Brede verkenning zorglandschap

Februari 2022

In samenwerking met

De percentages in de diagrammen van de verschillende antwoordencategorieën zijn afgerond op hele getallen. Als gevolg hiervan telt de som niet in alle diagrammen op tot 100 procent.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting | 5

1. Inleiding | 7
1.1 Een veranderend zorglandschap 7
1.2 Brede verkenning van het zorglandschap 7

2. Voorwaarden voor vakmanschap | 11
2.1 Drie dimensies van goed werk 11
2.2 Voorwaarden voor vakmanschap 12
2.2.1 Voldoende tijd ervaren om aan patiënten te besteden 12
2.2.2 Voldoende professionele autonomie ervaren 14
2.2.3 Voorbeelden van uitmuntend vakmanschap 16
2.3 Reflecties op de actualiteit van voldoende tijd en professionele autonomie 16
2.4 Deelconclusie 'Voorwaarden voor vakmanschap' 17

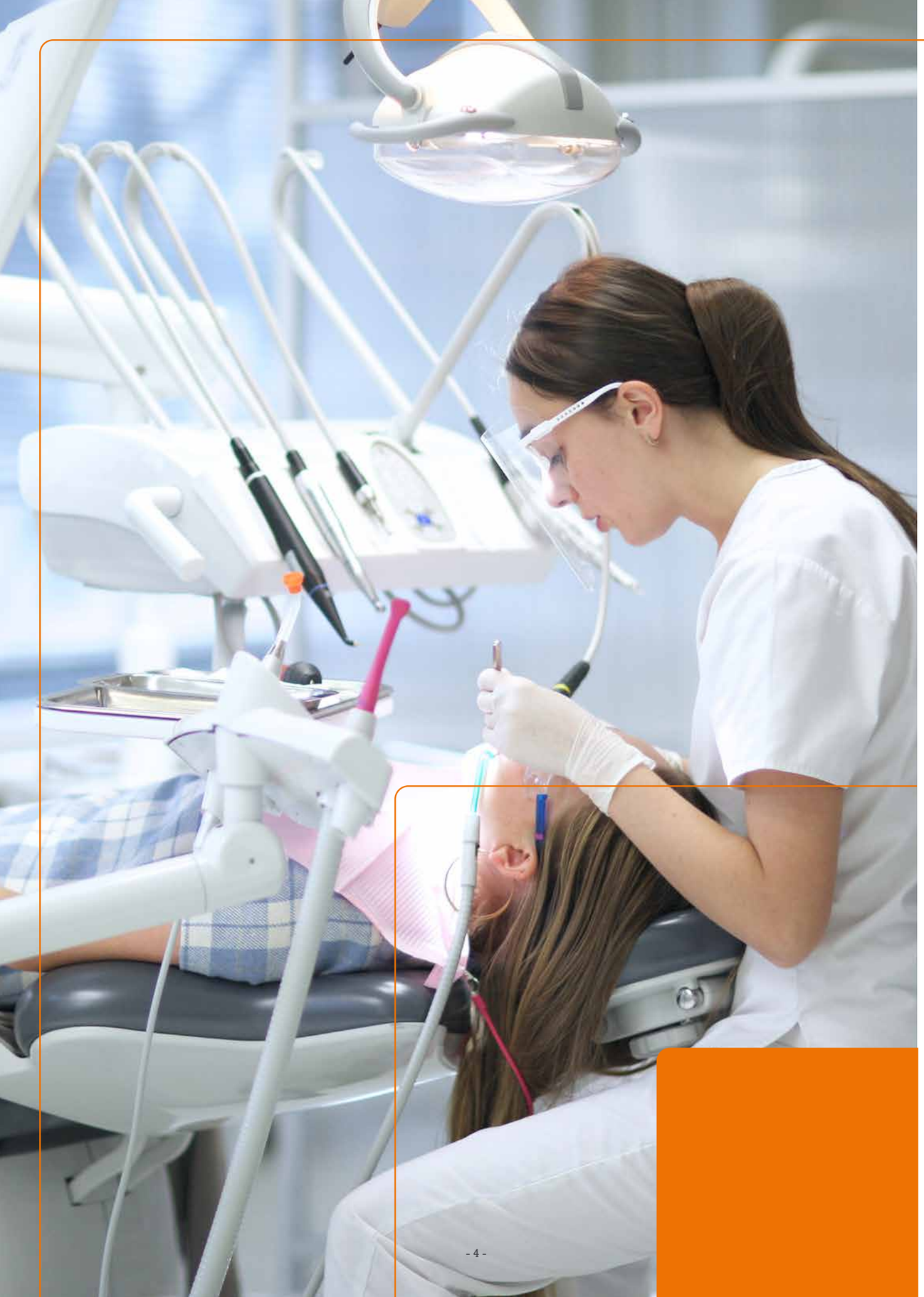
3. Vertrouwen en waardering | 19
3.1 Vertrouwen als smeermiddel in relaties 19
3.2 Vertrouwen in zorgverleners van patiënten en collega's 20
3.2.1 Patiëntvertrouwen 20
3.3 Vertrouwen en waardering vanuit instituties 25
3.4 Deelconclusie 'Vertrouwen en waardering' 30

4. Continuïteit | 33
4.1 Verschillende vormen van continuïteit 33
4.2 Relaties blijven cruciaal 34
4.3 Stellingen over continuïteit 35
4.4 Deelconclusie 'Continuïteit' 37

5. Keuzevrijheid en pluriformiteit in het zorglandschap | 39
5.1 Een veranderend zorglandschap 39
5.1.1 Belangrijke kenmerken van de zorgsector: grote meerderheid van vrouwelijke werknemers en hoog percentage deeltijdwerk 39
5.1.2 Flexibilisering in de zorg: signalering en karakterisering van een sterke trend 40
5.1.3 Motieven flexibilisering 40
5.1.4 Gevolgen flexibilisering voor de zorg 41
5.1.5 Het veranderende zorglandschap: slotsom 42
5.2 Uitkomsten enquête: tevredenheid over werkvorm 42
5.2.1 Werkvorm 42
5.2.2 Bekostiging 44
5.3 Stellingen over werkvorm 44
5.3.1 Vrije zorgverlenerskeuze? 44
5.3.2 Grote of kleine schaal? 45
5.3.3 Pluriformiteit en keuzevrijheid als voorwaarden voor innovatie? 46
5.4 Deelconclusie hoofdstuk 'Keuzevrijheid en pluriformiteit in het zorglandschap' 47

6. Conclusie | 49

Bijlage: Werkwijze Brede verkenning zorglandschap | 53



Managementsamenvatting

Als gevolg van onder meer het almaar toenemende aantal innovatieve behandelmethodes en de vergrijzende populatie, neemt de zorgvraag toe en daarmee ook de kosten van het zorgstelsel. Vanuit de politiek bestaat daarom de wens om de zorg goedkoper, toegankelijker en doelmatiger te organiseren. Dat zorgt ervoor dat het zorglandschap verandert. Deze verkenning heeft tot doel om in kaart te brengen hoe zorgverleners zelf het Nederlandse zorglandschap beschouwen, en het debat over de stand van de zorg te faciliteren. De hoofdthema´s van de verkenning zijn vertrouwen, continuïteit en pluriformiteit.

Vertrouwen is een belangrijke voorwaarde om goede zorg te kunnen garanderen. Als we de vertrouwensrelaties in de zorg beschouwen, valt op dat zorgverleners in de enquête stellen nog altijd veel vertrouwen en waardering te ervaren van patiënten en hun familie. Ondanks dat de informatiepositie van de patiënt in de afgelopen jaren is toegenomen, heeft dit niet geleid tot een sterk afnemend vertrouwen in professionals. Als het aankomt op ervaren vertrouwen vanuit instituties is een veel negatiever beeld zichtbaar. In alle beroepsgroepen geeft een ruime meerderheid aan weinig vertrouwen en waardering te ervaren vanuit de zorgverzekeraars en politiek. Ondanks alle initiatieven om het vertrouwen vanuit verzekeraars te vergroten, geven de resultaten geen aanleiding te stellen dat deze tot een substantieel betere situatie hebben geleid.

Verschillende ontwikkelingen in de zorg hebben geleid tot grootschaliger organisatieverbanden en steeds meer deeltijdwerk. Het begrip zorgcontinuïteit is breder dan enkel de relatie tussen een individuele zorgverlener en een patiënt. Het goed borgen van informatiecontinuïteit en beleidscontinuïteit zijn belangrijke manieren om de zorgcontinuïteit en de kwaliteit van zorg hoog te houden. Toch blijft de relatie tussen zorgverlener en patiënt heel belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Een overweldigende meerderheid van de respondenten geeft in de enquête aan het belangrijk te vinden dat patiënten zoveel mogelijk vaste zorgverleners zien. Daarnaast wordt aangegeven dat men betere zorg kan leveren en meer werkplezier ervaart als zorgverleners de achtergronden van een patiënt goed kennen.

Uit de enquêteresultaten komt nadrukkelijk naar voren dat een meerderheid van de zorgverleners tevreden is met de werkvorm waarin zij actief zijn. Gemiddeld genomen zijn zorgverleners in loondienst iets minder vaak positief, maar ook hier schetst de meerderheid een optimistisch beeld. Om tot nadere conclusies te kunnen komen, is vervolgonderzoek nodig naar de verschillende deelonderwerpen. Met een vergrijzende populatie en de steeds verbeterende stand van de techniek, blijft de organisatie van de zorg nog lang een relevant thema. Om kwalitatieve, beschikbare en betaalbare zorg ook in de toekomst te behouden, is de stem van de zorgverlener hard nodig.

De belangrijkste uitkomsten zijn:

- Het ervaren van voldoende tijd om aan patiënten te besteden en het ervaren van voldoende autonomie zijn volgens zorgverleners de belangrijkste voorwaarden om goed werk te kunnen leveren.
- Het overgrote deel van de zorgverleners ervaart een gebrek aan vertrouwen én waardering vanuit zorgverzekeraars en de politiek.
- Zorgverleners ervaren nog altijd veel vertrouwen en waardering vanuit patiënten en hun familie.
- Het blijft belangrijk dat patiënten zoveel mogelijk vaste zorgverleners zien.
- Het overgrote deel van de zorgverleners is tevreden met de werkvorm waarin hij actief zijn.

1. Inleiding

Op het moment van schrijven verkeert de wereld al bijna twee jaar in een pandemie. Toen het virus ook Nederland hard raakte, leidde dat aanvankelijk tot veel waardering voor de zorghelden in ons land. Maar naarmate de pandemie langer duurde en de druk op de zorg langdurig aanhield, leek ook het sentiment te verschuiven. Voorstellen over een structurele verbetering van arbeidsvoorwaarden leidden tot veel politiek gesteggel. Van het voetstuk waar de zorgverlener in eerste instantie op werd gezet, is geen sprake meer. De hoge uitval in de zorg[1] geeft aanleiding te stellen dat veel zorgverleners letterlijk ziek worden van het eigen werk. Kunnen zorgverleners hun werk nog wel doen zoals ze dat zelf willen?

1.1 Een veranderend zorglandschap

Hoewel de coronapandemie de problemen in de zorg nadrukkelijker op de voorgrond heeft geplaatst, spelen deze al veel langer. Als gevolg van onder meer het almaar toenemende aantal innovatieve behandelmethodes en de vergrijzende populatie, neemt de zorgvraag toe en daarmee ook de kosten van het zorgstelsel. Vanuit de politiek blijft daarom de wens bestaan om de zorg goedkoper, toegankelijker en doelmatiger te organiseren. Om dit te bereiken, is de afgelopen jaren veelvuldig ingezet op bureaucratische controle en grootschaliger organisatieverbanden.

De voortdurende druk om de zorgverlening efficiënter en goedkoper te maken, heeft het werken voor zorgverleners bepaald niet makkelijker en plezieriger gemaakt. Vanuit zorgverleners zelf ontstonden daardoor de afgelopen jaren al verschillende initiatieven die tegendruk boden. Zo maakte de breed gesteunde *Het Roer Moet Om-beweging* inzichtelijk dat het streven naar marktmechanismen in de huisartsenzorg was doorgeslagen. Het initiatief zorgde voor veel maatschappelijke steun en een betere positie voor de huisarts aan de onderhandelingstafel met de zorgverzekeraars.

Breder was het initiatief *(Ont)Regel de Zorg*, waarvan VvAA kartrekker was. Medisch specialisten, huisartsen, (wijk)verpleegkundigen, fysiotherapeuten, apothekers en psychiaters stelden samen met beroepsverenigingen, toezichthouders en zorgverzekeraars een lijst schrappunten op die de zorg moest bevrijden van onnodige bureaucratie. Zo zouden zorgverleners meer ruimte krijgen om zorg op maat te leveren voor patiënten.

Dat er ondanks alle inspanningen te weinig verbeterd is voor de zorgverleners blijkt onder meer uit het recent verschenen rapport *Dokteren in tijden van corona.* [2] Vorig jaar hebben *Optimale Zorg - Dappere Dokters* en de KNMG-districten werkconferenties georganiseerd. Meer dan 1.400 zorgverleners hebben via hun district hun stem laten horen over de manier waarop zij hun werk hebben ervaren tijdens de crisis. De crisis maakte samenwerking des te belangrijker en onder druk werden veel dingen vloeibaar. Twee aanbevelingen uit het rapport maken de onvrede zichtbaar. Ten eerste: de kloof tussen beleid en de zorgpraktijk wordt als groot ervaren. De oproep was daarom om de deskundigheid van artsen structureel mee te nemen in de (ontwikkeling van de) visie op medische zorg en de vertaling naar wet- en regelgeving. De tweede aanbeveling was om kritisch te kijken naar concurrentieprincipes in wet- en regelgeving: niet de opdracht tot concurrentie, maar de wil tot samenwerking moet leidend zijn in de zorg.

1.2 Brede verkenning van het zorglandschap

De in voorgaande paragraaf genoemde ontwikkelingen zijn voor VvAA en Stichting Beroepseer reden geweest een brede verkenning op te zetten naar de gevolgen van het veranderende zorglandschap. Het doel van deze verkenning is tweeledig. Het eerste doel is te inventariseren hoe zorgverleners zelf de huidige stand van de zorg beschouwen. Door middel van focusgroepen en

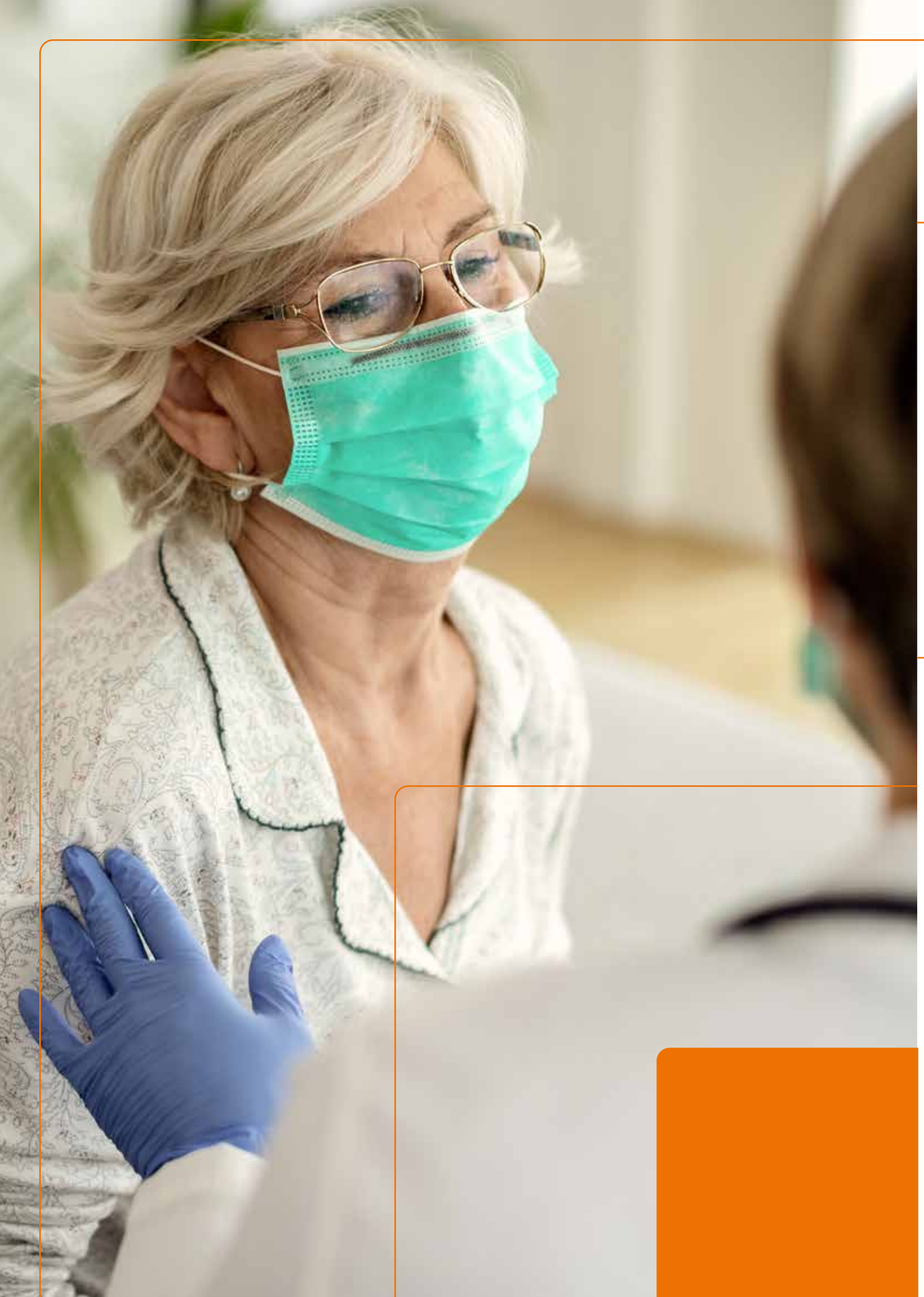
1 NOS (2021). *Een op de tien ziekenhuismedewerkers zit thuis: 'Vicieuze cirkel'*. Geraadpleegd van: https://nos.nl/artikel/2407794-een-op-de-tien-ziekenhuismedewerkers-zit-thuis-vicieuze-cirkel

2 KNMG (2021). *Dokteren in tijden van corona*. Geraadpleegd van: https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/opbrengst-werksessies-dokteren-in-tijden-van-corona-naar-tweede-kamer-.htm.

een enquête onder ruim 2.000 zorgverleners uit verschillende disciplines, hebben we dit in kaart gebracht. Het tweede doel van de verkenning is om het maatschappelijk debat over de organisatie van de zorg in Nederland te faciliteren. We hopen dat de uitkomsten van deze verkenning partijen in de zorg stimuleert om het gesprek verder te voeren over hoe de organisatie van de zorg zo kan worden ingericht dat deze optimaal dienstbaar is aan patiënten en zorgverleners.

In de volgende hoofdstukken bespreken we verschillende deelonderwerpen van het veranderende zorglandschap. De hoofdstukken worden iedere keer ingeleid met een theoretische beschouwing, waarna we de uitkomsten van de enquête en de focusgroepen bespreken. Hoofdstuk 2 gaat over vakmanschap in de zorg. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal welke voorwaarden van belang zijn om goede zorg te kunnen leveren. Hoofdstuk 3 zoomt in op vertrouwensrelaties binnen de zorg. Verschillende maatschappelijke ontwikkelingen hebben ervoor gezorgd dat klassieke professionals zoals artsen in steeds mindere mate op een voetstuk staan. Hoe staat het met het vertrouwen dat zorgverleners van verschillende partijen ervaren? We gaan niet alleen dieper in op hoe zorgverleners het vertrouwen van patiënten ervaren, maar ook op het vertrouwen dat zorgverleners ervaren vanuit instituties als zorgverzekeraars en de politiek.

