niet alleen wat betreft digitale contacten en directe contacten zoals in paragraaf 4.2 kort wordt aangehaald.

### Vraag 3 en vraag 4

**Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel? Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?**

De beleidsopties die volgens ons een belangrijke bijdrage leveren aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel inclusief concrete suggesties zijn de volgende:

#### **Preventie en gezondheid: overheidsmaatregelen voor meer gezonde keuzes**

Suggesties: Een keuze wordt gemaakt op basis van beschikbaarheid en kennis.

Met betrekking tot beschikbaarheid; nodig producenten uit tot het ontwikkelen van gezondere aantrekkelijke producten (aanmoedigen tot produceren van minder suiker- en vetrijke producten), of verlaag bijvoorbeeld de belasting voor de productie en verkoop van onbewerkte producten, zoals groente en fruit. Minder aanbod van tabak door verkoop van tabaksproducten te beperken tot speciaalzaken en het terugbrengen van fastfoodketens.

Met betrekking tot kennis; geef niet alleen op basisscholen, maar ook op bijvoorbeeld middelbare scholen onderwijs waarin basale kennis van het menselijk lichaam en voedselproducten wordt uitgelegd en welke voeding je lichaam het beste voorziet in de dagelijkse behoefte.

---

<sup>6</sup> [Interopera... watte? - Werkgroep Zorg 2025 \(21-09-2020\)](#)



### **Preventie en gezondheid: een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van sociale problematiek**

Suggesties: Mensen met sociale problemen lopen tegen de beperkingen van het systeem aan in het sociale domein. Bijvoorbeeld; iemand raakt (bijvoorbeeld door schulden) zijn huis kwijt; heeft hierdoor geen postadres meer en kan daarmee geen uitkering aanvragen. Zonder inkomsten uit de uitkering is het zoeken en vinden van een woning niet mogelijk. Verder kun je denken aan bijv. het de-commercialiseren van incassobureaus, mensen zoveel mogelijk schuldenvrij houden en een laagdrempelig toegankelijke schuldsanering. Bestaande beperkingen moeten in kaart worden gebracht en opgeheven.

### **Vernieuwing en werkplezier: meer tijd voor het gesprek in de spreekkamer en samen beslissen**

Suggestie: zo nodig moet meer tijd ingezet kunnen worden voor gesprekken waarin behandelopties worden besproken. Zo zal vaker tot een goede en weloverwogen keuze gekomen worden, wat leidt tot (aantoonbaar) minder doorverwijzingen en minder invasieve zorg, zie hiervan enkele voorbeelden in de voetnoten.<sup>78910</sup>

### **Vernieuwing en werkplezier: meer zeggenschap van zorgprofessionals**

Suggestie: indien zorgprofessionals betrokken worden bij beleidskeuzes die worden gemaakt die van invloed zijn op de uitvoering van het werk, deel je de verantwoordelijkheid en bevorder je de autonomie en eigen regie van de zorgprofessional, zodat een beweging op gang komt die wordt gedragen (bottom-up), in plaats van een top-down beleid. Zorgprofessionals weten als geen ander wat goed werkt in de praktijk en wat veranderd kan worden om het werkplezier te verhogen.

### **Vernieuwing en werkplezier: minder werk- en regeldruk**

Suggesties:

- Er dient samen met de zorgprofessionals gekeken te worden hoe de werk- en regeldruk te verminderen, dan wel onafhankelijk onderzoek naar registratielast, waar deze vandaan komt, wat er minder kan (o.a. ontregel de zorg), welke registraties daadwerkelijk een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg en welke registraties echt noodzakelijk zijn om kwaliteit van de zorg optimaal te beoordelen.
- Voor overplaatsingen (tussen ziekenhuizen of ziekenhuis naar andere (tijdelijke) ontslagbestemming dan thuis) zijn zorgverleners vaak veel tijd kwijt in de zoektocht naar een geschikte plek. Een oplossing zou kunnen zijn dat er op regionaal niveau inzicht komt in beschikbare plaatsen en het niveau van zorg dat daarbij geleverd kan worden.
- Bij vernieuwing van EPD/HIS systemen zou het uitgangspunt moeten zijn dat het minder tijd/clicks kost om hetzelfde te bereiken, ten opzichte van de eerdere versie. Oftewel, het systeem zou steeds eenvoudiger en intuïtiever moeten worden, in plaats van ingewikkelder.

## **Vraag 5**

### **Welke beleidsopties ontbreken er nog?**

Wat ontbreekt in de beleidsopties is het meer betrekken van jonge (zorg-) professionals uit het werkveld, die nog niet vast zitten in de denkpatronen. Faciliteer bijvoorbeeld health-hackathons met jonge professionals van zowel binnen als buiten de zorg om tot out of the box oplossingen te kunnen komen ("We kunnen een problemen niet oplossen met de denkwijze die het heeft veroorzaakt" - A. Einstein).

<sup>7</sup> ['Huisarts met meer tijd bespaart zorgkosten' \(Parool, 25-12-2018\)](#)

<sup>8</sup> [Zinnige zorg dreigt utopie te worden \(Medisch Contact, 21-11-2019\)](#)

<sup>9</sup> [Rapport Time-out en shared decision making \(Regionale Oncologienetwerken, Januari 2018\)](#)

<sup>10</sup> [Voorbeeld GRIP II project: gestructureerde eerstelijnszorg bij oncologische patiënten](#)



Het is daarnaast van belang dat beleid volgt waarmee ook de zorgsector zich op korte termijn committeert aan het Klimaatakkoord. Minder CO<sub>2</sub>-uitstoot door de zorg (op het moment verantwoordelijk voor 7% van de totale uitstoot in Nederland) zorgt voor een gezondere leefomgeving en daardoor weer minder zorgvraag.<sup>11</sup> Ook moet vervuiling door de zorg op andere gebieden, zoals in het oppervlaktewater, worden aangepakt. Voorbeelden van beleidsopties zijn:

- De afspraken van de Green Deal Zorg bindend maken voor alle relevante partijen, zodat deze onderbouwd door berekeningen zullen leiden tot het behalen van de doelen.
- De urgentie van de klimaatcrisis inzichtelijk te maken voor de bevolking door de gezondheidsrisico's van klimaatverandering weer te geven in een Klimaat & Gezondheid dashboard
- Bewustzijn, kennis en expertise te bevorderen onder zorgprofessionals met betrekking tot de impact van de zorg op de omgeving, door middel van onderwijs, onderzoek, stimulatie subsidies voor duurzame zorg en het integreren van duurzame behandelopties in de zorg in de richtlijnen en protocollen.
- Aansturen op wet- en regelgeving die duurzaam handelen in de zorg stimuleert.

En tot slot, het stimuleren van aanbieden en gebruik van de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO), waarin bijvoorbeeld de voorgeschiedenis, bloedwaarden en de laatste controles worden opgeslagen en te allen tijde inzichtelijk zijn en te koppelen aan het dossier van de zorgverlener waar de patiënt op dat moment is. De waarden uit het PGO moeten wel voldoen aan de Basisset zorggegevens standaard. Tegelijkertijd dient voorkomen te worden dat zorgverleners afhankelijk worden van een PGO voor de onderlinge communicatie tussen zorgverleners. Het PGO is een portaal voor de patiënt en niet het kanaal voor intercollegiale communicatie.

31-1-2021

---

<sup>11</sup> [Werkgroep zorg 2025 Green Paper](#)

