

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1502

Vragen van het lid **Westerveld** (GroenLinks) aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over *het verdwijnen van specialistische GGZ behandelplekken* (ingezonden 18 januari 2023).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 10 februari 2023).

Vraag 1

Bent u bekend met de brief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), waarin zij hun zorgen uiten over de beschikbaarheid van hoog complexe geestelijke gezondheidszorg (GGZ), het artikel «Een derde van de specialistische ggz-bedden opgeheven, zorg zakt door een ondergrens?» en «Psychiaters bezorgd om patiënten na sluiting kliniek»?^{1, 2, 3}

Antwoord 1

Ja

Vraag 2

Wat vindt u van de constatering dat in 2022 het totaal aantal bedden voor mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen met 34 procent is afgenomen (van 207 naar 137 bedden)? Kloppen deze cijfers en klopt het dat een derde van de klinische behandelplekken voor volwassenen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen hiermee in 2022 is gesloten? Wat vindt u van deze ontwikkeling? Deelt u de zorgen van de NVvP hierover?

¹ Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 13 januari 2023 «NVvP vraagt onderzoek IGJ: is kwaliteit vervangende zorg voldoende na afschaling bedden hoog complexe zorg?» (<https://www.nvvp.net/website/nieuws/2022/nvvp-vraagt-onderzoek-igj-is-kwaliteit-vervangende-zorg-voldoende-na-afschaling-bedden-hoog-complexe-zorg>).

² NRC, 13 januari 2023 «Een derde van specialistische ggz-bedden opgeheven, «zorg zakt door ondergrens»» (<https://www.nrc.nl/nieuws/2023/01/13/een-derde-van-specialistische-ggz-bedden-opgeheven-zorg-zakt-door-ondergrens-a4154152>).

³ De Gelderlander, 14 januari 2023 «Psychiaters zeer bezorgd om «kwetsbare» patiënten na sluiting kliniek Lunteren: op wachtlijst of geen passende zorg» (Psychiaters zeer bezorgd om «kwetsbare» patiënten na sluiting kliniek Lunteren: op wachtlijst of geen passende zorg | Ede | gelderlander.nl).

Antwoord 2

Het is niet te zeggen wat de exacte afname van de klinische behandelcapaciteit is, omdat dit niet alleen gaat om het aantal beschikbare (fysieke) plekken, maar ook om de beschikbaarheid van behandelaren. Het is daarom lastig om deze cijfers te beoordelen. Tegelijkertijd vind ik wel van groot belang dat er meer zicht en grip komt op het aanbod van cruciale ggz. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn hiertoe afspraken gemaakt met als doel om zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van (boven)regionaal cruciaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de patiënt. De NVvP is, als onderdeel van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), één van de ondertekende partijen van de afspraken in het IZA en actief betrokken bij de uitwerken van deze afspraak.

Vraag 3

Hoe kan het dat behandelaars een dergelijke inventarisatie wel kunnen maken, maar het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet over deze cijfers beschikt? Hoe staat het met de afspraak uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vorig jaar gezamenlijk tot een definitie van cruciale zorg zouden komen en hiervoor een handreiking zouden formuleren? Is dit gelukt? Zo ja, kan dit naar de Kamer gestuurd worden? Zo niet, waarom is dat nog niet gelukt?

Antwoord 3

De cijfers van de behandelaars zien op de afname van het aantal bedden voor een specifieke doelgroep en zijn gebaseerd op een eigen inventarisatie op basis van het checken van websites van instellingen en het nabellen van behandelaren. Het is de rol van de verzekeraars om er zorg voor te dragen dat zij voldoende zorg inkopen. Hiertoe is goed inzicht nodig in het noodzakelijk aanbod van cruciale ggz. Daarom heb ik hierover afspraken gemaakt met partijen in het IZA. De eerste afspraak in het IZA was om voor eind 2022 een handreiking cruciale ggz vast te stellen, waarin o.a. staat opgenomen wat we verstaan onder cruciale ggz en hoe we het aanbod van cruciale ggz transparant kunnen maken (inventarisatiemodel). Deze voorbereidende fase is inmiddels afgerond. In het Bestuurlijk Overleg IZA op 21 december is de handreiking cruciale ggz vastgesteld en gepubliceerd.⁴ Met de IZA voortgangsbrief die in het eerste kwartaal naar de Kamer wordt verstuurd, zal deze handreiking aan de Kamer worden aangeboden.