Hoofdstuk 4 gaat over continuïteit in de zorg. In de afgelopen decennia heeft een verschuiving plaatsgevonden naar meer deeltijdwerk en grootschaliger organisatieverbanden. Dat zorgt er ook in toenemende mate voor dat patiënten verschillende zorgverleners zien. In dat hoofdstuk bespreken we in hoeverre zorgverleners hechten aan continuïteit als kwaliteitsfactor. Hoofdstuk 5 bespreekt de werkvorm waarin zorgverleners zich organiseren. De hoofdvraag daar is of het zorgstelsel zorgverleners - voor wat betreft de keuzevrijheid in werkvormen - voldoende ruimte biedt om met plezier goed werk te leveren. De paper sluit af met een conclusie waarin de uitkomsten staan samengevat en aanbevelingen worden gedaan.



2. Voorwaarden voor vakmanschap

Welke voorwaarden vinden zorgverleners onmisbaar voor ´goed werk´ in de zorg? Deze vraag staat centraal in dit hoofdstuk.
In de eerste paragraaf geven we een theoretische beschouwing van elementen waaruit goed werk bestaat. In paragraaf twee bespreken we de belangrijkste voorwaarden voor zorgverleners om tot goed werk te komen. In de derde paragraaf leggen we de link tussen de resultaten uit de verkenning en actuele ontwikkelingen binnen de zorg.

2.1 Drie dimensies van goed werk

Samen met zijn onderzoeksteam heeft de psycholoog Howard Gardner een ambitieus onderzoeksproject geleid waarin hij zeer goed functionerende professionals uit verschillende beroepsgroepen onderzocht heeft. Het doel was om het ´DNA´ van Goed Werk te vinden. Uit het onderzoek komt naar voren dat dit DNA uit drie componenten bestaat. Gardner en zijn collega's spreken over de ´drie E's´ *Excellence*, *Engagement* en *Ethics*, in het Nederlands respectievelijk: vakmanschap, persoonlijke betrokkenheid en morele verantwoordelijkheid. Daarnaast concludeerde Gardner dat voor professionals vaak niet de juiste voorwaarden aanwezig zijn om naar deze dimensies te kunnen handelen. We lichten elke dimensie kort toe:

Vakmanschap

'Vakmanschap' wordt gedefinieerd als het - door opleiding en ervaring - technisch in staat zijn werk te leveren van hoge kwaliteit dat beantwoordt aan de maatstaven die de beroepsgroep eraan stelt of daar bovenuit stijgt. Daarom geldt de regel: wie het weet, mag het zeggen. Dit is de reden dat de beroepsgroep en de individuele professional een behoorlijke mate van professionele controle over het eigen werk dienen te hebben. Voor het onderhouden en op een hoog peil houden van het vakmanschap is het ook noodzakelijk dat opvattingen en ervaringen over de vereiste competenties door professionals gedeeld worden om kennis en kwaliteit voortdurend verder te ontwikkelen ten behoeve van de best mogelijke zorg.

Persoonlijke betrokkenheid

Met 'persoonlijke betrokkenheid' wordt bedoeld dat mensen om hun werk willen kunnen geven. Het is noodzakelijk dat ze hun werk zelf zinvol vinden vanwege alle tijd en energie die ze in het werk moeten steken, maar ook dat ze hun werk zinvol vinden voor de samenleving, voor anderen. Voor dat laatste is vertrouwen en waardering van de directe afnemers - cliënten, patiënten, klanten - van groot belang, maar ook vertrouwen en waardering van de maatschappij als geheel. Persoonlijke betrokkenheid is van belang om duurzaam werk van hoge kwaliteit te kunnen leveren met een positieve invloed op anderen.

Morele verantwoordelijkheid

Bij het leveren van goed werk draait het ten derde om morele verantwoordelijkheid. Dit vraagt nadrukkelijk van de professional zich in te spannen om - waar nodig - meer te doen dan het uitvoeren van handelingen en taken conform routines en formele verplichtingen. Verantwoordelijkheid gaat verder dan deze 'plichtsvervulling'. Een moreel verantwoordelijk werker legt niet alleen verantwoording af aan zijn organisatie of leidinggevende, maar stelt zichzelf ook vragen over wat hem of haar te doen staat in de situaties waar hij of zij voor komt te staan. Daarnaast gaat deze morele verantwoordelijkheid verder dan de verantwoordelijkheid om juist te handelen in individuele gevallen. Het gaat hier ook om de verantwoordelijkheid te nemen voor de gevolgen die het eigen werk, gedrag, en de eigen besluiten voor anderen en de maatschappij als geheel kunnen hebben.

De drie besproken dimensies van 'goed werk' kunnen waargemaakt worden als de voorwaarden ervoor aanwezig zijn. Gardner, Csikszentmihalyi en Damon (2009) stellen dat hiervoor de juiste afstemming van verschillende krachtenvelden ven belang is. Hierbij valt te denken aan afstemming tussen onder andere geschreven en ongeschreven regels en gewoontes *binnen* een beroepsgroep en de formele regels die van *buiten*af aan die groep worden gesteld. Of afstemming tussen het maatschappelijk belang van het werk en wat dat voor de professionals opbrengt aan prestige,

geld, waardering en erkenning. Als de formele regels van buitenaf het werken volgens de eisen van de beroepsgroep frustreren, is het lastig goed werk te leveren. Als werk maatschappelijk onmisbaar is en de professional tegelijkertijd weinig of geen waardering ervaart voor het werk of geen vertrouwen in de beroepsgroep, is het lastig gemotiveerd - persoonlijk betrokken - te blijven werken.

De kans op goed werk is het grootst als de verschillende krachtenvelden optimaal op elkaar afgestemd zijn. Als ze het in praktijk brengen en de ontwikkeling van vakmanschap, persoonlijke betrokkenheid en morele verantwoordelijkheid ondersteunen, stimuleren en honoreren, is er geen probleem. Maar als de krachtenvelden haaks op elkaar staan, komt goed werk in het gedrang.[3]

2.2 Voorwaarden voor vakmanschap

Aan de deelnemers van de enquête is voorgelegd welke voorwaarden voor hen het belangrijkst waren om conform de drie dimensies van 'goed werk' de best mogelijke zorg te kunnen leveren. Zij kregen een lijst voorgelegd met mogelijke voorwaarden, waaruit zij de twee belangrijkste konden kiezen. Ook was het mogelijk om zelf een voorwaarde te noemen. Er is apart gevraagd naar de voorwaarden om de best mogelijke zorg te leveren (vakmanschap), de voorwaarden om persoonlijk betrokken te kunnen zijn bij het eigen werk en de voorwaarden om moreel verantwoordelijk te kunnen handelen. Vervolgens is gevraagd in hoeverre de gekozen voorwaarden aanwezig zijn in de eigen beroepspraktijk. We bespreken hieronder eerst de twee meest genoemde voorwaarden en zoomen daarna in op andere ontwikkelingen.

2.2.1 Voldoende tijd ervaren om aan patiënten te besteden

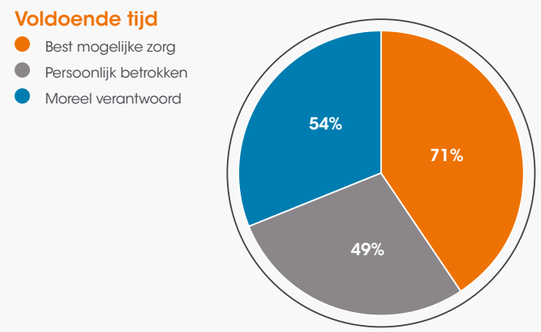
De meest genoemde voorwaarde om goed werk te kunnen leveren is *voldoende tijd ervaren om aan patiënten te kunnen besteden*. Uit internationaal onderzoek naar de optimale duur van consulten van huisartsen blijkt onder andere dat er (nog) onvoldoende bewijs is voor de stelling dat lange consulten altijd beter zijn dan korte. Er is wel enig empirisch bewijs dat een langer consult effectief is voor het bevorderen van een gezonde leefstijl, voor het motiveren van patiënten en voor betere verslaglegging. Er is ook empirisch bewijs gevonden voor de stelling dat langere consulten in de ggz leiden tot betere diagnoses en dat tijdsdruk in ieder geval niet helpt bij de behandeling van depressie. Tenslotte is er voldoende bewijs voor dat een langer consult leidt tot een betere levenskwaliteit en meer zelfregie van patiënten met meervoudige problematiek.[4]

Er is in onze vragenlijst gekozen om in globale zin te vragen naar de 'ervaring' van voldoende tijd, omdat differentiatie naar type zorg, doel en patiënt in een enquête met een brede scope als de onze niet haalbaar is.

Voldoende tijd wordt het vaakst genoemd als voorwaarde bij de drie dimensies van goed werk. 71 procent van de respondenten noemt voldoende tijd een belangrijke voorwaarde om de best mogelijke zorg te kunnen leveren. Voor persoonlijke betrokkenheid bij het eigen werk en om moreel verantwoordelijk te kunnen handelen, ligt dit percentage iets lager, maar ook daarbij scoort voldoende tijd zeer hoog. Het belang van de hoeveelheid tijd die aan patiënten kan worden besteed, blijkt eveneens uit de voorgelegde vraag: *In hoeverre vindt u het belangrijk dat in uw beroepsgroep zorgverleners zelf kunnen bepalen hoeveel tijd zij aan een patiënt kunnen besteden?* 94 procent van de respondenten geeft aan heel belangrijk te vinden.

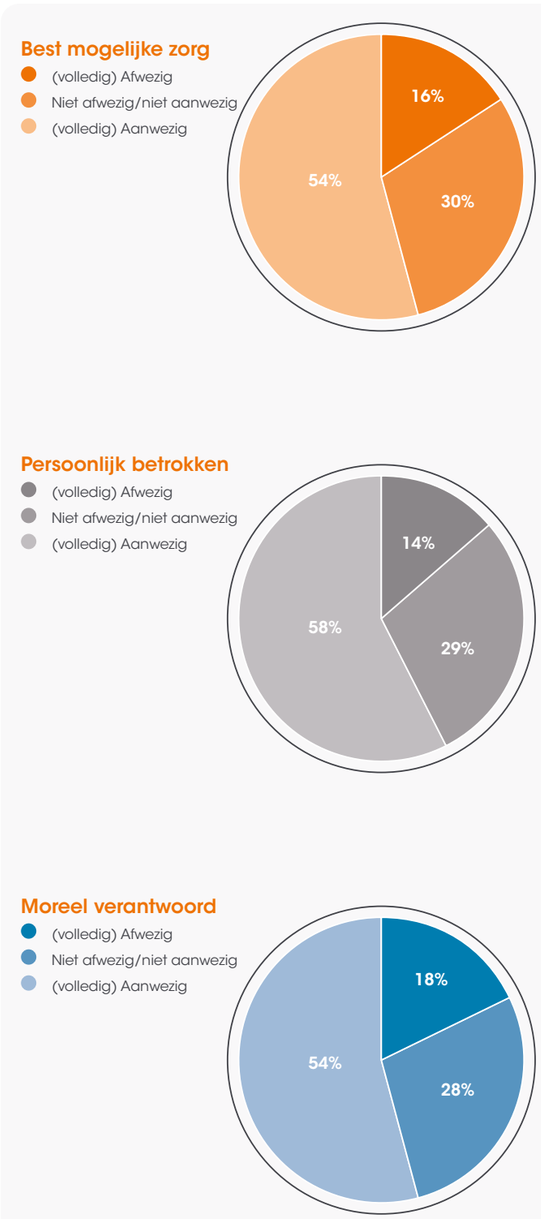
3 Zie Howard Gardner, Mihaly Csikszentmihalyi, Williem Damon, Het Good Work Project: enkele resultaten van vijftien jaar onderzoek. In: Thijs Jansen, Gabriël van den Brink en Jos Kole, *Beroepstrots. Een ongekende kracht.* Uitgeverij Boom, Amsterdam 2009 (p. 48-76).

4 Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries [p. 2]. *BMJ Open* 2017;*7*:e017902. doi:10.1136/ bmjopen-2017-017902



Figuur 2.1. Percentage dat voldoende tijd ervaart om aan patiënten te kunnen besteden noemt als een van de belangrijkste voorwaarden voor goed werk (n=2167)

Aan de respondenten die *voldoende tijd ervaren om aan patiënten te kunnen besteden* als een van de twee belangrijkste voorwaarden voor goed werk kozen, is voorgelegd in hoeverre deze voorwaarde aanwezig is in de eigen beroepspraktijk. De meerderheid van de zorgverleners gaf aan hier positief over te zijn. Voor alle drie de dimensies van goed werk geeft een kleine meerderheid aan dat deze voorwaarde aanwezig of zelfs volledig aanwezig is. Minder dan 20 procent stelt juist te weinig tijd te ervaren om aan patiënten te besteden. Onder tandartsen zegt relatief het grootste deel van de respondenten dat deze voorwaarde aanwezig of volledig aanwezig is. Huisartsen geven juist relatief het minst vaak aan over voldoende tijd te beschikken



Figuur 2.2 Percentage respondenten dat aangeeft dat de voorwaarde *voldoende tijd ervaren om aan patiënten te kunnen besteden* aanwezig is in de eigen werkpraktijk.

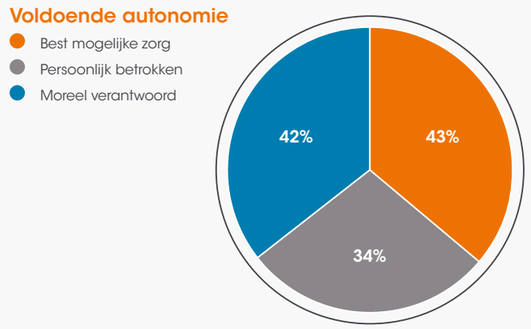
2.2.2 Voldoende professionele autonomie ervaren

'Voldoende professionele autonomie ervaren' wordt, na het ervaren van voldoende tijd, het vaakst genoemd als belangrijke voorwaarde voor goed werk. Autonomie is de algemene term voor de legitieme zeggenschap die een beroepsgroep heeft over de organisatie van, en voorwaarden voor, het eigen werk.[5] Zonder voldoende zeggenschap is het lastig om vakmanschap waar te maken - immers: wie het weet mag het zeggen - en persoonlijke betrokkenheid en morele verantwoordelijkheid tot bloei te laten komen.

Het algemene begrip professionele autonomie kan nader uitgesplitst worden. Zo onderscheiden bijvoorbeeld Marjoribanks en Lewis (2003)[6] - voortbouwend op werk van Harrison[7] - drie niveaus waarop men kan spreken van professionele vrijheden van artsen. Het gaat ten eerste om vrijheden op microniveau: dat betreft ten eerste klinische vrijheden om keuzes te maken inzake de medische behandelingen van patiënten en ten tweede sociale en economische vrijheden die organisatiewijzen en opbrengsten betreffen. Denk bijvoorbeeld aan de politieke discussie over de vraag of medisch specialisten wel of niet in loondienst moeten. Ten tweede gaat het om vrijheden op mesoniveau: dit is de ruimte die de medische beroepsgroep van de staat krijgt voor zelfregulering. Ten derde gaat het om vrijheden op macroniveau: dit heeft onder andere betrekking op de maatschappelijke legitimiteit van biomedische oplossingen voor problemen.

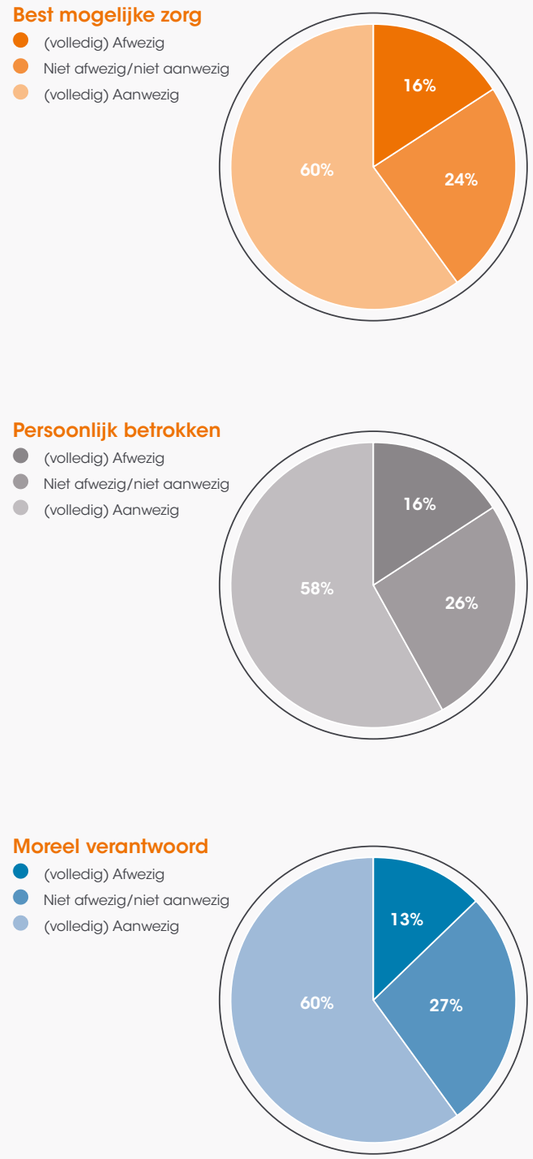
Professionele autonomie heeft niet alleen betrekking op vrijheid, maar ook op verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. Het grote belang van persoonlijke verantwoordelijkheid bij professioneel functioneren is bijvoorbeeld terug te vinden in de KNMG-gedragsregels voor artsen.[8] De strekking daarvan is dat artsen persoonlijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg die ze leveren. Zo luidt bijvoorbeeld artikel I.4: 'De arts is - ongeacht of hij als vrije beroepsbeoefenaar, in dienstverband of enig ander organisatorisch kader werkzaam is - te allen tijde vrij in en persoonlijk verantwoordelijk voor de hulpverlening'. Dezelfde strekking is te vinden in de artikelen I.1 tot en met I.3 die benadrukken dat het handelen van de arts moet voldoen aan kwaliteitsmaatstaven, in het bijzonder I.2: '*Aan ieder die zich tot hem wendt in zijn hoedanigheid als arts verleent hij de noodzakelijke behandeling, begeleiding, adviezen en beoordelingen overeenkomstig de eisen, die hem op grond van zijn beroep en deskundigheid mogen worden gesteld*'.

Tegen deze achtergrond is het dus niet vreemd dat autonomie door zorgverleners gezien wordt als een hele belangrijke voorwaarde voor goed werk. Voldoende professionele autonomie wordt het vaakst genoemd als belangrijke voorwaarde voor het leveren van de best mogelijke kwaliteit zorg (43 procent). Ook als het aankomt op moreel verantwoord handelen zegt meer dan 4 op de 10 respondenten dat dit een heel belangrijke voorwaarde is. Om persoonlijk betrokken te zijn bij het werk is het ervaren van voldoende professionele autonomie voor 34 procent van de respondenten een van de twee belangrijkste voorwaarden.



Figuur 2.3 Percentage dat *voldoende autonomie ervaart om aan patiënten te kunnen besteden* noemt als een van de belangrijkste voorwaarden voor goed werk (n=2167)

Ook voor het ervaren van voldoende autonomie geldt dat de respondenten een redelijk positief beeld schetsen. Voor alle dimensies van goed werk geeft ongeveer 60 procent aan dat de voorwaarde autonomie aanwezig of volledig aanwezig is. Tussen de uitgesplitste beroepsgroepen zijn geen duidelijke verschillen te ontdekken.



Figuur 2.4 Percentage respondenten dat aangeeft dat de voorwaarde *voldoende autonomie ervaren om aan patiënten te kunnen besteden* aanwezig is in de eigen werkpraktijk.

5 'Professional autonomy has been defined as the legitimated control that an occupation exercises over the organization and terms of its work' (Elston, M.A. (1991). The politics of professional power. In J. Gabe, M. Calnan, & M. Bury (Eds.), *The sociology of the health service* (pp. 58-88). London: Routledge)
6 Marjoribanks T, Lewis JM. Reform and autonomy: perceptions of the Australian general practice community. Soc Sci Med. 2003 May;56(10):2229-39. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00239-3. PMID: 12697211.
7 Schulz, R. and S. Harrison (1986) 'Physician Autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States', *International Journal of Health Planning and Management* 2: 335-55. Harrison, S. and W. Ahmad (2000) 'Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025', Sociology 34(1): 129-46.
8 KNMG, II.01 Gedragsregels voor artsen richtlijn - versie 3.1. Laatst gewijzigd: 2013. file:///C:/Users/Thijs/AppData/Local/Temp/KNMG-Gedragsregels-voor-artsen.pdf

2.2.3 Voorbeelden van uitmuntend vakmanschap

In de focusgroepen is aan de deelnemende zorgverleners gevraagd een voorbeeld te noemen van uitmuntend vakmanschap in de zorg. In alle focusgroepen kwam naar voren dat om tot uitmuntend vakmanschap te komen een breed palet aan competenties vereist is. Veel voorbeelden draaiden om het beschikken over een brede en maatschappelijke blik. Daarnaast hecht men aan het vermogen tot zelfreflectie. Je moet goed weten wat je wel en niet kunt, en waar nodig de afstemming zoeken met collega's om zo optimaal mogelijke zorg te kunnen leveren. Ook creativiteit en ondernemerschap helpen om zorg op een hoger niveau te brengen.

2.3 Reflecties op de actualiteit van voldoende tijd en professionele autonomie

Zorgverleners zijn in de enquête gedwongen te kiezen voor de twee belangrijkste voorwaarden bij de drie verschillende dimensies van goed werk. Het is duidelijk dat als ze moeten kiezen, voldoende tijd voor de patiënt en professionele autonomie worden aangemerkt als belangrijkste voorwaarden. Hieronder betogen we dat deze twee voorwaarden niet los van elkaar staan.

De samenhang tussen voldoende tijd en voldoende autonomie komt duidelijk naar voren in een recente tuchtzaak. Het betreft de berisping van een specialist ouderengeneeskunde die verantwoordelijk was voor vierhonderd patiënten verdeeld over vier locaties.

Een onhoudbare toestand was ontstaan, doordat twee specialisten ouderengeneeskunde de organisatie hadden verlaten, omdat zij de toestand daar onhoudbaar achtten. De overgebleven arts had daardoor onvoldoende tijd om haar werk verantwoord te doen voor 400 patiënten op die verschillende locaties. De familie van een patiënt diende over haar een klacht in wegens nalatig handelen.

Het regionale tuchtcollege heeft haar vervolgens een berisping gegeven omdat het de arts verwijt dat ze 'de regie en controle over de behandeling van de patiënte heeft gemist en dat veelal sprake lijkt te zijn van ad-hocbeslissingen in plaats van een doordacht beleid'. Vervolgens oordeelde het Centraal Tuchtcollege dat het Regionaal college de arts ten onrechte verweet dat ze in de puinhoop was blijven werken, want ze had echt haar best gedaan om de organisatie te verbeteren. En toch handhaafden ze de berisping, want zij oordeelden dat 'de specialist ouderengeneeskunde wat patiënte betreft onvoldoende invulling heeft gegeven aan haar rol als regiebehandelaar'.

Filosoof en arts Bert Keizer vindt de berisping onterecht: '*U moet mij geloven als ik zeg dat de arts in deze zaak, in mijn ogen althans, niet nalatig is geweest, zeker niet als je de omstandigheden waaronder zij moest werken in ogenschouw neemt'*. Hij vindt anderen verantwoordelijk voor de hopeloze situatie waarin de arts werkte. Als de arts ook was weggegaan, hadden de patiënten in het geheel geen arts meer gehad. Keizer vindt dat de verantwoordelijkheid bij anderen ligt: '*Er bestaat geen tuchtrecht voor managers in non-profitorganisaties. In organisaties met winstoogmerk is dat niet nodig: een puinhoop gaat daar vanzelf failliet. Maar in non-profit bestaat er geen sanctie op beroerd management. De medeverantwoordelijken voor deze ellende stonden niet terecht in een aanpalende zaal voor hún tuchtrechter, want die is er niet'*.[9]

Huisarts Danka Stuijver is het volledig met Keizer eens: '*Hoe kan het dat als een zorgverlener haar stinkende best doet in een onderbemande situatie voor patiënten te zorgen, maar de zorg kwantitatief of kwalitatief ondermaats is, dit háár wordt aangerekend? En niet het management, waartegen zij haar zorgen heeft geuit? Of de collega-specialisten die twee maanden daarvoor de toko verlieten? Had zij de vierhonderd ouderen dan maar helemaal moeten laten stikken?* '

'Door dergelijke uitspraken van het tuchtcollege voel ik mij als zorgverlener 'vogelvrij' verklaard. Beter gezegd: overgeleverd aan de elementen. Elementen die ik niet kan beïnvloeden, maar die wel de kwaliteit van mijn werk beïnvloeden. Het maakt dat ik nog minder trek krijg in een dienst op een onderbezette huisartsenpost waar menig zorgverlener door de werkdruk aan zichzelf, maar ook aan zieke patiënten voorbij galoppeert. Onvergeeflijk als je werkt in een branche waar fouten maken niet menselijk is'.

'De realiteit is dat we ons midden in een daverend zorginfarct bevinden. Waarbij, schat ik, driekwart van de zorgverleners onder een dusdanig hoge druk werkt, dat verantwoorde zorg bieden nauwelijks haalbaar is of kan worden verwacht. Zowel het tuchtcollege als de Nederlandse zorggebruiker lijkt daarvan nog onvoldoende doordrongen.'[10]

9 29 oktober 2021 https://www.trouw.nl/zorg/een-berisping-voor-een-ouderenarts-in-een-zwaar-onderbezet-verpleeghuis-waar-blijft-het-tuchtrecht-voor-falende-managers
10 27 oktober 2021 https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/arts-die-zorg-verleende-aan-vierhonderd-ouderen-verdiende-geen-berisping-maar-een-medaille

Dit voorbeeld laat zien dat voldoende tijd voor een patiënt van fundamenteel belang is om de eigen professionele autonomie waar te maken, om verantwoordelijk en aansprakelijk te kunnen zijn. Als daarvoor de voorwaarden niet worden geschapen, komt de zorgverlener voor het dilemma te staan dat hij of zij (1) moet proberen de voorwaarden verbeterd te krijgen (2) zolang dat niet lukt, moet proberen te redden wat er te redden valt of (3) weigeren onder dergelijke voorwaarden te werken en staken of weggaan. Dit thema van *loyalty*, *voice* of *exit* zal uitgebreider aan bod komen in hoofdstuk 5. Zoals Stuijver aangeeft, geeft de tuchtcasus het signaal dat de zorgverlener 'vogelvrij' is verklaard. Beter gezegd: overgeleverd aan de elementen. 'Elementen die ik niet kan beïnvloeden, maar die wel de kwaliteit van mijn werk beïnvloeden'.

Uitsluitend in maatschappelijke noodsituaties mogen artsen van de Inspectie en tuchtcolleges enigszins rekkelijker omgaan met de hoge eisen die aan hun zorgplicht gesteld worden. De coronacrisis is zo'n noodsituatie. Op 26 november 2021 heeft demissionair minister Hugo de Jonge (Volksgezondheid) de zogenoemde fase 2D in de zorg bekrachtigd (voor de tweede keer in de coronacrisis) vanwege het snel naderen van het moment dat ziekenhuizen acute patiënten moeten weigeren voor de Intensive Care omdat deze vol zijn. Fase 2D betekent concreet dat ziekenhuizen niet gehouden zijn om binnen de daarvoor voorgeschreven termijn chemotherapie, niertransplantaties en andere kritieke planbare zorg te bieden als voor die patiënten geen ruimte is omdat de Intensive Cares vol liggen met acute patiënten en het risico bestaat dat acute patiënten anders geweigerd zouden moeten worden.[11]

De tuchtcolleges hebben onmiddellijk met de afkondiging van 2D - op 26 november 2021 - laten weten aan de zorgverleners '[…] dat bij het oordelen over klachten de omstandigheden waarin zorg is verleend 'altijd meewegen', en dat dit dus 'te meer geldt' in de huidige 2D-situatie waarbij 'evident is dat er op dit moment sprake is van uitzonderlijke omstandigheden in de zorg'.[12]

In de noodsituatie 2D stellen de tuchtcolleges de zorgverleners enigszins gerust. Maar buiten die noodsituatie was er de afgelopen jaren al lang ongerustheid over de mate waarin de tuchtcolleges de omstandigheden waarin zorg is verleend inderdaad 'altijd meewegen' zoals ze beweren. Zie de casus van de specialist ouderengeneeskunde en de reacties daarop van Bert Keizer en Danka Stuijver.

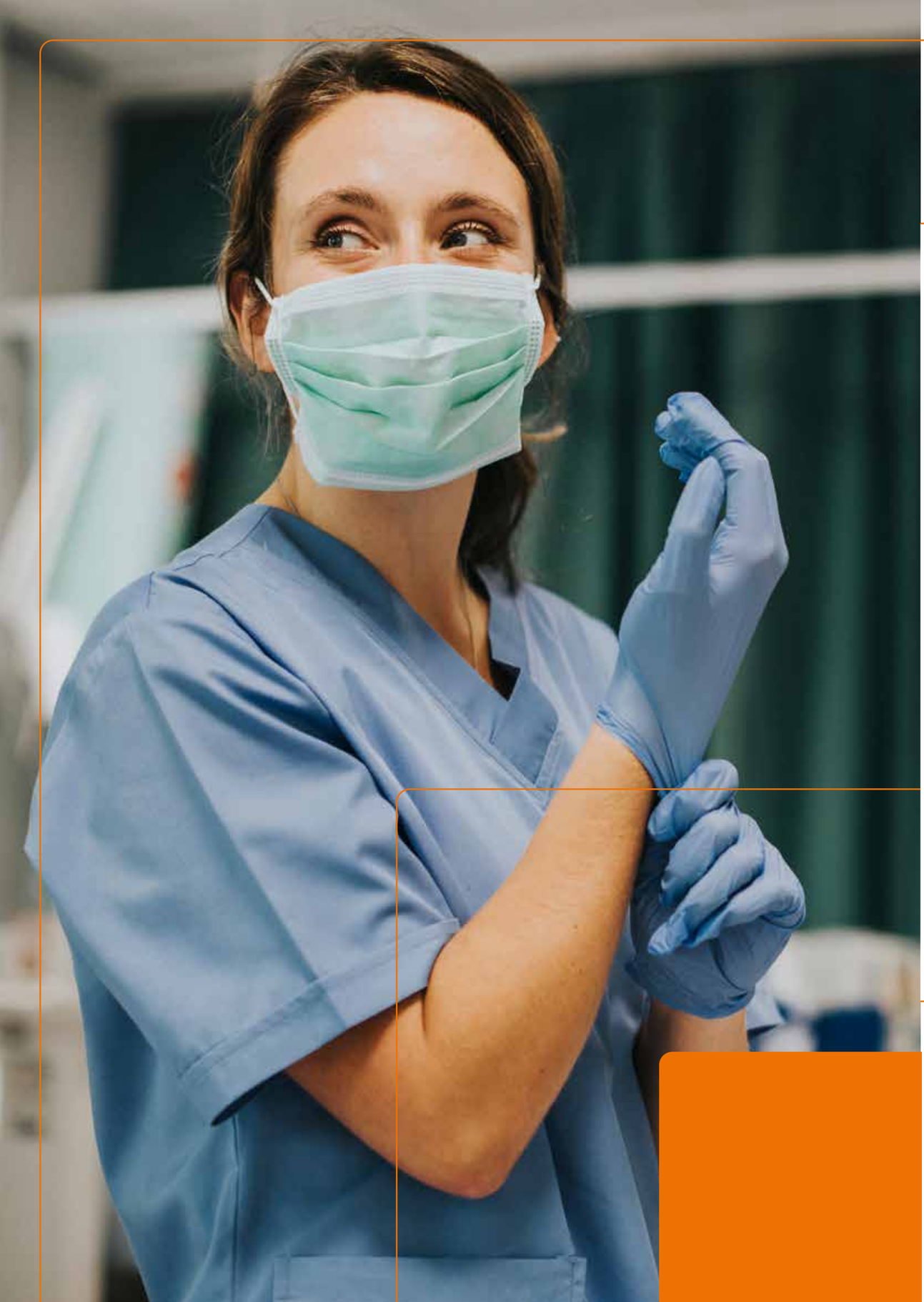
Tegen die achtergrond moet worden begrepen dat voldoende tijd en voldoende professionele autonomie in deze enquête prominent als de belangrijkste voorwaarden voor goed werk naar voren komen. Voor de professionele autonomie - het kunnen naleven van de idealen en regels die je beloofd hebt in ere te houden - moeten in de praktijk de fatsoenlijke randvoorwaarden worden geschapen. En de tuchtcasus laat zien dat er gevallen zijn waarin die in het geheel niet bestaan en waar zorgverleners toch aansprakelijk kunnen worden gesteld als ze proberen te redden wat er te redden valt, terwijl ze de randvoorwaarden niet kunnen beïnvloeden.

2.4 Deelconclusie 'Voorwaarden voor vakmanschap'

'Goed werk' van professionals bestaat uit verschillende dimensies. Om aan deze dimensies van Goed Werk te kunnen voldoen, is het belangrijk dat professionals over de juiste voorwaarden te beschikken. Uit de enquête blijkt dat zorgverleners in meerderheid zelf zeggen dat voldoende tijd voor patiënten en voldoende professionele autonomie de belangrijkste voorwaarden zijn om tot Goed Werk te komen.

De enquêteresultaten laten zien dat een meerderheid van de respondenten aangeeft dat deze voorwaarden aanwezig zijn binnen de eigen werkpraktijk. Dat geeft een voorzichtig positief beeld van de mogelijkheden voor zorgverleners om goed werk te kunnen leveren. Dat dit beeld echter niet eenduidig is, blijkt uit verschillende actuele ontwikkelingen binnen de zorg. Zo laat de besproken tuchtzaak van de specialist ouderengeneeskunde zien dat als de voorwaarden voor Goed Werk ontbreken, zorgverleners direct in een lastig pakket terecht kunnen komen. Ook de coronacrisis laat zien hoe broos het evenwicht kan zijn tussen het wel of niet aanwezig zijn van de belangrijkste voorwaarden voor Goed Werk. De combinatie van de grote instroom van patiënten en het beperkte aantal zorgverleners zorgt ervoor dat tijd en autonomie al snel onder druk kunnen komen te staan.

11 https://www.nu.nl/coronavirus/6169878/de-jonge-bekrachtigt-fase-2d-kritieke-zorg-uitgesteld-hulp-vanuit-defensie.html
12 https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/tuchtcolleges-bij-oordeel-extra-oog-voor-huidige-situatie-.htm



3. Vertrouwen en waardering

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op vertrouwen binnen de zorg. We beginnen met een korte theoretische beschouwing over waarom vertrouwensrelaties binnen en buiten de zorg belangrijk zijn. We laten daarin ook zien waarom ondanks dat de voordelen van vertrouwen evident zijn, wantrouwen toch in veel relaties leidend is. Daarna gaan we dieper in op het vertrouwen tussen zorgverleners en patiënten. Eerst bespreken we hoe de positie van de patiënt ten opzichte van de zorgverlener is veranderd in de afgelopen decennia. Daarna bespreken we de resultaten van de enquête en de focusgroepen over het vertrouwen tussen zorgverlener en patiënt. In het tweede deel van het hoofdstuk bespreken we het vertrouwen tussen zorgverlener en instituties. In hoeverre ervaren zorgverleners vertrouwen van bijvoorbeeld de overheid en de politiek? We sluiten het hoofdstuk af met een korte deelconclusie.

3.1 Vertrouwen als smeermiddel in relaties

Een samenleving waar mensen en organisaties vanuit vertrouwen met elkaar omgaan heeft vele voordelen: er kan beter met grote onzekerheid en complexiteit worden omgegaan; het helpt bij het nemen van risico's die onvermijdelijk verbonden zijn met veranderingen; het ondersteunt leren, innovatie, samenwerking en is efficiënter.[13,14] Vertrouwen werkt als smeerolie in de sociale relaties van een samenleving. Zonder onderling vertrouwen komen samenleving, organisaties en de democratie onder druk te staan.

Ondanks dat de voordelen van besturen vanuit vertrouwen evident zijn, wordt er vaak vanuit wantrouwen bestuurd. Dit roept de vraag op: als vertrouwen zo goed en heilzaam is voor samenleving en organisaties, waarom wordt er dan niet meer bestuurd en gewerkt vanuit vertrouwen? De hoofdreden is dat besturen vanuit wantrouwen makkelijker is dan vanuit vertrouwen. Ten eerste is het bouwen aan en behouden van vertrouwen hard werken. De vertrouwer stelt zich kwetsbaar op: vertrouwen behelst altijd onzekerheid over de uitkomst en kan beschadigd worden. Ten tweede zit een aantal dominante diepliggende overtuigingen besturen vanuit vertrouwen in de weg. Een voorbeeld hiervan is de mentaliteit waarin geen fouten worden getolereerd, gedreven door het maakbaarheidsideaal dat voortkomt uit de Verlichting. Het leidt tot een obsessie met perfectionisme en een zoektocht naar 100% zekerheid en schuldigen als dingen fout gaan. Ten derde versterken typische kenmerken van publieke dienstverlening de dynamiek van de eerste twee factoren, wat leidt tot meer en meer regels en prestatieafspraken. [15]

Het wantrouwen in zorgverleners lijkt te zijn toegenomen. Zo heeft het streven om de toenemende zorgvraag in toom te houden er de afgelopen jaren toe geleid dat met name de overheid en zorgverzekeraars het handelen van zorgverleners gingen trachten te beheersen. Althans, breed gedragen initiatieven zoals Het Roer Moet Om en (Ont)Regel de Zorg hebben laten zien dat veel zorgverleners het in ieder geval op deze wijze hebben ervaren. En zo lijkt de patiënt veel meer de rol van consument op zich genomen te hebben: hij heeft veel informatie tot zijn of haar beschikking, en daarom is het in theorie aannemelijk dat deze inmiddels vaak een meer sceptische

13 Fukuyama, F. (1996). *Trust: Human nature and the reconstitution of social order*. Simon and Schuster.
14 Nooteboom, B. (2017). *Vertrouwen: opening naar een veranderende wereld.* Klement, Uitgeverij.
15 Six ,F. (2018). *Drie factoren voor de dominantie van Besturen vanuit wantrouwen.* Geraadpleegd van: https://frederiquesix.nl/drie-factoren-voor-dominantie-besturen-vanuit-wantrouwen/

houding aanneemt ten opzichte van de zorgverleners. Merken zorgverleners inderdaad dat het wantrouwen ten opzichte van hen is toegenomen? Die vraag beantwoorden we in dit hoofdstuk aan de hand van de uitkomsten van onze enquête.

3.2 Vertrouwen in zorgverleners van patiënten en collega's

In deze paragraaf bespreken we de vertrouwensrelaties van zorgverleners met patiënten, hun families en met (directe) collega's. Eerst bieden we een theoretische beschouwing van hoe de positie van de patiënt ten opzichte van zorgverleners is veranderd. Daarna bespreken we de resultaten van onze eigen verkenning en vergelijken we deze met de bestaande literatuur.