Vraag 4

Wordt inmiddels gewerkt aan het in beeld brengen van het landelijk aanbod en regionaal aanbod van cruciale zorg, waaronder Specialistische GGZ? Wat is voor u de ondergrens van het aantal bedden dat er moet zijn voor Specialistische GGZ?

Antwoord 4

Zoals in het antwoord op vraag 3 beschreven is de handreiking cruciale ggz inmiddels vastgesteld.⁵ Nu is de volgende fase aangebroken. Het initiatief tot het gesprek en het vullen van de inventarisatie is vanaf januari gestart door de ggz-kerninstelling in de regio. Elke regio brengt aan de hand van een inventarisatiemodel in beeld welk cruciaal ggz aanbod er regionaal, bovenregionaal en landelijk beschikbaar is. Tegelijkertijd wordt er ook gekeken naar hoeveel vraag er is naar cruciale ggz. De inventarisatie in de regio kost tijd, omdat het voor veel betrokken partijen een nieuw proces is dat onderlinge afstemming en zorgvuldigheid vraagt. Vanaf juli worden de overzichten per regio landelijk gebundeld, zodat er een eerste overzicht ontstaat van welk aanbod er is als het gaat om cruciale ggz. Op basis van dit overzicht en inzicht in de vraag naar cruciale ggz wordt bepaald wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. De uitkomsten hiervan worden door de zorgverzekeraars besproken en vertaald naar de individuele inkoop. Met deze afspraken krijgen zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter zicht op het zorgaanbod en zullen zij hierover

⁴ Handreiking cruciale ggz gepubliceerd (denederlandseggz.nl)

⁵ Handreiking cruciale ggz gepubliceerd (denederlandseggz.nl)

sneller en beter met elkaar in gesprek komen indien de zorgplicht in het geding dreigt te komen.

Vraag 5

Bent u het eens met de constatering van de NVvP dat complexe of hoogspecialistische zorg een behandeling vraagt die in het grotere geheel kosteneffectief is, maar op het niveau van de individuele aanbieder financieel onaantrekkelijk? Zo nee, waarom niet? Zo ja, bent u het eens dat dit dan een wijziging vraagt in de manier van financiering?

Antwoord 5

Iedere patiënt moet de zorg krijgen die passend is. Hoogspecialistische zorg moet daarom voor een individuele aanbieder aantrekkelijk zijn. Uitgangspunt van de nieuwe bekostiging voor de ggz (het zorgprestatie-model) is om gepaste zorg te bevorderen. Voor de hoogspecialistische ggz zijn er om die reden ook aparte prestaties vastgesteld die een hoger tarief kennen. Op deze manier zou alleen de zorgvraag van de patiënt moeten bepalen welke zorg een zorgaanbieder levert. Zodra er declaratiedata beschikbaar is, zal de setting hoogspecialistisch en de tarieven daarvoor, één van de onderwerpen zijn waarop de NZa het zorgprestatie-model gaat monitoren. Ik wil eerst zien hoe het zorgprestatie-model uitpakt, voordat ik vooruitloop op een eventuele wijziging in de manier van financieren.