3.2.1 Patiëntvertrouwen

Veranderende verhoudingen

Door de jaren heen zijn patiënten in de beeldvorming veranderd van afhankelijke hulpbehoevenden in kritische zorgconsumenten. Vanuit de traditionele verzorgingsstaat bestond een zorgstelsel waar de burger in principe geen omkijken naar had. Burgers en overheid vertrouwden erop dat de zorgverleners zich zo goed mogelijk ten dienste van de patiënt zouden inzetten.[16]

Verschillende maatschappelijke trends hebben de positie van de patiënt ten opzichte van de professional doen veranderen. Een belangrijke ontwikkeling in het verzuilde Nederland was individualisering. Verdergaande individualisering vermindert de afhankelijkheid tussen mensen en dus ook die tussen zorgverlener en patiënt.[17] Jarenlang is er beleid gevoerd om de positie van de patiënt binnen het zorgstelsel te versterken.[18] Burgers worden geacht zich te informeren en een weloverwogen keuze te maken voor de zorgverzekering die zij afsluiten en de zorgaanbieder door wie zij behandeld willen worden. Patiënten beschouwen de zorg steeds vaker als product waarvoor zij betaald hebben en om deze reden eisen aan mogen stellen.[19,20]

Ook de informatieachterstand van patiënten is verkleind. Waar de patiënt vroeger bijna niet anders kon dan vertrouwen op de diagnose van een arts, heeft hij of zij nu beschikking over een scala aan (online) informatiebronnen. Het internet is de grootste medische bibliotheek en is voor iedereen met een internetaansluiting vrij beschikbaar.[21] Van de Nederlanders van 12 jaar of ouder zocht in 2018 twee derde online naar informatie over gezondheid en leefstijl, zo bleek uit cijfers van het CBS.[22] Dit percentage was het hoogst van alle EU-landen. Voor patiënten kan online gevonden informatie de doorslag geven om wel of juist geen zorg te willen ontvangen.[23] De online verkregen informatie kan mensen geruststellen, maar ook (al dan niet terecht) angstiger maken. Als de diagnose van de zorgverlener niet overeenkomt met het beeld van de patiënt kan dit leiden tot conflicten of minder vertrouwen in zorgverleners.[24,25]

Ondanks al deze maatschappelijke ontwikkelingen zijn de veranderingen in de houdingen van patiënten te relativeren. Paradoxaal genoeg blijken veel patiënten zich in de praktijk helemaal niet op te stellen als kritische zorgconsumenten.[26] Een grote groep Nederlanders blijkt niet in staat om deze rol te vervullen, omdat zij hier niet de kennis, vaardigheden en/of het benodigde netwerk voor bezitten.[27] Met name mensen met een lage opleiding en weinig financiële middelen slagen er slecht in de rol van kritische zorgconsument te spelen. Juist deze mensen met een lage sociaaleconomische status hebben vaker gezondheidsklachten en zouden dus goed geïnformeerd moeten zijn.[28] Daarbij komt dat mensen op het moment dat zij ziek worden kwetsbaarder zijn en daardoor minder goed in staat zijn om vanuit de rol van consument afwegingen te maken.[29] Ook in de spreekkamer blijft het voor veel patiënten lastig om mondig te zijn. In de praktijk hebben patiënten vaak angst om lastig gevonden te worden of is er vanwege drukte geen tijd om de eigen zienswijze in te brengen.[30]

16 Mok, A. L. (1990). *In het zweet uws aanschijns…: Inleiding in de arbeidssociologie*. Leiden: Stenford Kruse.
17 Putters, K., Breejen, J. den, & Frissen, P.H.A. (2009). *De winst van zorgvernieuwing*. Assen: Van Gorcum.
18 Bovenkamp, H. van de, & Bont, A. de. (2016). *De puzzel die participatie heet*. Rotterdam: Erasmus University.
19 Jagt, E. J. van der (2003). Eisend gedrag en agressie van zorgvragers. In: *Rapport signalering ethiek en gezondheid* 2003. Den Haag/ Zoetermeer: Gezondheidraad/ RVZ.
20 Hendrikx, P. M. A. (2012) *A valued General Practitioner: priced, not praised; Exploring the effects of economization on the professional identity of Dutch GPs*. Tilburg: Tilburg University.
21 Akerkar, S., & Bichile, L. (2004). Health information on the internet: patient empowerment or patient deceit?. Indian Journal of Medical Sciences, 58(8), 321.
22 CBS (2019). *Vaker online op zoek naar informatie over gezondheid*. Geraadpleegd van: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/04/vaker-online-op-zoek-naar-informatie-over-gezondheid
23 Zie voor meer informatie over 'cyberchondria': Starcevic, V., Berle, D., & Arnáez, S. (2020). Recent Insights Into Cyberchondria. *Current psychiatry reports*, 22(11), 56. https://doi.org/10.1007/s11920-020-01179-8
24 McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders* 2014 March 28(2):259-65. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.12.007. Epub 2014 Jan 7. PMID: 24508033.
25 Sommerhalder K, Abraham A, Zufferey MC, Barth J, Abel T. Internet information and medical consultations: experiences from patients' and physicians' perspectives. *Patient Education and Counseling* 2009 November 77(2):266-71. doi: 10.1016/j.pec.2009.03.028. Epub 2009 May 2. PMID: 19411157.
26 Grit, K., Bovenkamp, H. van der, & Bal, R. (2008). *De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel. Een quick scan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*. Rotterdam: iBMG.
27 Bovenkamp, H. van de, & Bont, A. de (2016). *De puzzel die participatie heet*. Rotterdam: Erasmus University.
28 Denktas, S., & Burdorf, L. (2016). *Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen? Een essay over de oorzaken en de oplossingen.*
29 Bovenkamp, H. van de, & Bont, A. de (2016). *De puzzel die participatie heet.* Rotterdam: Erasmus University.
30 Henselmans, I., Bruinessen, I. R. van (2014). Mondigheid in de spreekkamer: waarom is het moeilijk en kun je het leren? *Psychosociale Oncologie*, 22(4), 44-45.

Het is niet alleen zo dat veel mensen niet in staat zijn om de rol van zorgconsument te vervullen, voor veel patiënten is hier ook geen reden toe. Ondanks dat zij keuzevrijheid waarderen, kiest het gros van de patiënten voor de meest voor de hand liggende zorgverlener.[31] Zij zijn doorgaans tevreden met de arts die hen behandelt en zijn daarom loyaal. Patiënten zoeken weliswaar steeds meer informatie op het internet, mensen gebruiken deze voornamelijk om snel omschrijvingen, behandelingen en oorzaken van bepaalde ziekten op te zoeken.[32] Er zijn zelfs studies die laten zien dat dit kan leiden tot betere communicatie tussen zorgverlener en patiënt. [33,34,35]

Vertrouwen en waardering blijven hoog

Patiënten en familie

De bovenstaande ontwikkelingen laten zien dat de kaders waarbinnen patiënten en zorgverleners zich tot elkaar verhouden veranderd zijn. De vraag is in hoeverre dit gevolgen heeft gehad voor de mate waarin zorgverleners vertrouwen en waardering ervaren van patiënten. Uit de enquête die is uitgezet in het kader van deze verkenning, blijkt dat zorgverleners nog altijd veel vertrouwen ervaren van patiënten en hun familie. Maar liefst 93 procent van de respondenten geeft aan veel of zeer veel vertrouwen te ervaren van patiënten als het op het eigen vakmanschap aankomt. Voor gezinsleden en andere familieleden ligt dit percentage op 87 procent. Als de resultaten worden uitgesplitst naar zorgberoep dan zijn er geen noemenswaardige verschillen. Onder zowel medisch specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten als tandartsen is het ervaren vertrouwen zeer groot. Slechts een enkele respondent geeft aan weinig vertrouwen te ervaren.

De resultaten uit deze enquête onder zorgverleners zijn in lijn met eerdere uitkomsten onder patiënten. In de vertrouwensbarometer van NIVEL[36] geeft een overgrote meerderheid van de patiënten al jarenlang aan veel of heel veel vertrouwen in zorgverleners te hebben. In 2020 stelde 91 procent veel of heel veel vertrouwen in medisch specialisten te hebben. Ook huisartsen (89 procent), fysiotherapeuten (86 procent) en tandartsen (85 procent) worden sterk vertrouwd door patiënten.

Het hoge patiëntvertrouwen wordt ook herkend door de deelnemers van de focusgroepen. In de groep met huisartsen werd genoemd dat het patiëntvertrouwen al jarenlang op een stabiel hoog niveau ligt. De toegenomen mondigheid wordt gesignaleerd maar voornamelijk als iets positiefs beschouwd. In de focusgroep met apothekers geven de deelnemers aan dat patiënten de toegevoegde waarde van de apotheker in Nederland duidelijk ervaren en mensen daarom niet graag overstappen.

De focusgroep met GGZ-professionals is de enige focusgroep waar de angst voor klachten van patiënten en cliënten nadrukkelijk naar voren kwam. Zorgverleners die dat meemaken, werken vervolgens vaak met minder vertrouwen richting patiënten, zo werd gesteld. De angst voor klachten onder GGZ-professionals werd herkend in de focusgroep met medisch specialisten. Hoe dichter de zorg richting de GGZ gaat, hoe meer er claims op de loer liggen. Een mogelijke verklaring daarvoor uit deze focusgroep is dat het managen van de verwachtingen in de GGZ relatief moeilijk is. In de focusgroep werd daarom het belang genoemd van het actief vertrouwen winnen van patiënten. '*Het is belangrijk om vertrouwen te wekken richting patiënten. Dat vertrouwen vloeit voort uit menselijk contact en goede diagnostiek*'.

31 Victoor, A. (2015). *How do patients choose a healthcare provider?* Tilburg: Tilburg Universiteit.
32 Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M., & de Jong, J. (2012). Gebruik van internet voor gezondheidsinformatie. *Huisarts en wetenschap*, 55(8), 359-359.
33 Stevenson FA, Kerr C, Murray E, Nazareth I. Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective--a qualitative study. *BMC Family Practice* 2007 August 16;8:47. doi: 10.1186/1471-2296-8-47. PMID: 17705836; PMCID: PMC2041946.
34 Wald HS, Dube CE, Anthony DC. Untangling the Web--The impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 2007 November 68(3):218-24. doi: 10.1016/j.pec.2007.05.016. PMID: 17920226.
35 Cocco AM, Zordan R, Taylor DM, Weiland TJ, Dilley SJ, Kant J, Dombagolla M, Hendarto A, Lai F, Hutton J. Dr. Google in the ED: searching for online health information by adult emergency department patients. *Medical Journal of Australia* 2018 October 15, 209(8):342-347. doi: 10.5694/mja17.00889. Epub 2018 Aug 20. PMID: 30107763.
36 Meijer, M.A., Brabers, A.E.M. en Jong, J.D. de. (2021). Barometer vertrouwen in de gezondheidszorg. Geraadpleegd van: https://www.nivel.nl/nl/consumentenpanel-gezondheidszorg/resultaten. 3-12-2021.

Ervaren vertrouwen in vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Patiënten (n=2128)	1%	6%	93%
Gezins-/familieleden (n=2091)	2%	12%	87%
Medisch specialisten			
Patiënten (n=603)	1%	5%	94%
Gezins-/familieleden (n=602)	2%	11%	87%
Huisartsen			
Patiënten (n=506)	1%	6%	94%
Gezins-/familieleden (n=501)	1%	17%	82%
Fysiotherapeuten			
Patiënten (n=321)	0%	2%	98%
Gezins-/familieleden (n=310)	0%	5%	95%
Tandartsen			
Patiënten (n=246)	0%	6%	94%
Gezins-/familieleden (n=239)	1%	6%	93%

Tabel 3.1 Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren vertrouwen in uw vakmanschap als zorgverlener?*

* Leeswijzer tabellen: Waar relevant zijn de resultaten in de tabellen uitgesplitst naar beroepsgroep. We behandelen daar de vier beroepsgroepen met de hoogste respons (medisch specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten en tandartsen). De categorie 'totaal' bevat alle respondenten die actief zijn als zorgverlener en de betreffende vraag hebben ingevuld. Hieronder vallen dus ook de zorgverleners uit de zorgberoepen die apart worden benoemd.

We vroegen de respondenten niet alleen naar het vertrouwen, maar ook naar de waardering die ze ervaren van patiënten en hun familie. Het is immers goed denkbaar dat patiënten zorgverleners wel vertrouwen maar waardering voor het werk anders uitvalt. Klassieke professies staan immers niet meer op het voetstuk waar zij enkele decennia geleden op stonden.[37] De enquêteresultaten laten zien dat zorgverleners veel waardering krijgen van patiënten en hun familie. Liefst 92 procent ervaart veel of zeer veel waardering van patiënten, voor familieleden ligt dit percentage op 86 procent. De hoge mate van waardering geldt voor alle uitgesplitste beroepsgroepen. Deze hoge waardering komt overeen met cijfers van het CBS.[38] Mensen beoordelen hun contact met een zorgverlener gemiddeld met een 8. Fysiotherapeuten en tandartsen krijgen daarbij vaak een iets hogere waardering dan huisartsen.

Ervaren waardering voor vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Patiënten (n=2132)	1%	7%	92%
Gezins-/familieleden (n=2081)	2%	12%	86%
Medisch specialisten			
Patiënten (n=603)	2%	7%	91%
Gezins-/familieleden (n=596)	4%	11%	86%
Huisartsen			
Patiënten (n=505)	1%	9%	91%
Gezins-/familieleden (n=502)	2%	18%	80%
Fysiotherapeuten			
Patiënten (n=322)	0%	2%	98%
Gezins-/familieleden (n=308)	0%	4%	96%
Tandartsen			
Patiënten (n=246)	2%	8%	90%
Gezins-/familieleden (n=238)	3%	10%	88%

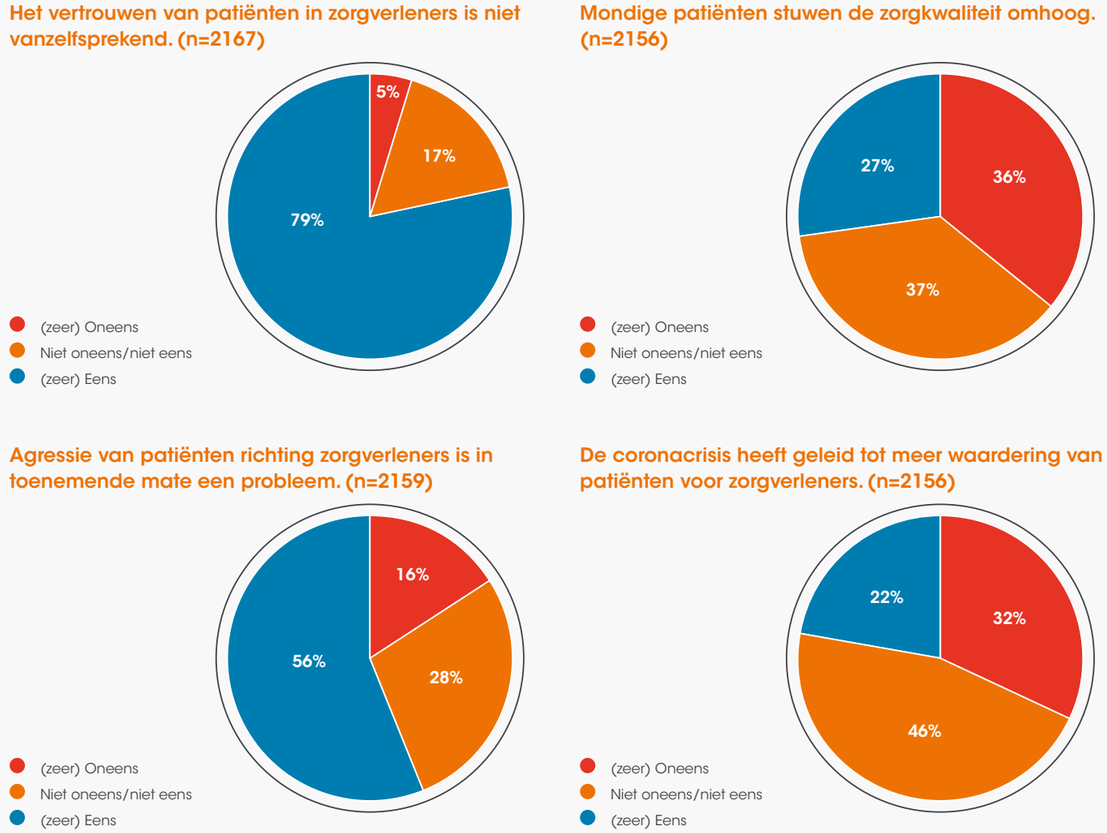
Tabel 3.2 Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren waardering voor uw vakmanschap als zorgverlener?*

37 Brink, G.J.M. van den, Jansen, T., & Kneyber, R. (2012). *Gezagsdragers. De publieke zaak op zoek naar haar verdedigers. Amsterdam: Boom.*
38 CBS (2019). *Waardering voor zorgverleners.* Geraadpleegd van: https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2019/waardering-voor-zorgverleners/3-conclusie

Ondanks de positieve cijfers stellen zorgverleners dat er geen sprake is van een soort automatisch vertrouwen. Bijna 80 procent geeft aan het eens of zeer eens te zijn met de stelling *Het vertrouwen van patiënten in zorgverleners is niet vanzelfsprekend.* Deze constatering past in een breder beeld dat professionals het vertrouwen van de mensen met wie zij werken in toenemende mate op individueel niveau moeten verdienen.[39] Uitsplitsing naar beroepsgroep leidde niet tot noemenswaardige verschillen.
Een conclusie die aansluit bij de constatering dat vertrouwen geen vanzelfsprekendheid is, is dat meer dan de helft van de respondenten stelt dat *agressie van patiënten richting zorgverleners in toenemende mate een probleem is*. Dat betekent niet dat zorgverleners hier zelf per definitie meer mee te maken hebben, maar duidt wel op de bredere ontwikkeling dat vertrouwen geen vanzelfsprekendheid is.

Agressie is het negatieve uiteinde van het spectrum waarin patiënten steeds mondiger worden. Zoals eerder in dit hoofdstuk besproken, kan een goed geïnformeerde patiënt er ook voor zorgen dat de communicatie met de zorgverlener juist beter wordt. De stelling *Mondige patiënten stuwen de zorgkwaliteit omhoog* geeft een wisselend beeld. Er zijn iets meer zorgverleners het oneens met de stelling dan eens. Een mogelijke verklaring daarvoor kan zijn dat de term 'mondig' een wat negatieve connotatie kan hebben. Fysiotherapeuten zijn het vaakst van mening dat mondige patiënten de zorgkwaliteit omhoogstuwen. Bij de stelling *De coronacrisis heeft geleid tot meer waardering van patiënten voor zorgverleners* bestaat eveneens een wisselend beeld. Nog geen kwart van de respondenten is het eens of helemaal eens met deze stelling.

39 Brink, G.J.M. van den, Jansen, T., & Kneyber, R. (2012). *Gezagsdragers. De publieke zaak op zoek naar haar verdedigers. Amsterdam: Boom.*



Figuur 3.1. Antwoordverdeling op stellingen

Collega's
Zorgverleners ervaren niet alleen veel vertrouwen van patiënten. Ook van collega's ervaren zij veel vertrouwen. De hoogste mate van vertrouwen wordt ervaren vanuit zorgverleners binnen de eigen beroepsgroep. Maar liefst 89 procent geeft aan (zeer) veel vertrouwen te ervaren. Ook van zorgverleners buiten de eigen beroepsgroep ervaart ongeveer twee derde deel veel of zeer veel vertrouwen. Hetzelfde geldt voor het management van de eigen organisatie: 70 procent ervaart (zeer) veel vertrouwen.

Wanneer de resultaten worden uitgesplitst naar beroepsgroep, valt op dat het ervaren vertrouwen van zorgverleners binnen de eigen beroepsgroep overal groot is. Bij het vertrouwen vanuit zorgverleners uit andere beroepsgroepen valt op dat medisch specialisten hier relatief het vaakst stellen vertrouwen te ervaren. Als het aankomt op ervaren vertrouwen vanuit het management, scoren medisch specialisten juist relatief het laagst. Fysiotherapeuten ervaren het meest frequent vertrouwen vanuit het management, gevolgd door huisartsen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat huisartsen en fysiotherapeuten vaak in kleinschaliger organisatievormen werken, waardoor het management van de organisatie dichterbij staat.

Waardering voor vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=2135)	2%	10%	89%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=2055)	7%	27%	66%
Management eigen organisatie (n=1476)	12%	19%	70%
Medisch specialisten			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=619)	1%	7%	92%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=602)	5%	19%	76%
Management eigen organisatie (n=568)	17%	25%	59%
Huisartsen			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=503)	1%	8%	91%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=494)	5%	33%	62%
Management eigen organisatie (n=296)	8%	13%	80%
Fysiotherapeuten			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=318)	3%	13%	85%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=317)	9%	26%	66%
Management eigen organisatie (n=181)	6%	9%	85%
Tandartsen			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=240)	3%	14%	84%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=211)	10%	27%	63%
Management eigen organisatie (n=142)	4%	22%	75%

Tabel 3.3 Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren vertrouwen in uw vakmanschap als zorgverlener?*

Als de waardering van de verschillende actoren in de zorg wordt uitgevraagd, ontstaat een vergelijkbaar beeld als bij het vertrouwen. Meer dan vier op de vijf respondenten ervaart veel of zeer veel waardering van andere zorgverleners uit de eigen beroepsgroep. Voor zorgverleners buiten de eigen beroepsgroep en het management van de eigen organisatie is dit ongeveer 6 op de 10. Net als bij vertrouwen ervaren medisch specialisten relatief gezien de meeste waardering vanuit andere zorgberoepen. Voor tandartsen geldt dat zij het minst vaak stellen (zeer) veel waardering te ervaren. Iets minder dan de helft van de medisch specialisten zegt veel of zeer veel waardering vanuit het management te ervaren. Fysiotherapeuten daarentegen ervaren juist, indien van toepassing, het vaakst waardering vanuit het management van de eigen organisatie.

Waardering in vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=2108)	4%	14%	83%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=2032)	10%	29%	61%
Management eigen organisatie (n=1459)	16%	21%	63%
Medisch specialisten			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=618)	3%	11%	86%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=603)	8%	23%	69%
Management eigen organisatie (n=586)	22%	30%	49%
Huisartsen			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=500)	2%	14%	84%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=492)	9%	36%	55%
Management eigen organisatie (n=273)	8%	21%	71%
Fysiotherapeuten			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=314)	3%	15%	82%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=311)	11%	26%	64%
Management eigen organisatie (n=175)	7%	7%	86%
Tandartsen			
Zorgverleners eigen beroepsgroep (n=232)	5%	19%	76%
Zorgverleners buiten beroepsgroep (n=208)	14%	29%	57%
Management eigen organisatie (n=136)	10%	13%	78%

Tabel 3.4 Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren waardering voor uw vakmanschap als zorgverlener?*

3.3 Vertrouwen en waardering vanuit instituties

In het tweede deel van dit hoofdstuk komt aan de orde in hoeverre zorgverleners vertrouwen en waardering ervaren vanuit instituties. We onderscheiden daarbij de zorgverzekeraars, de politiek en de inspectie.

Zorgverzekeraars
Waar de vertrouwenscijfers voor patiënten en collega's positief zijn, zijn die voor zorgverzekeraars opvallend negatief. Zowel voor het ervaren vertrouwen als de ervaren waardering geldt dat deze door de respondenten als laag wordt ingeschat. Maar liefst 60 procent geeft aan weinig of zeer vertrouwen te ervaren. De score op het gebied van waardering is nog lager: 67 procent. Voor alle beroepsgroepen geldt dat het ervaren vertrouwen vanuit verzekeraars laag is. De verschillen zijn klein. In de subgroepen geven fysiotherapeuten het vaakst aan weinig vertrouwen te ervaren, tandartsen zijn relatief gezien het meest positief. Als gevraagd wordt naar waardering is hetzelfde beeld zichtbaar. Fysiotherapeuten geven het minst vaak aan zich gewaardeerd te voelen, maar de verschillen tussen de beroepsgroepen zijn klein.

Ook in de focusgroepen kwam het geringe vertrouwen dat zorgverleners ervaren nadrukkelijk naar voren. Onder huisartsen was het sentiment negatief, maar werden ook positievere ontwikkelingen gesignaleerd, met name in specifieke regio's. De Het Roer Moet Om-beweging heeft volgens de deelnemers wel effect gesorteerd, maar sommige bestaande structuren blijken hardnekkig te doorbreken. Door de coronacrisis werden verzekeraars ook gedwongen vrijheden te geven. '*Waar mogelijk hebben ze ons wel constructief gesteund*', zo stelde een deelnemer. Ook in de focusgroep met GGZ-professionals werd veel wantrouwen vanuit verzekeraars ervaren. Er leeft onder andere frustratie over de basisvoorwaarden. Daarnaast werken verzekeraars met ´ultrakorte´

vragenlijsten en zouden ze onvoldoende beeld hebben van wat er binnen de sector leeft. Het lukt niet om een goede band met verzekeraars op te bouwen of als beroepsgroep een vuist te maken, zo werd geconstateerd.

In de focusgroep met apothekers werd ook veel wantrouwen vanuit verzekeraars ervaren. Toch is dat verzekeraars niet volledig kwalijk te nemen, zo werd gesteld. *'Als je het thema vertrouwen bespreekt op congressen waar bobo's aanwezig zijn, dan wordt men het al snel eens dat dit aanwezig moet zijn. Maar in de praktijk wordt het niet doorgezet.'* Ook in de groep met medisch specialisten is het beeld gemengd. Het beeld van een wantrouwende zorgverzekeraar wordt wel herkend, maar toch geven de deelnemers aan ook positieve ervaringen te hebben. *'De verzekeraar is geen vijand maar een vriend met een kennisachterstand. Ze moeten kritisch zijn op gelijkwaardige voet.' 'De verzekeraar is onderdeel van het stelsel',* zo vult een andere deelnemer aan. *'Het wantrouwen dat soms vanuit verzekeraars komt, is een uitwas van hoe de verschillende partijen daarbinnen bewegen'.* In de groep met fysiotherapeuten lag de focus vooral op de eigen beroepsgroep. Men signaleerde er onvoldoende in te slagen om als beroepsgroep gemeenschappelijk een vuist te maken richting de zorgverzekeraars. Het is belangrijk om als beroepsgroep zelf data te genereren en dat niet over te laten aan de verzekeraars. Op die manier zit je gelijkwaardiger aan tafel.

Ervaren vertrouwen in vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Zorgverzekeraars (n=1822)	60%	27%	13%
Medisch specialisten			
Zorgverzekeraars (n=493)	59%	28%	13%
Huisartsen			
Zorgverzekeraars (n=455)	59%	30%	11%
Fysiotherapeuten			
Zorgverzekeraars (n=314)	68%	23%	9%
Tandartsen			
Zorgverzekeraars (n=216)	54%	27%	19%

Tabel 3.5 Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren vertrouwen in uw vakmanschap als zorgverlener?*

Ervaren waardering voor vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Zorgverzekeraars (n=1804)	67%	25%	8%
Medisch specialisten			
Zorgverzekeraars (n=497)	67%	24%	10%
Huisartsen			
Zorgverzekeraars (n=461)	66%	27%	8%
Fysiotherapeuten			
Zorgverzekeraars (n=311)	74%	21%	5%
Tandartsen			
Zorgverzekeraars (n=203)	62%	27%	11%

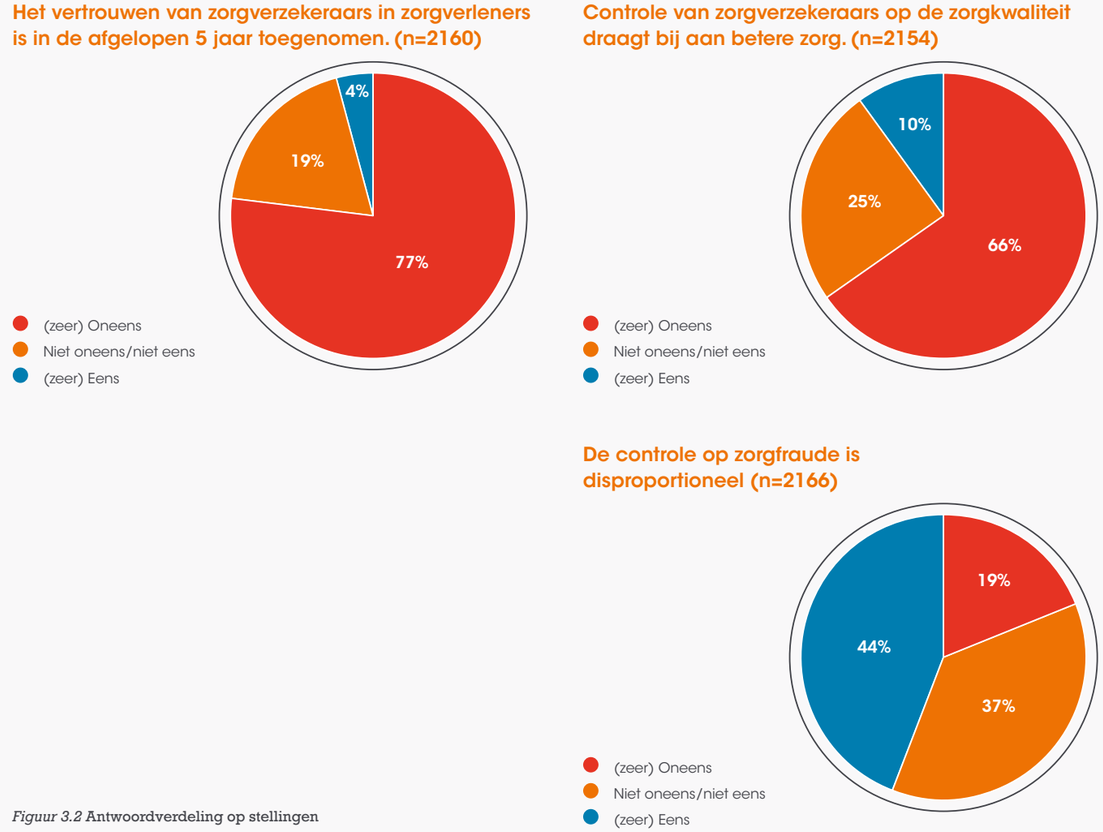
Tabel 3.6 Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren waardering voor uw vakmanschap als zorgverlener?*

Het geringe vertrouwen dat men ervaart, is teleurstellend, ook vanwege alle inspanningen die de afgelopen jaren zijn verricht om het vertrouwen tussen zorgverleners en verzekeraars te vergroten. Acties zoals Het Roer Moet Om en (Ont)Regel de Zorg moesten ervoor zorgen dat er meer wederzijds vertrouwen zou komen en daardoor minder bureaucratie nodig zou zijn. Ondanks de brede aandacht voor de verschillende campagnes, ervaren zorgverleners dus nog altijd weinig vertrouwen vanuit verzekeraars. Dit wordt nog eens geïllustreerd door de reacties op de stelling: *Het vertrouwen van zorgverzekeraars in zorgverleners is in de afgelopen 5 jaar toegenomen. 77* procent van de respondenten geeft aan het hiermee oneens of zeer oneens te zijn. In geen van de uitgesplitste beroepsgroepen (medisch specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten en tandartsen) vindt meer dan 5 procent van de respondenten dat het vertrouwen is toegenomen.

Daarnaast geven de respondenten aan dat controle op zorgkwaliteit door zorgverzekeraars in hun ogen niet bijdraagt aan betere zorg. Bijna twee derde van de respondenten is deze mening toegedaan. Op de stelling *De controle op zorgfraude is disproportioneel* zijn de reacties gemengd. Tandartsen en medisch specialisten zijn het met deze stelling relatief gezien het meest eens.

Zorgverzekeraars hebben ook bij burgers een vertrouwensprobleem. Slechts iets meer dan een kwart van de respondenten geeft in een peiling van NIVEL aan veel vertrouwen in zorgverzekeraars te hebben.[40] Daarbij moet wel gesteld worden dat het vertrouwen in de eigen zorgverzekeraar doorgaans substantieel hoger ligt.[41] Dat maakt het waarschijnlijk dat zorgverzekeraars bij het Nederlandse publiek kampen met een imagoprobleem.[42]

40 Hoefman, R.J., Brabers, A.E.M., en Jong, J.D. de. (2015). *Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL.
41 Maarse H, Jeurissen P. (2019). Low institutional trust in health insurers in Dutch health care. *Health Policy*. March 123(3):288-292. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.12.008. Epub 2019 Jan 3. PMID: 30635139.
42 SER (2020). Zorg voor de toekomst. Den Haag.



Figuur 3.2 Antwoordverdeling op stellingen

Politiek
Zorgverleners ervaren evenmin veel vertrouwen vanuit de politiek. Omdat 'de politiek' als actor verschillend kan worden geïnterpreteerd, is in de toelichting benadrukt dat het ministerie van VWS in de vraagstelling als politieke actor wordt beschouwd. Slechts 11 procent van de respondenten geeft aan veel of zeer veel vertrouwen vanuit deze hoek te ervaren. Als het op waardering aankomt, dan zakt het percentage zelfs naar 8 procent. Dit beeld is zichtbaar in alle onderscheiden beroepsgroepen.

Het moment waarop de enquête is uitgezet, namelijk in de zomer van 2021, kan enige invloed hebben gehad op de resultaten. De uitkomst past in een bredere trend van afnemend institutioneel vertrouwen.[43] Nederlanders hebben momenteel een relatief laag vertrouwen in de overheid, terwijl dat in het verleden juist relatief hoog lag. De brede respons op de mogelijkheid om het antwoord toe te lichten, laat in ieder geval zien dat veel zorgverleners zich tijdens de coronacrisis onvoldoende gehoord voelen door de overheid.

In de focusgroepen is het vanuit de politiek ervaren vertrouwen minder nadrukkelijk ter sprake gekomen dan dat vanuit de verzekeraar. In de focusgroep met huisartsen werd wel kort gesteld dat de inrichting van het zorgstelsel wantrouwen faciliteert in de zorg. Ook in de focusgroep met medisch specialisten is genoemd dat de inrichting van het stelsel leidt tot geïnstitutionaliseerd wantrouwen. Het wantrouwen komt dan dus niet direct vanuit de overheid en/of de politiek maar ontstaat indirect door de inrichting van het systeem.

Ervaren vertrouwen in vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Politiek (n=1859)	60%	29%	11%
Medisch specialisten			
Politiek (n=533)	62%	27%	11%
Huisartsen			
Politiek (n=459)	60%	30%	10%
Fysiotherapeuten			
Politiek (n=297)	63%	31%	6%
Tandartsen			
Politiek (n=215)	67%	24%	9%

Tabel 3.7. Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren vertrouwen in uw vakmanschap als zorgverlener?*

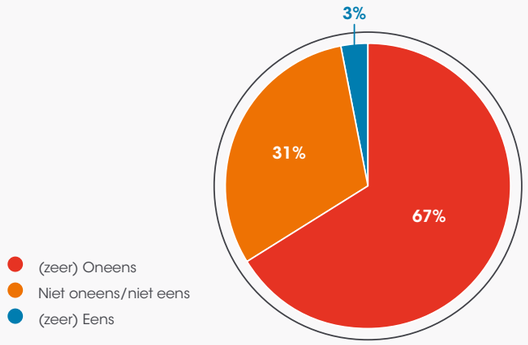
Ervaren waardering voor vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Politiek (n=1424)	70%	23%	8%
Medisch specialisten			
Politiek (n=435)	72%	19%	9%
Huisartsen			
Politiek (n=371)	68%	25%	7%
Fysiotherapeuten			
Politiek (n=236)	71%	25%	4%
Tandartsen			
Politiek (n=156)	74%	21%	5%

Tabel 3.8. Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren waardering voor uw vakmanschap als zorgverlener?*

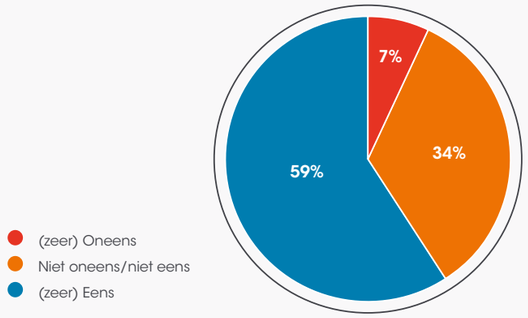
43 Erasmus School of Social and Behavioural Sciences (2021). *De laag-vertrouwen-samenleving. De maatschappelijke impact van COVID-19 in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam & Nederland*. Geraadpleegd van: https://www.eur.nl/nieuws/sterk-dalend-vertrouwen-de-overheid-de-laag-vertrouwensamenleving.

Het lage vertrouwen in de politiek komt ook naar voren in de stellingen. 67 procent van de respondenten geeft aan het (zeer) oneens te zijn met de stelling *Ik voel mij gesteund door het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid.* In geen van de uitgesplitste beroepsgroepen geeft meer dan 5 procent van de respondenten aan veel of heel veel steun te ervaren. Bijna 6 op de 10 respondenten stelt het eens of zeer eens te zijn met de stelling *Het overheidsbeleid van het Ministerie van Volksgezondheid wisselt te vaak van koers.* Dit geeft aan dat zorgverleners onvoldoende consistentie ervaren in het beleid. In de uitgesplitste beroepsgroepen geeft enkel minder dan de helft van de fysiotherapeuten aan het eens of zeer eens te zijn met de stelling.

Ik voel mij gesteund door het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid. (n=2128)



Het overheidsbeleid van het Ministerie van Volksgezondheid wisselt te vaak van koers. (n=2129)



Figuur 3.3. Antwoordverdeling op stellingen.

Inspectie
Tot slot bespreken we kort de resultaten van het ervaren vertrouwen en de ervaren waardering van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hier wordt een wisselend beeld geconstateerd. Relatief gezien stellen meer zorgverleners weinig vertrouwen te ervaren dan dat ze veel vertrouwen krijgen. Met name fysiotherapeuten geven aan dat het ervaren vertrouwen laag is. De waardering die de respondenten ervaren vanuit IGJ valt voor alle groepen nog wat lager uit.

De interpretatie van deze cijfers is lastig. Relatief veel respondenten kozen voor de optie 'niet van toepassing', een aanwijzing dat veel zorgverleners hier geen duidelijke mening konden vormen. Tegelijkertijd kan een specifieke ervaring of een verhaal van een collega veel invloed hebben op het ervaren vertrouwen en de waardering. Daarom zijn we terughoudend met het trekken van conclusies op dit gebied.