Vraag 6

Hoe kijkt u met de kennis van nu naar de afspraken die zijn gemaakt in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ uit 2012 en de verlenging daarvan, met name als het gaat over de ambulantisering? Bent u het eens dat mede in het licht van de kritische evaluatie van het Trimbos-instituut verdere ambulantisering in de GGZ onwenselijk is? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u doen om het tij te keren?⁵

Antwoord 6

Bij het inzetten van de beweging naar ambulantisering in 2013 zagen kennisinstituten en experts goede voorbeelden in Europa die uitgingen van een wijkgerichte aanpak, (maatschappelijke) participatie, ambulantisering en het terugdringen van dwang en drang. Nederland bleef destijds bij deze ontwikkelingen achter. In 2013–2014 is daarom de bestuurlijke afspraak gemaakt dat in 2020 het aantal klinische plaatsen met 30% afgenomen zou moeten zijn (t.o.v. 2008) en dat deze afbouw gesubstitueerd zou moeten worden door ambulante zorg.⁶ Deze richting en afspraak werd breed gesteund, door zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en verzekeraars. Een conclusie van het Trimbos in de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ is dat de nadruk niet langer zou moeten liggen op de afbouw van klinische bedden als zodanig. Ik deel deze conclusie en vind dat er een zekere ruimte en beschikbaarheid van voldoende bedden nodig is om de zorg te kunnen leveren die nodig is in sommige gevallen. In het IZA hebben we afspraken gemaakt om de cruciale zorgfuncties zowel op regionaal als landelijk niveau in kaart te brengen. Op basis van de regionale beelden en het landelijke beeld wordt bepaald wat het noodzakelijk zorgaanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden. De uitkomsten hiervan worden vertaald naar de individuele inkoop door zorgverzekeraars.

Vraag 7

Wat vindt u van de constatering van de NVvP dat ambulante zorg voor een groep patiënten van klinieken die recent zijn gesloten of afgeschaald (onder meer Pro Persona, Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB), Arkin en de Somatische Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)-kliniek van Altrecht) geen betere oplossing is? Bent u het met deze constatering eens? Zo nee, waarom niet?

⁵ Trimbos Instituut, 2021 «Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2020» (<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/11/AF1838-Landelijke-Monitor-Ambulantisering-en-Hervorming-Langdurige-GGZ-2020.pdf>).

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. B.

Antwoord 7

Ik vind gezamenlijke besluitvorming (tussen client, zijn/haar netwerk, professional, behandelaar, zorgverzekeraar) over wat nodig is voor een patiënt essentieel. Meerdere organisaties hebben hierin een rol en verantwoordelijkheid. De afbouwende zorgaanbieder, de nieuwe zorgaanbieder en de medisch adviseur van de zorgverzekeraar moeten nauw met elkaar in contact staan om tot passende zorg elders te komen.

In het geval van deze groep patiënten gaat het om specialistische zorg aan een kleine, maar complexe groep. Voor deze patiënten kan bijvoorbeeld klinisch aanbod passend zijn conform de geldende richtlijn en zorgstandaard. Het is echter niet te zeggen of ambulante zorg per definitie geen betere oplossing is. Het is aan het veld om te oordelen over de effectiviteit van behandelingen en op basis daarvan richtlijnen eventueel aan te passen.

Vraag 8

Hoe beoordeelt u de signalen van de NVvP dat een aantal patiënten weliswaar is ondergebracht bij andere aanbieders, maar in de praktijk geen passende zorg krijgen?

Antwoord 8

Voor een beeld over of patiënten passende zorg hebben ontvangen, baseer ik me op signalen van de IGJ. De IGJ geeft dat dat ze ten tijde van de aangekondigde sluitingen ongeveer tien signalen heeft ontvangen. Deze signalen betroffen zorgen over de overdracht van zorg naar een andere aanbieder, de gevolgen voor cliënten en angst voor wachtlijsten. De IGJ heeft deze signalen meegenomen in het toezicht naar hoe de zorgaanbieder de zorgplicht heeft uitgevoerd. De IGJ heeft recent geen signalen ontvangen over de continuïteit of passendheid van zorg. Op basis van de brief van de NVvP heeft IGJ de NVvP gevraagd concrete en recente signalen met hen te delen.