Ervaren vertrouwen in vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=1217)	37%	35%	27%
Medisch specialisten			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=433)	36%	33%	31%
Huisartsen			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=338)	37%	39%	24%
Fysiotherapeuten			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=79)	51%	30%	19%
Tandartsen			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=145)	41%	35%	23%

Tabel 3.9. Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren vertrouwen in uw vakmanschap als zorgverlener?*

Ervaren waardering voor vakmanschap	(Zeer) weinig	Niet weinig/niet veel	(Zeer) veel
Totaal			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=1163)	50%	31%	19%
Medisch specialisten			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=433)	50%	28%	22%
Huisartsen			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=338)	46%	39%	15%
Fysiotherapeuten			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=79)	67%	22%	11%
Tandartsen			
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (n=145)	53%	29%	18%

Tabel 3.10. Antwoordverdeling op de vraag: *In welke mate ervaart u van de volgende actoren waardering voor uw vakmanschap als zorgverlener?*

3.4 Deelconclusie 'Vertrouwen en waardering'

Vertrouwen is een belangrijke voorwaarde om goede zorg te kunnen geven. Ondanks dat de voordelen van besturen vanuit vertrouwen bekend zijn, blijkt de praktijk vaak weerbarstig. Als we de vertrouwensrelaties in de zorg beschouwen, valt op dat zorgverleners nog altijd veel vertrouwen en waardering ervaren van patiënten en hun familie. Ondanks dat de informatiepositie van de patiënt in de afgelopen jaren is toegenomen, heeft dit niet geleid tot een sterk afgenomen vertrouwen in professionals. Ook vanuit collega's ervaren zorgverleners nog veel vertrouwen en waardering. De resultaten geven een positief beeld van de vertrouwensrelaties in de directe omgeving van de zorgverleners.

Als het aankomt op ervaren vertrouwen vanuit instituties is een veel negatiever beeld zichtbaar. In alle onderscheiden beroepsgroepen geeft een ruime meerderheid aan weinig vertrouwen en waardering te ervaren vanuit zorgverzekeraars en de overheid. Ondanks alle initiatieven zoals *Het Roer Moet Om* en *(Ont)Regel de Zorg* om het vertrouwen vanuit verzekeraars te vergroten, geven de resultaten geen aanleiding aan te nemen dat deze tot een substantieel betere situatie hebben geleid. Wat betreft het ervaren vertrouwen vanuit de politiek valt op dat ongeveer twee derde deel van de respondenten zich niet gesteund voelt door het beleid vanuit het ministerie van VWS. Al met al is het beeld dus wisselend. In de directe zorgomgeving is het zeer positief gesteld met de mate van vertrouwen en waardering. Voor het vertrouwen en de waardering vanuit de instituties lijkt nog veel winst te behalen.

4. Continuïteit

In dit hoofdstuk staat het thema 'continuïteit in de zorg' centraal. Zoals in de inleiding is besproken, heeft in de afgelopen decennia een verschuiving plaatsgevonden naar meer deeltijdwerk en grootschaliger organisatieverbanden. Dat zorgt er in toenemende mate voor dat patiënten verschillende zorgverleners zien. In dit hoofdstuk diepen we verder uit hoe zorgverleners tegen deze ontwikkelingen aankijken.

We beginnen het hoofdstuk met een korte theoretische uiteenzetting over continuïteit in de zorg. Vervolgens bespreken we de uitkomsten van de enquête en de focusgroepen. In hoeverre vinden zorgverleners het bijvoorbeeld belangrijk dat patiënten zoveel mogelijk vaste zorgverleners zien? We sluiten het hoofdstuk af met een korte conclusie.

4.1 Verschillende vormen van continuïteit

Voor de meeste vormen van zorg geldt dat continuïteit van zorg gewenst is. Als deze er niet is, kan belangrijke informatie verloren gaan of kan het zorgproces vertraging oplopen doordat iedere zorgverlener zich opnieuw in de patiënt moet verdiepen. Continuïteit in de zorg wordt gedefinieerd als: *'the degree to which a series of discrete healthcare events is experienced as coherent and connected and consistent with the patient's medical needs and personal context.'*[44] Dit kan in het Nederlands worden vertaald als: *De mate waarin een reeks afzonderlijke gebeurtenissen in de gezondheidszorg als coherent en samenhangend wordt ervaren en strookt met de medische behoeften en de persoonlijke situatie van de patiënt.*

De wetenschappelijke literatuur onderscheidt drie vormen van continuïteit: informatie-continuïteit, beleidscontinuïteit en relationele continuïteit.[45] *Informatie-continuïteit* is de beschikbaarheid van informatie over gebeurtenissen in het verleden en de persoonlijke omstandigheden van een patiënt om de huidige zorgverlening op maat te maken. Hierbij kan het om zowel gedocumenteerde informatie over het ziektebeeld gaan, als om kennis over de persoonlijke voorkeuren en context van een patiënt. Bij de tweede vorm van continuïteit, *beleidscontinuïteit,* staat het consistent en coherent benaderen van een gezondheidsprobleem centraal. Deze vorm van continuïteit wordt bereikt wanneer behandelingen op een complementaire en tijdige wijze geleverd worden. Beleidscontinuïteit is bijvoorbeeld belangrijk bij patiënten met multimorbiditeit. Het gaat er dan om dat de juiste verschillende zorgverleners ook de juiste klachten behandelen. Bij *relationele continuïteit* gaat het om de duurzame therapeutische relatie tussen een

44 Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ: *British Medical Journal*, 327(7425), 1219.
45 Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ: *British Medical Journal*, 327(7425), 1219.

patiënt en zijn of haar zorgverlener(s). Deze klassieke vorm van continuïteit is bekend in de klassieke relatie tussen de huisarts en zijn/haar patiënten of bijvoorbeeld binnen de GGZ. De duurzame vertrouwensband tussen zorgverlener en patiënt is hiervoor kenmerkend. Relationele continuïteit kan ook bestaan met een vast team van zorgverleners.

Verschillende onderzoeken laten zien dat inzetten op relationele continuïteit daadwerkelijk gezondheidswinst kan opleveren, met name in de eerstelijn.[46,47] Het VUmc onderzocht de relatie tussen het wisselen van huisarts en sterfte.[48] Voor oudere patiënten die het minst van huisarts wisselden, bleek de kans op overlijden gedurende de onderzoeksperiode lager dan voor patiënten die vaker wisselden. Ander onderzoek maakt duidelijk dat het zien van dezelfde dokter leidt tot minder en kortere opnameperioden in het ziekenhuis, een afname in het gebruik van spoeddiensten, minder operaties, minder dubbele diagnostische toetsen, en daarom een afname in de kosten en de benutting van bronnen.[49] Recent onderzoek uit Noorwegen laat eenzelfde beeld zien. Daar bleek het hebben van een vaste huisarts samen te hangen met een lager gebruik van zorg buiten kantooruren, met minder acute ziekenhuisopnames en een lagere mortaliteit.[50]

Het zien van vaste zorgverleners lijkt dus in ieder geval in de eerstelijn samen te hangen met kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd kan continuïteit ook geborgd worden in een team of door coherent beleid. In de volgende paragraaf bespreken we hoe de zorgverleners in de enquête en de focusgroepen aankijken tegen continuïteit in de zorg als kwaliteitsfactor.

4.2 Relaties blijven cruciaal

De enquêteresultaten laten zien dat zorgverleners relationele continuïteit belangrijk vinden. Maar liefst 93 procent van de respondenten gaf op de vraag *In hoeverre vindt u het voor de kwaliteit van de zorg in uw eigen beroepsgroep belangrijk dat patiënten waar mogelijk vaste zorgverleners zien?* aan dit belangrijk of zeer belangrijk te vinden. In alle uitgesplitste zorgberoepen (medisch specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten en tandartsen) vond minimaal 90 procent van de respondenten het belangrijk of heel belangrijk dat patiënten zoveel mogelijk vaste zorgverleners zien.

In de focusgroep met medisch specialisten kwam naar voren dat de vraag in hoeverre relationele continuïteit gewenst is, afhankelijk is van het type zorg dat wordt geleverd. Voor een groot aantal taken spelen te veel variabelen een rol waardoor overdrachtsfouten al snel op de loer liggen. Daarnaast werd in de focusgroepen naar voren gebracht dat het zien van dezelfde arts niet altijd een kwaliteitsfactor is. Een deelnemer noemt het voorbeeld uit het ziekenhuis Antoni van Leeuwenhoek. '*Ik heb een voorbeeld uit het Antoni van Leeuwenhoek, bij de afdeling hoofd-halsoncologie. Daar speelt ook langdurige nazorg. Als daar werd geopereerd-stond niet vast door wie dat gebeurde, het werd gewoon ingedeeld. En ook de controle kon door iedereen worden uitgevoerd. Dat betrof een bewuste keuze om ervoor te zorgen dat zorgverleners scherp blijven. Dan blijf je kritisch naar de follow-up van de patiënt en naar elkaar.*´

In de focusgroep met huisartsen werd het belang van relationele continuïteit breed onderschreven. De deelnemers stellen dat als je je alleen op de klacht van de patiënt richt, je de achtergrond mist en juist dat laatste is belangrijk. Als patiënten te vaak naar de huisartsenpost gaan, hebben huisartsen minder zicht op de achtergronden van de patiënt en gaat dat dus ten koste van de kwaliteit van zorg. Ook geeft het meer werkplezier wanneer je als huisarts de achtergronden van je patiënten kent, zo stelt een van de deelnemers. Tegelijkertijd wordt een ontwikkeling gezien waarin steeds meer jonge huisartsen voornamelijk of uitsluitend avond-, nacht- en weekenddiensten willen draaien in dienst van verschillende huisartsen. De uitdaging is dus om binnen deze ontwikkeling het belang van continuïteit te blijven waarborgen.

Ook in de focusgroep met fysiotherapeuten kwam het belang van relationele continuïteit sterk naar voren. Het werd een van de belangrijkste voorspellende factoren voor behandelsucces genoemd. Toch zijn er ook patiënten voor wie continuïteit minder belangrijk is, zoals bijvoorbeeld cliënten van wie het bewegingsapparaat goed functioneert en die slechts af en toe een blessure hebben. Ook kan een te goede band met een patiënt ertoe leiden dat je sommige zaken niet meer helder ziet. Als je een goede bekende wordt van een patiënt, dan is dat doorgaans een teken van waardering, maar het kan daardoor ook moeilijker worden om professioneel te blijven.

46 Barker, I., Steventon, A., & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. BMJ 2017;356:j84 http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j84
47 Hansen, A. H., Halvorsen, P. A., Aaraas, I. J., & Førde, O. H. (2013). Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice, 63*(612), e482-e489.
48 Maarsingh, O. R., Henry, Y., van de Ven, P. M., & Deeg, D. J. (2016). Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study. *British Journal of General Practice, 66*(649), e531-e539.
49 Alazri, M., Heywood, P., Neal, R. D., & Leese, B. (2007). Continuity of Care. Literature Review and Implications.*Sultan Qaboos University Medical Journal*, December;7(3):197-206.
50 Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2021). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*. 2021 August 26; BJGP.2021.0340. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340.

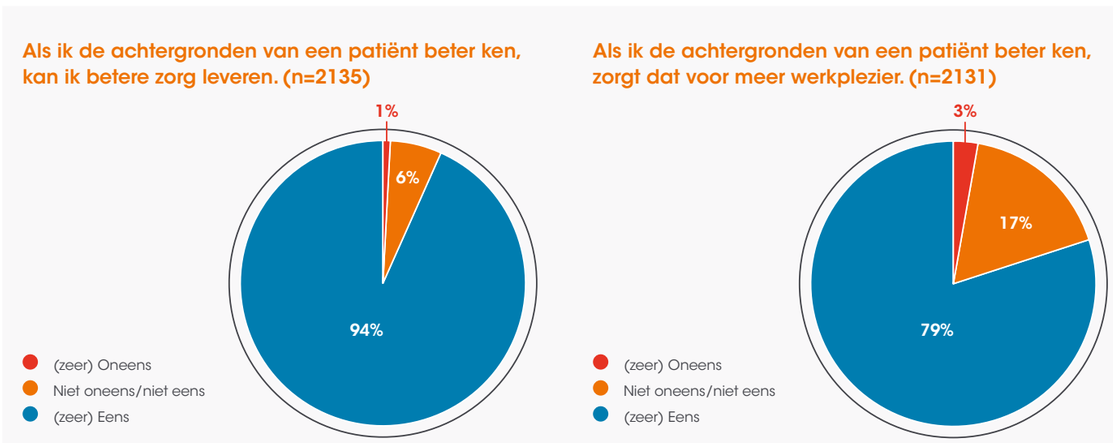
Belang vaste zorgverleners	(Zeer) onbelangrijk	Niet belangrijk/ niet onbelangrijk	(Zeer) belangrijk
Totaal (n=2151)	**2%**	**5%**	**93%**
Medisch specialisten (n=621)	3%	7%	90%
Huisartsen (n=503)	2%	2%	96%
Fysiotherapeuten (n=323)	0%	7%	94%
Tandartsen (n=245)	2%	2%	95%

Tabel 4.1 Antwoordverdeling op de vraag: *In hoeverre vindt u het voor de kwaliteit van de zorg in uw eigen beroepsgroep belangrijk dat patiënten waar mogelijk vaste zorgverleners zien?*

4.3 Stellingen over continuïteit

Het belang van continuïteit komt ook naar voren in de reacties op de stellingen die werden voorgelegd. 94 procent van de respondenten gaf aan het eens of zeer eens te zijn met de stelling: *Als ik de achtergronden van een patiënt beter ken, kan ik betere zorg leveren.* Onder huisartsen en fysiotherapeuten geeft geen enkele respondent aan het oneens of zeer oneens met de stelling te zijn. Vanzelfsprekend is het zien van zoveel mogelijk dezelfde zorgverleners niet de enige optie om de achtergronden van de patiënt te leren kennen. Als een zorgverlener zich goed inleest, kan deze in meer of mindere mate ook inzicht krijgen in de achtergronden van een patiënt.

Daarnaast geeft 79 procent ook aan dat het bevorderlijk is voor het werkplezier wanneer je als zorgverlener de achtergronden van een patiënt beter kent. Dit punt kwam ook in de focusgroep onder huisartsen nadrukkelijk naar voren. Ook hierbij geldt dat in alle beroepsgroepen een ruime meerderheid stelt dat men meer werkplezier ervaart als men de achtergrond van de patiënt kent.



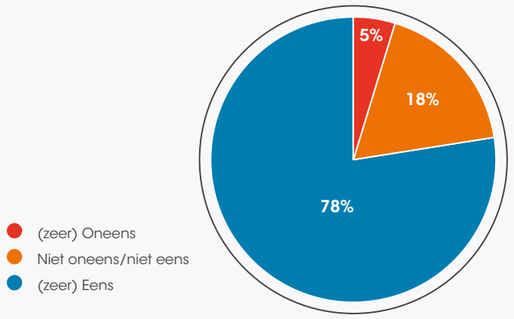
Figuur 4.1. Antwoordverdeling op stellingen.

Goede samenwerking tussen verschillende zorgverleners kan ook leiden tot betere zorg, zo stellen de respondenten. 78 procent is het eens of zeer eens met de stelling dat samenwerking met vaste partners zorgt voor betere zorgkwaliteit. Onder alle uitgesplitste beroepsgroepen bestaat er brede ondersteuning voor deze stelling. Als er wordt samengewerkt met vaste partners zal er dus een band ontstaan tussen vaste partners die informatieoverdracht potentieel makkelijker maakt. Op deze manier ontstaat er dus een soort relationele continuïteit tussen zorgverleners.

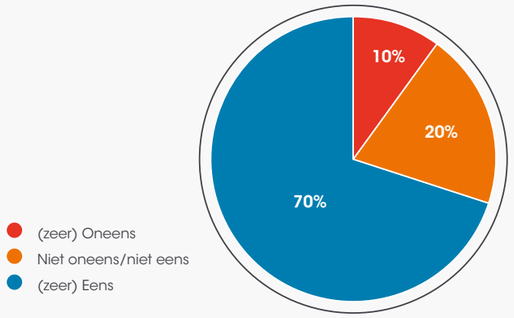
70 procent van de deelnemers is het (zeer) eens met de stelling *Een goed Elektronisch Patiëntendossier verbetert de zorgkwaliteit.* Wanneer een EPD goed functioneert, wordt het makkelijker om informatiecontinuïteit te garanderen. Patiëntinformatie is dan immers goed beschikbaar voor verschillende zorgverleners. Onder fysiotherapeuten is de steun voor deze stelling relatief gezien het minst groot. Desondanks geven ook in deze beroepsgroep meer respondenten het eens te zijn, dan het oneens te zijn met de stelling.

Dat beleidscontinuïteit van belang is, blijkt uit de steun voor de stelling *Ketenzorg bij chronische aandoeningen als diabetes en COPD verbetert de zorgkwaliteit*. Bijna 6 op de 10 respondenten geeft aan het eens of zeer eens te zijn met deze stelling. Bij sommige chronische aandoeningen is de hulp van meerdere artsen en zorgverleners nodig. De continuïteit wordt dan bewaakt vanuit de 'keten'. Beleidscontinuïteit is dan dus belangrijk. Goede organisatie van de ketenzorg kan er dan toe leiden dat de zorgkwaliteit omhoog gaat. Onder medisch specialisten is de ondersteuning voor deze stelling het grootst.

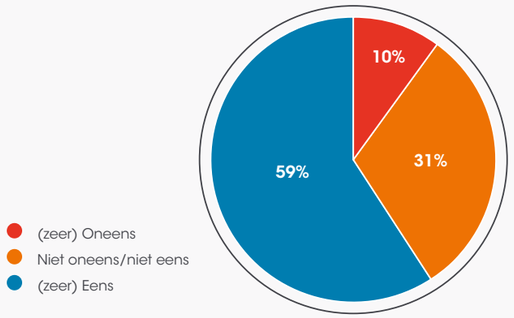
Als er in de zorg meer wordt samengewerkt met vaste partners verbetert dit de zorgkwaliteit. (n=2123)



Een goed Elektronisch Patiëntendossier verbetert de zorgkwaliteit. (n=2131)



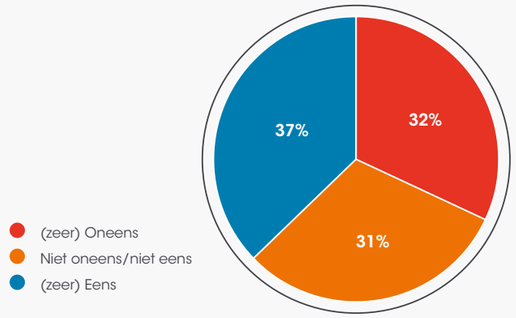
Ketenzorg bij chronische aandoeningen als diabetes en COPD verbetert de zorgkwaliteit. (n=2121)



Figuur 4.2. Antwoordverdeling op stellingen.

Tot slot werd aan de respondenten de stelling *Specialisatie binnen mijn beroepsgroep is doorgeslagen* voorgelegd. Op deze stelling wordt verdeeld gereageerd. 32 procent van de respondenten geeft aan het (zeer) oneens te zijn met de stelling, terwijl 37 procent juist aangeeft het (zeer) eens te zijn. Met name fysiotherapeuten zijn vaak van mening dat de specialisatie in de eigen beroepsgroep is doorgeslagen, 61 procent van hen zegt de stelling te onderschrijven. Onder medisch specialisten, huisartsen en tandartsen is geen duidelijk uitgesproken mening hierover af te leiden.

Specialisatie binnen mijn beroepsgroep is doorgeslagen. (n=2130)



Figuur 4.3. Antwoordverdeling op stellingen.

4.4 Deelconclusie 'Continuïteit'

De continuïteit van zorg lijkt onder druk te staan door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen zoals meer schaalvergroting en deeltijdwerk. Dat zorgt er in toenemende mate voor dat patiënten verschillende zorgverleners zien. Deze ontwikkelingen roepen de vraag op of de zorgcontinuïteit daarmee in het gedrang komt.

Het begrip zorgcontinuïteit betreft meer dan enkel de relatie tussen een individuele zorgverlener en een patiënt. Continuïteit van zorg kan ook geborgd worden in een team van zorgverleners. Het goed borgen van informatiecontinuïteit en beleidscontinuïteit zijn voorts belangrijke manieren om de de kwaliteit van zorg hoog te houden.