De signalen die de NVvP aankaart, kunnen alleen worden opgepakt wanneer cliënten zich melden bij hun zorgverzekeraar. Mochten er cliënten zijn die toch onterecht op een wachtlijst terecht zijn gekomen of naar hun mening toch geen adequate vervangende zorg hebben ontvangen, dan is het belangrijk dat zij zich melden bij hun zorgverzekeraar. Via zorgbemiddeling kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden bemiddelen naar een alternatieve zorgaanbieder. Het is de taak van zorgaanbieders om cliënten te wijzen op de mogelijkheden van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut kan aanbieders en zorgverzekeraars helpen de juiste, zorginhoudelijke keuzes te maken voor de meest passende behandeling.

Vraag 9

In de beantwoording van een schriftelijk overleg van oktober 2022 liet u weten dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nog voor eind 2022 bij de bezochte zorgverzekeraars langs zou gaan om te controleren of alle voormalige cliënten die zorg nodig hebben passende zorg hebben gekregen en aan de zorgplicht is voldaan, is dit gebeurd? Zo ja, wat waren de conclusies van de NZa? Heeft u signalen gekregen van de NZa dat de continuïteit van zorg voor een deel van de patiënten in het geding is gekomen? Zo nee, hoe kan het dat NVvP deze signalen krijgt en de NZa niet?⁷

Antwoord 9

Uit de eerdere uitvraag van de NZa bleek dat één zorgverzekeraar naar aanleiding van de sluitingen drie zorgbemiddelingsverzoeken had gehad die in behandeling zijn genomen. Deze verzoeken zijn inmiddels afgerond. De NZa heeft, zoals toegezegd, in december een uitvraag gedaan bij de bezochte zorgverzekeraars. Naar aanleiding van deze uitvraag geven alle vier de zorgverzekeraars aan geen aanvullende signalen te hebben ontvangen van cliënten die in behandeling waren of op de wachtlijsten stonden bij één van de drie instellingen en naar hun mening toch geen adequate vervangende zorg hebben ontvangen. Het verschil tussen de signalen van de NVvP en de uitvraag van de NZa kan zitten in dat de NZa alleen zicht heeft op de signalen die zorgverzekeraars hebben van cliënten die zich daar gemeld hebben. Mochten er cliënten zijn die naar hun mening toch geen adequate

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 623.

vervangende zorg hebben ontvangen, dan is het belangrijk dat zij zich melden bij hun zorgverzekeraar. Via zorgbemiddeling kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden bemiddelen naar een andere zorgaanbieder.

Vraag 10

Wat vindt u van de kanttekeningen van NVvP bij de conclusie van de rode draden analyse van de NZA dat de zorgplicht niet is geschonden? Bent u het met de kanttekeningen van de NVvP eens?

Antwoord 10

De NVvP stelt dat de conclusie van de NZa dat aan de zorgplicht voldaan is te beperkt is, omdat deze gebaseerd is op een getalsmatige analyse, waardoor het inhoudelijk perspectief van de patiënt en de behandeling ontbreekt. Ik deel deze conclusie van de NVvP niet. De zorgplicht ziet op dat er passende vervangende zorg wordt gevonden voor een cliënt in het geval van een sluiting. De behandelaar bepaalt waar mogelijk in afstemming met de client, wat de meest aangewezen vervolgzorg is op het moment dat de huidige behandeling niet langer beschikbaar is als gevolg van wijziging in het behandel aanbod. Verzekeraars moeten bij sluitingen ook uit zichzelf nagaan of de vervangende zorg voor hun patiënten goed geregeld is, niet pas als ze daarop worden bevestigd door de toezichthouder. Het is aan de NZa in haar rol als toezichthouders om vast te stellen of er aan de zorgplicht is voldaan. Wat een passend alternatief zorgaanbod is aan de betrokken professionals en de medisch adviseurs van de zorgverzekeraar.