Toch blijft relationele continuïteit heel belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Een overweldigende meerderheid van de respondenten geeft in de enquête aan het belangrijk te vinden dat patiënten zoveel mogelijk vaste zorgverleners zien. Daarnaast wordt aangegeven dat men betere zorg kan leveren en meer werkplezier ervaart als zorgverleners de achtergronden van een patiënt goed kennen. Te midden van het veranderende zorglandschap zal het dus van groot belang zijn om de individuele relatie tussen zorgverlener en patiënt te blijven koesteren.

5. Keuzevrijheid en pluriformiteit in het zorglandschap

Dit hoofdstuk gaat dieper in op de pluriformiteit in het zorglandschap. De hoofdvraag is of het zorgstelsel zorgverleners voldoende ruimte biedt om met plezier goed werk te leveren. Die ruimte hangt samen met de keuzemogelijkheden die zorgverleners en patiënten in het stelsel hebben. Hebben zorgverleners voldoende ruimte om te kiezen voor de werkvorm die hen het best in staat stelt met plezier goed werk te leveren? De daaruit voortkomende pluriformiteit kan patiënten vervolgens voldoende mogelijkheden bieden om te kiezen voor de zorg en de zorgverlener die bij hen past.

In zijn beroemd geworden boek *Exit, voice and loyalty* [51] (1970) beschreef Albert O. Hirschman in 1970 de drie keuzemogelijkheden die mensen hebben in relatie tot organisaties en sociale verbanden waar ze deel van uitmaken: (1) ze kunnen loyaal zijn (*loyalty*); (2) ze kunnen hun stem verheffen en zeggenschap uitoefenen om te bevorderen dat datgene verandert wat hen niet bevalt (*voice*); of (3) ze kunnen vertrekken (*exit*). Van den Brink (2012) heeft beschreven hoe de verwachtingen van Nederlanders de afgelopen decennia op tal van terreinen omhoog gegaan zijn. De Nederlander is steeds hogere eisen gaan stellen aan leefomstandigheden, producten en dienstverlening. Die onvrede heeft in tal van sectoren - waar die optie mogelijk wordt of reeds bestaat - geleid tot een groeiende voorkeur voor de exit-optie. Van den Brink signaleert dat de moderne maatschappij in het teken is komen te staan van een toenemende mobiliteit - niet alleen letterlijk maar ook in economische, in sociale en in mentale zin. De politieke belangstelling nam in Nederland de afgelopen decennia niet af maar toe, de eisen met betrekking tot een potentiële levenspartner gingen omhoog en niet omlaag, terwijl werknemers vandaag de dag niet minder maar juist meer ambities aan de dag leggen. De bindingskracht van klassieke instellingen als de kerk, de politieke partij, het huwelijk of de levenslange baan lijkt vanaf de jaren zestig aangetast. Onze loyaliteit gaat niet langer naar vaste kaders of instituties maar naar individuele idealen, doelen en betrekkingen. Vandaar dat we vaker van partner wisselen - in meerdere betekenissen van het woord.[52]

Dat de genoemde trend ook steeds beter zichtbaar is geworden in de zorg laten we in dit hoofdstuk zien. In de eerste paragraaf geven we een overzicht van hoe het zorglandschap in de afgelopen decennia veranderd is. In het tweede deel van het hoofdstuk bespreken we de resultaten uit de enquête over dit onderwerp.

5.1 Een veranderend zorglandschap

Er is een toenemende schaarste aan zorgpersoneel en die schaarste zal naar verwachting de komende decennia nog sterk toenemen onder meer als gevolg van de vergrijzing. Dat betekent dat er nu al een groot tekort aan zorgpersoneel op de arbeidsmarkt is en dat dit de komende jaren nog nijpender zal worden. En te midden van die schaarste is een belangrijke trend dat een toenemende forse minderheid zorgverleners is ontstaan die zich laat inhuren als zzp'er.

5.1.1 Belangrijke kenmerken van de zorgsector: grote meerderheid van vrouwelijke werknemers en hoog percentage deeltijdwerk [53]

Uit CBS-cijfers[54] blijkt dat in 2019 driekwart van de werknemers in de sector Zorg en Welzijn in deeltijd werkte (minder dan 35 uur per week). In de gehele economie was dat ongeveer de helft. Uitschieter is

51 Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states* (Vol. 25). Harvard University Press.
52 Gabriel van den Brink, Hoe het gezag uit Nederland verdween en… weer terugkwam. In Thijs Jansen, Gabriël van den Brink, René Kneyber (red.) *Gezagsdragers. De publieke zaak op zoek naar haar verdedigers*. Uitgeverij Boom, Amsterdam 2021, p. 19-36.
53 Factsheet Inzet zorgmedewerkers januari 2021. Ministerie van VWS https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/factsheet_inzet_zorgmedewerkers_jan_2021.pdf
54 Marcel van Wijk Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn (29-9-2020) https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn?onepage=true#c-5-Mobiliteit-werknemers-

de grootste branche van deze sector, Verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), waar bijna 9 op de 10 werknemers en zelfstandigen in deeltijd actief zijn. Met name het aandeel werkenden met een werkweek van 20 tot 35 uur springt eruit: 57 procent.

Het hoge percentage deeltijdwerk hangt samen met de toenemende feminisering: In vergelijking met enkele decennia geleden zijn er tegenwoordig veel meer vrouwen actief op de arbeidsmarkt en binnen professionele beroepen. De populatie huisartsen, toch jarenlang een mannenwereld, bestaat bijvoorbeeld tegenwoordig voornamelijk uit vrouwen.[55] Veel mannelijke huisartsen op leeftijd gaan met pensioen, en de afstudeerders op de huisartsenopleiding zijn voornamelijk vrouwen.

In het eerste kwartaal van 2020 was 84 procent van de werknemers in de sector Zorg en Welzijn vrouw. Ter vergelijking: van alle werknemers in de economie was dat 47 procent. Het aandeel vrouwen in deze bedrijfstak lag tien jaar geleden al op hetzelfde niveau.[56] Nergens werken zoveel vrouwen in deeltijd als in Nederland. Hooguit een kwart van de werkende Nederlandse vrouwen werkt fulltime.[57]

5.1.2 Flexibilisering in de zorg: signalering en karakterisering van een sterke trend

De belangrijkste ontwikkelingen voor wat betreft werkvormen is de enorme toename van flexibel werk, flexibele arbeidscontracten. Vaste dienstverbanden zijn minder aantrekkelijk geworden. In de sector Zorg en Welzijn was volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek sprake van een vervierdvoudiging van het aantal zzp'ers in 10 jaar. In 2009 waren er ruim 32.000 professionals actief als zzp'er in Zorg en Welzijn. Eind 2019 waren dat er bijna 140.000 binnen de sector 'Zorg en Welzijn'.[58] Uitsluitend in de zorg zijn naar schatting ruim 127.000 zzp'ers actief, waarvan zo'n 30.000 verpleegkundigen en verzorgenden.[59]

De trend van flexibilisering is niet alleen te zien bij de verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook in andere beroepsgroepen in de zorg, zoals bijvoorbeeld de huisartsen en de psychiaters.

In de huisartsenbranche is de samenstelling van de huisartsen naar werkzame positie tussen 2000 en 2019 veranderd. De zzp'ers onder de huisartsen zijn terug te vinden als de wisselende waarnemers: in 2000 was bijna 10% wisselend waarnemer, in 2019 was dat afgerond 20%. Deze groei maakt deel uit van een bredere ontwikkeling waarbij het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen flink gedaald is: deze groep nam af van 84% in 2000 naar 61% in 2019. Zoals gezegd is die plek ingenomen door 20% zzp'ers (wisselende waarnemers); de andere bijna 20% bestaat uit de Huisartsen In Dienst van Huisarts" (HIDHA's) die dus in dienst zijn bij een zelfstandig gevestigde huisarts. Deze heten ook wel 'vaste waarnemer', in contrast met de wisselende waarnemers.

Dezelfde ontwikkelingen zijn zichtbaar bij psychiaters. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) constateerden in een onderzoek dat psychiaters in loondienst bij ggz-instellingen kiezen of overwegen te kiezen voor interim-werk om te ontkomen aan onaangename werkomstandigheden.[60] Een hoge werkdruk, administratieve lasten, een diffuus takenpakket en vele overlegcircuits, maken het werken in een ggz-instelling de laatste jaren minder aantrekkelijk. Ook het gebrek aan de mogelijkheid tot professionele ontwikkeling, waardering en invloed op het beleid/management, spelen daarin een rol. Meer psychiaters kiezen voor interim werk om te ontkomen aan deze 'lasten'. Naar schatting werkt momenteel 10 à 15% van de psychiaters in ggz-instellingen als interim. Van de 250 ondervraagde psychiaters in loondienst in ggz-instellingen overweegt 30% in de toekomst geheel of gedeeltelijk interim te gaan werken. Belangrijke redenen daarvoor zijn meer vrijheid en onafhankelijkheid, meer inkomsten, passendere werkinhoud en diensten, en meer grip op de agenda. Onder de noemer 'Loondienst moet lonen' heeft een groep psychiaters de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) gevraagd om een ledenraadpleging te houden over onderwerpen als arbeidsomstandigheden en bestuurlijke invloed voor psychiaters in loondienst. Het verzoek is na een inzameling van handtekeningen voorgelegd aan de NVvP. [61]

5.1.3 Motieven flexibilisering

Wat zijn de motieven van de zzp'ers in de zorg? De gemeenschappelijke noemer lijkt dat ze ontevreden zijn met de voorwaarden waaronder ze in loondienst kunnen werken. Ze kiezen voor deze werkvorm om verschillende redenen:[62]

- De behoefte aan vrijheid, werken naar eer en geweten, autonomie en zeggenschap: veel werkenden willen meer regie over de inhoud van hun werk; ze willen kiezen welk werk ze willen doen, voor wie en hoe ze dat doen. Dit verschijnsel komt zeker niet alleen voort uit persoonlijke en professionele idealen, maar hangt vaak samen met ervaringen met onprettige of onveilige werksituaties zoals te veel opgelegde verplichtingen, stress en te hoge werkdruk en te veel administratieve lasten, te grote verantwoordelijkheden, geen 'nee' kunnen, durven of mogen zeggen.[63] In alle zorgbranches stijgt het ziekteverzuim dat sinds 2010 wordt gemeten. In de VVT ligt het ziekteverzuim het hoogst. De coronacrisis speelt uiteraard een rol in het stijgende verzuim, maar de trend was al gaande. In 2019 was Zorg en Welzijn met 19 procent de een-na-grootste sector met de meeste werkgerelateerde psychische vermoeidheidsklachten.[64]

- Financiële motieven: men wil beter betaald worden voor het werk dat men doet. In tijden van schaarste op de arbeidsmarkt kan de goede onderhandelingspositie als zelfstandige mogelijk meer opleveren dan een vast dienstverband. Er zijn echter ook zorgverleners die genoegen nemen met een stuk minder gunstige financiële situatie dan in een vast dienstverband: zij vinden autonomie, werken naar eer en geweten en zeggenschap belangrijker dan behoud van een gunstiger financiële positie.

- De behoefte - en voor een deel ook gewoon de noodzaak - om werk en privé nog flexibeler te kunnen combineren dan in een reguliere vaste baan met vaste bijkomende verplichtingen - zoals diensten draaien - mogelijk is. De zzp'er wil ook kunnen kiezen hoeveel en wanneer hij/zij werkt. De zzp'er kan omvang en indeling van zijn/haar werk in belangrijke mate zelf bepalen.

5.1.4 Gevolgen flexibilisering voor de zorg

Voor zorgorganisaties is het groeiend aantal zzp'ers lastig: het steeds groter aandeel van zzp'ers doet de personeelskosten stijgen[65]; organisaties hebben weinig grip op deze werknemers die er - zeker bij grote schaarste aan personeel - voor kunnen kiezen om te vertrekken als niet voldoende voldaan wordt aan hun eisen. In 2019 maakte die flexibele schil bijna negen procent van de kosten voor personeel in de caresector uit. In ziekenhuizen was dit aandeel lager en stabiel op 5,4 procent.[66]

Volgens berekeningen van de Sociaal Economische Raad[67] (SER) zijn er in 2040 meer dan twee miljoen mensen nodig in de zorg. In 2020 werkten er zo'n 1,4 miljoen mensen in de zorg. Omdat miljoenen soms zo ongrijpbaar zijn: nu werkt één op de zeven werkende mensen in de zorg. Om in 2040 aan alle verwachte voorziene zorgvragen te kunnen voldoen, moet dat één op de vier worden.

Dat deze toenemende flexibilisering ook onvermijdelijk gevolgen heeft voor de beschikbaarheid van zorg laat zich illustreren aan de hand van de situatie bij de huisartsen. Uit een recent onderzoek[68] blijkt dat wisselende waarnemers een stuk minder bereid zijn om buiten de afgesproken kantooruren ingezet te worden. Zo kon de stelling dat avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) naar rato zouden moeten worden verdeeld onder alle praktiserende huisartsen in plaats van alleen onder praktijkhouders, rekenen op bijval van 86% van de praktijkhouders, 83% van de huisartsen in dienstverband en slechts 46% van de wisselende waarnemers. Een minderheid gaf aan dat zij 24/7 beschikbaar waren; van de praktijkhouders was dat een vierde, van de niet-praktiserende huisartsen een derde en van de waarnemers, hidha's en aios een zevende.

Vorig jaar ontstond er nog opschudding over uitspraken van minister De Jonge van het ministerie van VWS dat hij het zzp'er-schap in de zorg zou willen verbieden. Op de site van het programma *Meldpunt* waarin hij deze uitspraken deed, staat: 'Minister De Jonge zegt in de televisie-uitzending van Meldpunt ook dat hij af wil van zzp'ers in de zorg. "Dit zijn helemaal geen zzp'ers, maar gewoon werknemers met een baas. We zijn bezig om de wet zo aan te passen dat we alleen nog loondienst mogelijk

55 https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/28/huisarts-vaker-vrouw-en-gemiddeld-jonger
56 Marcel van Wijk Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn (29-9-2020) https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn?onepage=true#c-5-Mobiliteit-werknemers-
57 Opinie: Daniëlle de Jager, 'Deeltijdcultuur iets om trots op te zijn, als mannen meedoen' Het Parool, 12 februari 2021. https://www.parool.nl/columns-opinie/opinie-deeltijdcultuur-iets-om-trots-op-te-zijn-als-mannen-meedoen~bcb100bb/
58 https://www.solopartners.nl/nieuws/aantal-zorg-zzpers-naar-137-000-in-2019-aantal-starters-nu-op-1600-per-maand/ Aantal zorg zzp'ers naar 137.000 in 2019. Aantal starters nu op 1600 per maand. (19 maart 2021)
59 https://www.solopartners.nl/nieuws/ons-onderzoek-naar-127-000-zzpers-in-de-zorg/ Ons onderzoek naar 127.000 zzp'ers in de zorg 15 maart 2021
60 Maatregelen nodig voor behoud psychiaters in loondienst in ggz-instellingen' 21 maart 2019 https://www.nvvp.net/website/nieuws/2019/maatregelen-nodig-voor-behoud-psychiaters-in-loondienst-in-ggz-instellingen
61 Ilse Kleijne, Psychiaters willen achterban horen over loondienstomstandigheden. 19 november 2021 https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/psychiaters-willen-achterban-horen-over-loondienstomstandigheden-.htm

62 Hieronder (wordt) er een aantal genoemd en kort aangevuld dat (voorkomt)in het Eindrapport van de Commissie Regulering van Werk (Commissie-Borstlap): *In wat voor land willen wij werken? Naar een nieuw ontwerp voor de regulering van werk.* Eindrapport van de Commissie Regulering van Werk 23 januari 2020. [p. 26-27]. Deze commissie heeft de werking van de huidige arbeidsmarkt onderzocht. En is in dat onderzoek nagegaan in hoeverre de regels die in Nederland gelden rondom het verrichten van werk nu en in de toekomst nog leiden tot de gewenste uitkomsten. Voor werkenden, bedrijven en de samenleving als geheel. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/01/23/rapport-in-wat-voor-land-willen-wij-werken
63 Groeiend aantal zzp'ers in de zorg: 'Alleen zo hou ik dit werk nog vol' . Nieuwsuur 21-08-2018 https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2246980-groeiend-aantal-zzp-ers-in-de-zorg-alleen-zo-hou-ik-dit-werk-nog-vol
64 Kim Sterenborg, Het personeelstekort in de zorg: oorzaken en oplossingen 12-05-2021 https://www.dutchhealthhub.nl/artikel/het-personeelstekort-in-de-zorg-vijf-oorzaken/
65 Zorginstellingen geven €2,6 miljard uit aan (dure) zzp'ers 10 september 2019 https://www.consultancy.nl/nieuws/24781/zorginstellingen-geven-26-miljard-uit-aan-dure-zzpers
66 Kosten ziekenhuizen stijgen veel harder dan in care, *Accountant* 27 januari 2021 https://www.accountant.nl/nieuws/2021/1/kosten-ziekenhuizen-stijgen-veel-harder-dan-in-care/
67 https://www.ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst
68 Jettie Bont, Otto Maarsingh, Kees Kraaijeveld, Henriëtte van der Horst, Hoe denken huisartsen over de kernwaarden en kerntaken van de huisartsgeneeskunde? In: *Huisarts en Wetenschap*, september 2020, p. 1-15. https://www.henw.org/system/files/2020-09/OND_Bont_kernwaarden_taken_2010.pdf

maken."[69] Dat bleek niet zo scherp het geval[70], maar het kabinet wil wel het aantal flexwerkers in de zorg terugdringen, omdat deze ten koste zou gaan van de kwaliteit en de continuïteit van de zorg. De minister zint op branchespecifieke werkcodes die vastleggen dat inhuurtarieven voor externe medewerkers in 'redelijke verhouding' staan tot de lonen van vast personeel. Daarbij mag van externen ook worden verwacht dat ze avond- en weekenddiensten meedraaien. Ook wil De Jonge werkgevers prikkelen om samen flexpools op te zetten met vaste medewerkers die op verschillende locaties kunnen inspringen om 'ziek en piek' op te vangen. De minister ziet ook een rol voor de zorgverzekeraars. Als inkopers van zorg kunnen zij fungeren als stok achter de deur, door een maximum te stellen aan het percentage flexwerk.[71]

Zorgverzekeraars lijken inmiddels inderdaad begonnen om te proberen de uittocht te keren, bijvoorbeeld bij de psychiaters. De zelfstandig gevestigde psychiaters zullen volgens de aangekondigde plannen vanaf januari 2022 flink minder betaald krijgen dan collega-psychiaters in de instellingen: net iets meer dan de helft van het tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld; de patiënten moeten de rest bijbetalen. Ruim 230 zelfstandig gevestigde psychiaters hebben zich verenigd in een actiegroep met de naam ZGPaanZet om deze plannen te keren en de petitie 'Passend aanbod moet blijven' online gezet. [72]

5.1.5 Het veranderende zorglandschap: slotsom

De toenemende schaarste aan zorgpersoneel in combinatie met de toenemende zorgvraag zet de zorgsector behoorlijk onder druk. En het ziet er niet naar uit dat dit minder zal gaan worden. Een snel gegroeide minderheid van de zorgverleners kiest ervoor te breken met het vaste dienstverband of praktijkhouderschap (huisartsen). Het onderscheid tussen exit, voice en loyalty biedt een verhelderend perspectief op de bewegingen van deze snel gegroeide minderheid. De groei van het aantal zorgverleners dat voor de exit-optie van het zzp'er-schap of waarnemerschap kiest, is vanuit dat perspectief ook te lezen als een signaal van de ontevredenheid die onder een deel van de zorgverleners bestaat over de manier waarop zij in zorgorganisaties hun werk kunnen uitoefenen. De motieven zijn niet uitsluitend financieel, maar hebben ook te maken met werkdruk en mogelijkheden om goed en verantwoord hun werk kunnen doen. Een minderheid van zorgverleners kiest ook voor de exit-optie, zelfs wanneer dat gepaard gaat met minder inkomsten en minder zekerheid, zoals degenen die ongecontracteerd werken.