Vraag 11

Hoe is dit te rijmen met de antwoorden op eerdere Kamervragen waarin u aangeeft «De NZa geeft aan dat de betrokken verzekeraars aangeven dat de patiënten hun lopende behandeling kunnen afmaken en/of er binnen de regio gezocht wordt naar passende behandeling bij een andere zorgaanbieder,»? Deelt u de mening dat deze signalen laten zien dat de praktijk anders heeft uitgepakt en er op z'n minst zorgen zijn over of dit voornemen is gelukt? Zo ja, wat gaat u doen om te zorgen dat deze patiënten passende, niet-ambulante hulp krijgen?⁸

Antwoord 11

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 9 kan het verschil tussen de signalen van de NVvP en de uitvraag van de NZa zitten in dat de NZa alleen zicht heeft op de signalen die zorgverzekeraars hebben ontvangen van cliënten die zich daar actief gemeld hebben. Mochten er cliënten zijn die naar hun mening toch geen adequate vervangende zorg hebben ontvangen, dan is het belangrijk dat zij zich melden bij hun zorgverzekeraar. Via zorgbemiddeling kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden bemiddelen naar een andere zorgaanbieder. Op basis van de brief van de NVvP heeft IGJ de NVvP gevraagd concrete en recente signalen met hen te delen.

Vraag 12

Is duidelijk genoeg welke vormen van GGZ-zorg beter geboden kunnen worden via ambulante begeleiding? Zo ja, kunt u voorbeelden noemen van klinieken waar ambulantisering van de zorg heeft geleid tot betere resultaten?

Antwoord 12

Zoals eerder gecommuniceerd aan uw Kamer⁹ weten we op basis van signalen uit de praktijk dat het effectief kan zijn om bepaalde behandelingen (bijvoorbeeld bij angststoornissen) ambulante vorm te geven. Dit kan echter per patiënt en behandeling verschillen. Er is daarmee geen generiek antwoord te geven op deze vragen. Door de ingezette beweging van ambulantisering werken veel ggz-instellingen inmiddels met FACT-teams, waarbij cliënten zoveel mogelijk in de eigen omgeving worden behandeld. FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Deze methode is gericht op het verminderen van symptomen en leren omgaan met de aandoening. Begeleiding kan zich richten op alle levensgebieden en de teams

⁸ Aanhangsel Handelingen II, vergaderjaar 2021–2022, nr. 2519.

⁹ Kamerstuk 25 424 , nr. 623.

kunnen op maat samenstellen zodat de cliënt altijd de juiste zorg krijgt. Een ander voorbeeld van de meerwaarde van ambulante zorg is de nauwe samenwerking tussen de ggz en sociale buurtteams en huisartsen in Utrecht, in zogenoemde wijkteams. Hierdoor zijn er korte lijnen en begeleiding en behandeling vinden geïntegreerd plaats door het wijkteam. Ervaringsdeskundigen maken ook deel uit van het wijkteam.

Vraag 13

Sinds wanneer bent u op de hoogte van de reorganisatie van GGZ-instelling Emergis in Kloetinge?¹⁰

Antwoord 13

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn niet verplicht om reorganisaties bij de toezichthouders te melden, doorgaans informeren instellingen de IGJ over organisatie ontwikkelingen. Dat is ook gebeurd in het geval van Emergis. Op basis van de contacten tussen Emergis en de IGJ, ziet de IGJ geen risico's voor de kwaliteit en de continuïteit van zorg.

Vraag 14

Sinds wanneer zijn cliënten en personeelsleden op de hoogte? Hebben zij inspraak in de reorganisatie? Zijn de beoogde plannen besproken met cliënten die op de lijst stonden voor opname zodat zij zich konden voorbereiden?

Antwoord 14

Ik ben hiervan niet op de hoogte. Zoals in het antwoord op vraag 13 toegelicht is er contact geweest tussen Emergis en de IGJ en ziet de IGJ geen risico's voor de kwaliteit en de continuïteit van zorg.

Vraag 15

Kunt u uitleggen waarom het voor de patiënten die daar in behandeling zijn (onder meer mensen met autisme) beter is om ambulante hulp te krijgen dan in een kliniek? Is hier wetenschappelijk onderzoek naar gedaan of zijn er praktijkvoorbeelden? Zo nee, waarom is dit besloten?

Antwoord 15

Zoals beschreven in het antwoord op vraag 12 weten we op basis van signalen uit de praktijk dat het effectief kan zijn om bepaalde behandelingen (bijvoorbeeld bij angststoornissen) ambulante vorm te geven. Het is aan het veld om te oordelen over de effectiviteit van behandelingen en op basis daarvan richtlijnen eventueel aan te passen. Het Zorginstituut kan aanbieders en zorgverzekeraars helpen de juiste, zorginhoudelijke keuzes te maken voor de meest passende behandeling.

Vraag 16

Op welke manier wordt zorgcontinuïteit voor deze patiënten gegarandeerd? Kunt u dit garanderen gezien de wachtlijsten en personeelstekorten in de GGZ?

Antwoord 16

Zorgverzekeraars moeten vanuit hun wettelijke zorgplicht proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor verzekerden organiseren. Dit betekent dat zorgverzekeraars voldoende zorg moeten inkopen voor hun verzekerden en dat vraag en aanbod moeten matchen. Bij de afbouw of ombouw van zorg is het aan de zorgverzekeraar om te overwegen of er voldoende alternatieven van vervangende zorg zijn voor zijn verzekerden. De behandelaar bepaalt waar mogelijk in afstemming met de client, wat de meest aangewezen vervolgzorg is op het moment dat de huidige behandeling niet langer beschikbaar is als gevolg van wijziging in het behandelaanbod. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

¹⁰ Omroep Zeeland, 13 december 2021 «Reorganisatie bij Emergis: twee klinieken dicht, onzekerheid voor personeel» (<https://www.omroepzeeland.nl/nieuws/14251265/reorganisatie-bij-emergis-twee-klinieken-dicht-onzekerheid-voor-personeel>).

(IGJ) houden daarbij toezicht op de situatie vanuit het oogpunt van deze zorgplicht en de kwaliteit van zorg.

Patiënten en behandelaren kunnen zich tot de IGJ wenden, wanneer zij zich zorgen maken over de kwaliteit van zorg. Patiënten kunnen de NZa aanschrijven indien zij van mening zijn dat verzekeraars hun zorgplicht niet nakomen. Op deze manier is de continuïteit van zorg geborgd. Ik word actief door de NZa en de IGJ geïnformeerd als er signalen zijn dat dit niet goed loopt. Naar aanleiding van eerdere signalen van voorgenomen sluitingen is in het Integraal Zorgakkoord de afspraak gemaakt om zicht en grip te krijgen op cruciale ggz. Zoals in het antwoord op vraag 4 is aangegeven, wordt op dit moment gewerkt aan het in beeld brengen van het landelijke aanbod en regionale aanbod van cruciale ggz. Dit met als doel om zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van (boven)regionaal cruciaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de patiënt.

Vraag 17

Hoe gaat worden voorkomen dat hulpverleners gedwongen worden ontslagen en misschien wegtrekken uit de sector?

Antwoord 17

Voor een groot deel raakt uw vraag aan de keuzes die afzonderlijke organisaties als werkgever maken in hun personeelsbeleid. Waar ik me vanuit mijn rol hard voor maak, is om medewerkers voor de zorgsector te behouden. Zo zet ik met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ), in samenwerking met partijen (o.a. V&VN en deNLggz), in op de urgente uitdagingen die er liggen op de arbeidsmarkt, ook voor de ggz-sector. Het programma richt zich op meer ruimte voor innovatieve werkvormen, meer ruimte voor goed werkgeverschap en voor scholing en ontwikkeling. Door meer zeggenschap te stimuleren en daardoor het werkplezier te vergroten, moeten zorgmedewerkers behouden blijven voor de zorg.