5.2 Uitkomsten enquête: tevredenheid over werkvorm

5.2.1 Werkvorm

In deze paragraaf gaan we dieper in op de enquêteresultaten. In de vragenlijst is voorgelegd in welke werkvorm zorgverleners actief zijn en of ze hier tevreden over zijn. Een overgrote meerderheid van de zorgverleners geeft aan tevreden of zelfs zeer tevreden te zijn met de eigen werkvorm. In alle uitgesplitste beroepsgroepen is tenminste driekwart van de respondenten positief gestemd over de eigen werkvorm.

Als de resultaten worden uitgesplitst naar werkvorm in plaats van naar beroepsgroep valt op dat in alle werkvormen een meerderheid tevreden is met de eigen werkvorm. Gemiddeld genomen zijn zorgverleners in loondienst iets minder vaak positief over de eigen werkvorm dan zorgverleners die 'eigen baas' zijn. Desalniettemin stelt bijna 7 op de 10 zorgverleners in loondienst tevreden te zijn met de eigen werkvorm. In de vragenlijst is ruimte geboden om het gegeven antwoord toe te lichten: daarbij gaf men vaak de persoonlijke overwegingen om voor een bepaalde werkvorm te kiezen. Die toelichtingen bevestigen het positieve beeld over de werkvormen.

De resultaten geven aanleiding te stellen dat zorgverleners over het algemeen tevreden zijn met de werkvorm waarin zij zijn georganiseerd. Daaruit kan echter niet de verdergaande conclusie getrokken worden dat zorgverleners ook de vrijheid ervaren om zich te organiseren in de werkvorm die bij hen past. De mate van tevredenheid is immers afhankelijk van de huidige stand van het zorglandschap. Een jonge huisarts kan bijvoorbeeld tevreden zijn met een dienstverband vanwege de kaders waarin hij of zij voor zichzelf kan beginnen. De tevredenheid is dan gerelateerd aan het zorglandschap en zegt dan niks over de vrijheid om zich te vestigen in een bepaalde werkvorm.

69 'Minister: zorgkantoren en gemeenten moeten verpleeghuisplekken creëren' 10 jan 2020 https://www.maxmeldpunt.nl/geen-categorie/minister-zorgkantoren-en-gemeenten-moeten-verpleeghuisplekken-creeren/
70 'Minister de Jonge zwakt uitspraak 'geen zzp'ers in de zorg' af 17 januari 2020 https://www.zzp-nederland.nl/nieuws/minister-de-jonge-zwakt-uitspraak-geen-zzpers-in-de-zorg-af
71 'Hugo de Jonge: geen wettelijk verbod op flexwerk in de zorg' 17 februari 2020 https://www.fysoptima.nl/nieuws/hugo-de-jonge-geen-wettelijk-verbod-op-flexwerk-in-de-zorg
72 Cassandra Zuketto, Onheilstijding 18 november 2021 https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/onheilstijding.htm

Werktevredenheid	(Heel) ontevreden	Niet ontevreden/ niet tevreden	(Heel) tevreden
Totaal (n=2127)	**8%**	**13%**	**79%**
Medisch specialisten (n=611)	9%	17%	75%
Huisartsen (n=497)	8%	13%	80%
Fysiotherapeuten (n=323)	7%	13%	80%
Tandartsen (n=242)	6%	12%	82%

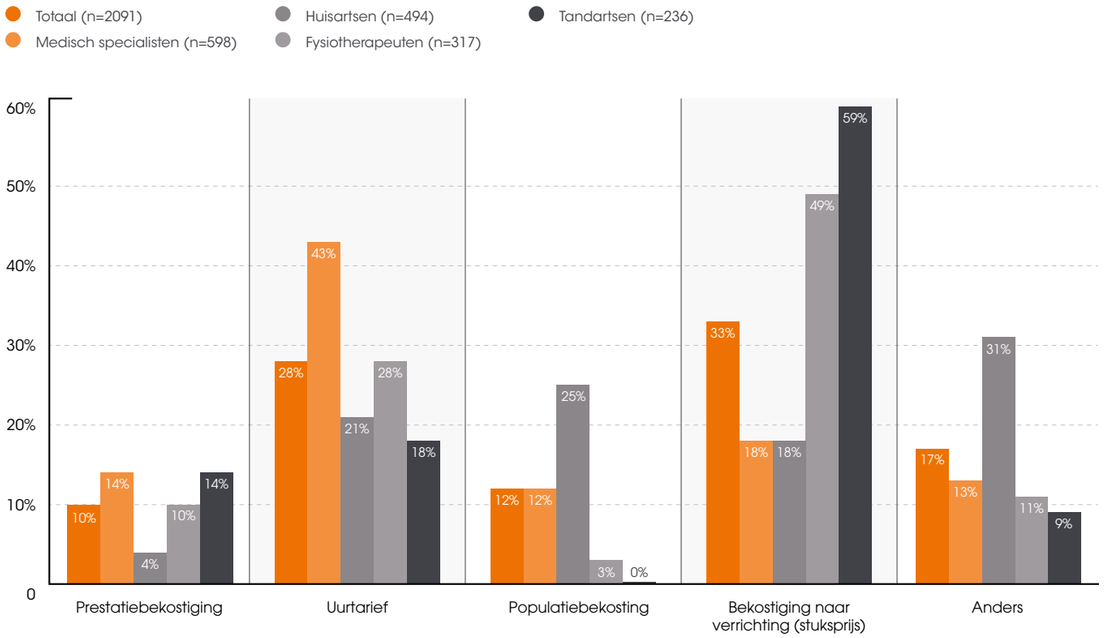
Tabel 5.1. Antwoordverdeling op de vraag: *In hoeverre bent u tevreden met de werkvorm waarin u actief bent?* Uitgesplitst naar beroepsgroep.

Werktevredenheid	(Heel) ontevreden	Niet ontevreden/ niet tevreden	(Heel) tevreden
Totaal (n=2124)	**8%**	**14%**	**79%**
Ik werk in een maatschap (n=602)	3%	10%	86%
Ik werk in loondienst (n=548)	12%	21%	68%
Ik ben praktijkhouder (solistisch) (n=496)	8%	11%	81%
Ik werk als zzp'er (n=301)	5%	13%	82%
Anders (n=177)	13%	10%	77%

Tabel 5.2. Antwoordverdeling op de vraag: *In hoeverre bent u tevreden met de werkvorm waarin u actief bent?* Uitgesplitst naar werkvorm.

5.2.2 Bekostiging

Op de vraag *Welke wijze van bekostiging vindt u het best passen bij de zorg die u verleent?* volgt een brede waaier aan uitkomsten. Omdat de optimale wijze van bekostiging afhankelijk is van het type zorg dat geleverd wordt, is de interpretatie van deze vraag lastig. Het is daarom niet verrassend dat er grote verschillen bestaan tussen de antwoorden uit de verschillende beroepsgroepen. Onder fysiotherapeuten en tandartsen is bekostiging naar verrichting (stuksprijs) het meest frequent genoemd als wijze van bekostiging. Onder huisartsen is populatiebekostiging relatief populair, passend bij het continue karakter van de huisartsenzorg. Medisch specialisten geven het vaakst aan een voorkeur te hebben voor betaling op basis van uurtarief.



Figuur 5.1. Antwoordverdeling op de vraag: *Welke wijze van bekostiging vindt u het best passen bij de zorg die u verleent?* Uitgesplitst naar werkvorm.

5.3 Stellingen over werkvorm

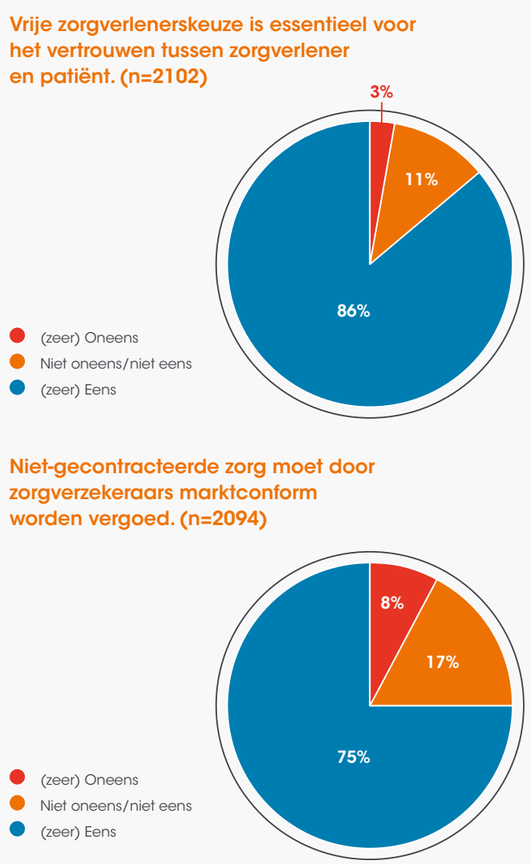
Tenslotte hebben we over werkvorm en pluriformiteit een aantal stellingen voorgelegd waarop de respondenten konden reflecteren. Hierbij kwamen verschillende deelonderwerpen aan bod met betrekking tot de organisatie van de zorg.

5.3.1 Vrije zorgverlenerskeuze?

In 2014 heeft een coalitie van organisaties uit de zorgsector - waaronder VvAA - samen met zorgverleners en patiënten, zich met succes verzet tegen het wetsvoorstel van het Ministerie van VWS om de vrije zorgverlenerskeuze in te perken. In dat voorstel werd de macht van zorgverzekeraars vergroot door hen de macht te geven uitsluitend nog behandelingen te vergoeden van zorgverleners met wie zij een contract hadden afgesloten. De exit-optie voor zorgverleners om geen contract af te sluiten met zorgverzekeraars en van patiënten en cliënten om ongecontracteerde zorg af te nemen, zou verdwijnen. Door het maatschappelijk protest stemde een meerderheid In de Eerste Kamer uiteindelijk tegen.[73] Het thema blijft volop actueel omdat het pleidooi voor de afschaffing van vrije zorgverlenerskeuze nog onverminderd blijft klinken.[74]

Hoe is het na ruim zeven jaar gesteld met het draagvlak voor het in stand houden van de vrije zorgverlenerskeuze? Voor vrije zorgverlenerskeuze blijkt onverminderd brede steun te bestaan. Bij de stelling dat vrije zorgverlenerskeuze essentieel is voor het vertrouwen tussen zorgverlener en patiënt stelt 86 procent het (zeer) eens te zijn. Deze stelling past in de lijn van het belang van relationele continuïteit die in het vorige hoofdstuk is besproken. Onder fysiotherapeuten en tandartsen is relatief de meeste ondersteuning hiervoor. Daarnaast geeft driekwart van de respondenten aan van mening te zijn dat niet-gecontracteerde zorg marktconfom moet worden vergoed door verzekeraars. De meeste ondersteuning voor deze stelling bestaat onder tandartsen.

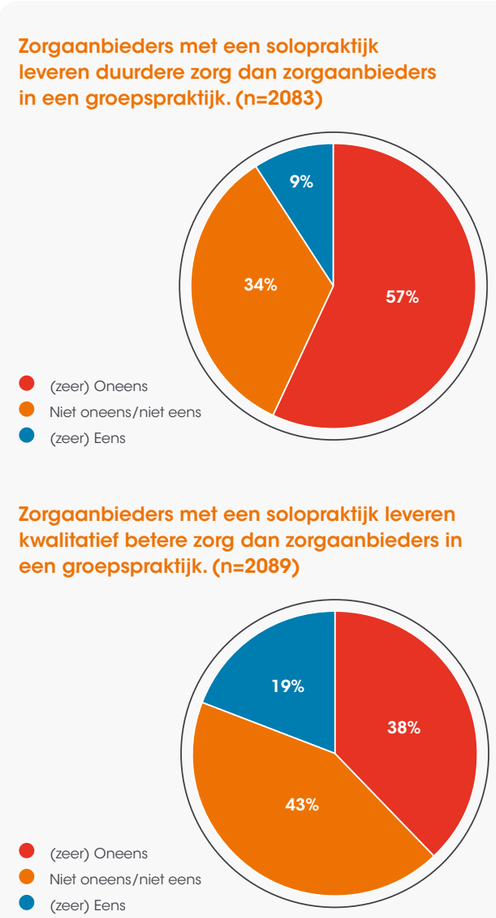
73 https://www.vvaa.nl/levensloop/vrije-artsenkeuze
74 Herman Suichies, Fraude van zorgcowboys is geen reden om vrije zorgkeuze af te schaffen De Volkskrant 10 november 2021
https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/opinie-fraude-van-zorgcowboys-is-geen-reden-om-vrije-zorgkeuze-af-te-schaffen~b5ce39ba/ In reactie op: André den Exter, Frauduleuze zorgcowboys zijn alleen te bestrijden met minder keuzevrijheid. De Volkskrant 8 november 2021
https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/opinie-frauduleuze-zorgcowboys-zijn-alleen-te-bestrijden-met-minder-keuzevrijheid~b2a89785/



Figuur 5.2. Antwoordverdeling op stellingen.

5.3.2 Grote of kleine schaal?

In het maatschappelijk debat over de organisatie van de zorg gaat het vaak over grootschalige versus kleinschalige organisaties. Daarbij is de vooronderstelling dat schaalvergroting automatisch gelijk zou staan aan beter, efficiënter en/of goedkoper, en schaalverkleining minder goed, duur en inefficiënt zou zijn. De resultaten geven indicatie te stellen dat dergelijke boude stellingen over grootschaligheid of kleinschaligheid te kort door de bocht zijn. Zowel voor de stelling *Zorgaanbieders met een solopraktijk leveren duurdere zorg dan zorgaanbieders in een groepspraktijk en Zorgaanbieders met een solopraktijk leveren kwalitatief betere zorg dan zorgaanbieders in een groepspraktijk* geeft nog geen 20 procent ondersteuning. De lage ondersteuning voor beide stellingen is van toepassing op alle onderscheiden beroepsgroepen.

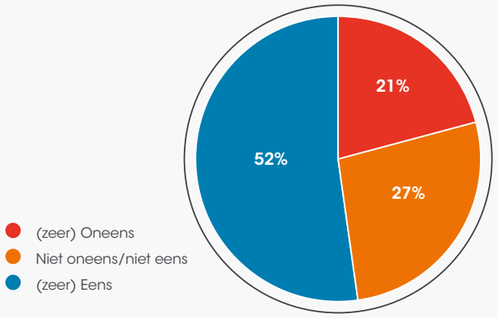


Figuur 5.3. Antwoordverdeling op stellingen

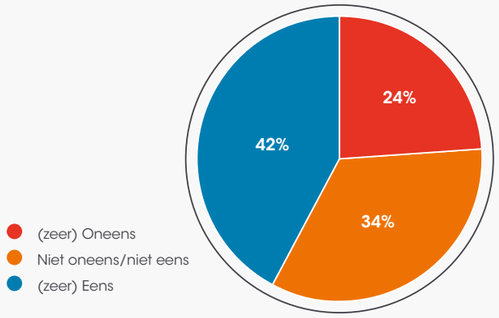
5.3.3 Pluriformiteit en keuzevrijheid als voorwaarden voor innovatie?

Ondernemerschap is van oudsher een belangrijke competentie van zorgverleners. Dat dit nog altijd het geval is, blijkt uit het feit dat een meerderheid de stelling *Ondernemerschap van zorgverleners is essentieel voor innovatie in de zorg* ondersteunt. Om tot innovatie te komen, is een pluriform zorgaanbod van belang, zo stelt 42 procent van de respondenten. Als het op toetreding tot het zorglandschap aankomt, is dit volgens ongeveer de helft van de respondenten goed mogelijk. Met name tandartsen zeggen dat nieuwe aanbieders goed kunnen toetreden (71 procent). Onder medisch specialisten ligt dit percentage het laagst.

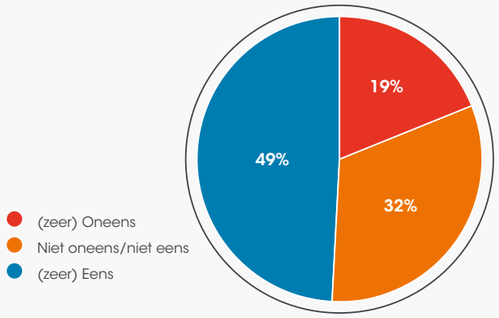
Ondernemerschap van zorgverleners is essentieel voor innovatie in de zorg. (n=2093)



Te weinig keuzevrijheid voor patiënten remt innovatie in de zorg. (n=2091)



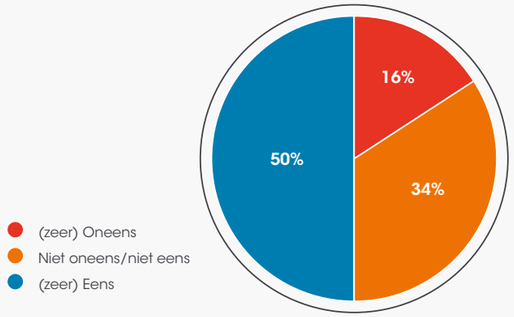
Binnen mijn beroepsgroep kunnen nieuwe zorgaanbieders goed toetreden (n=2086)



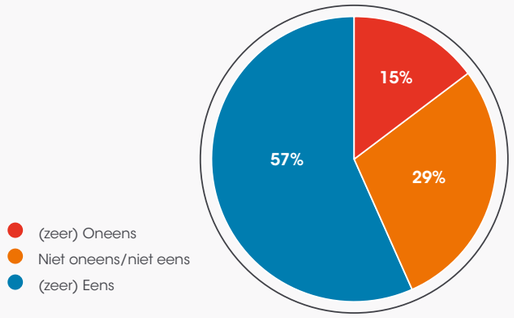
Figuur 5.4. Antwoordverdeling op stellingen.

Zoals in de eerste paragraaf al genoemd, ontstaat er in de zorg steeds meer ruimte voor privaat kapitaal. Ondanks dat kapitaal van buitenaf innovatie in de zorg in theorie moet kunnen versnellen, is er vaak de vrees dat een te sterke invloed van private partijen negatieve uitwerkingen kan hebben op de zorg. Dat die zorg daarover ook bij veel respondenten bestaat, blijkt uit de onderstaande stellingen. Meer dan de helft is het eens of zeer eens met de stelling dat investeerders met privaat kapitaal een bedreiging vormen voor de toegankelijkheid van de zorg (50 procent) en voor de kwaliteit van zorg (57 procent). Voor alle uitgesplitste beroepsgroepen geldt dat minstens 40 procent van de respondenten investeerders met privaat kapitaal als bedreiging ziet voor de toegankelijkheid. Huisartsen zien relatief het vaakst (61 procent) deze gevaren, medisch specialisten (40 procent) zijn het relatief gezien het minst vaak eens met de stelling. Wat betreft de kwaliteit van zorg noemt meer dan 6 op de 10 respondenten van de tandartsen, huisartsen en fysiotherapeuten, investeerders met privaat kapitaal een gevaar. Onder medisch specialisten ligt dit percentage op 45 procent.

Investeerders met privaat kapitaal vormen een bedreiging voor de toegankelijkheid van de zorg. (n=2083)



Investeerders met privaat kapitaal vormen een bedreiging voor de kwaliteit van de zorg. (n=2083)

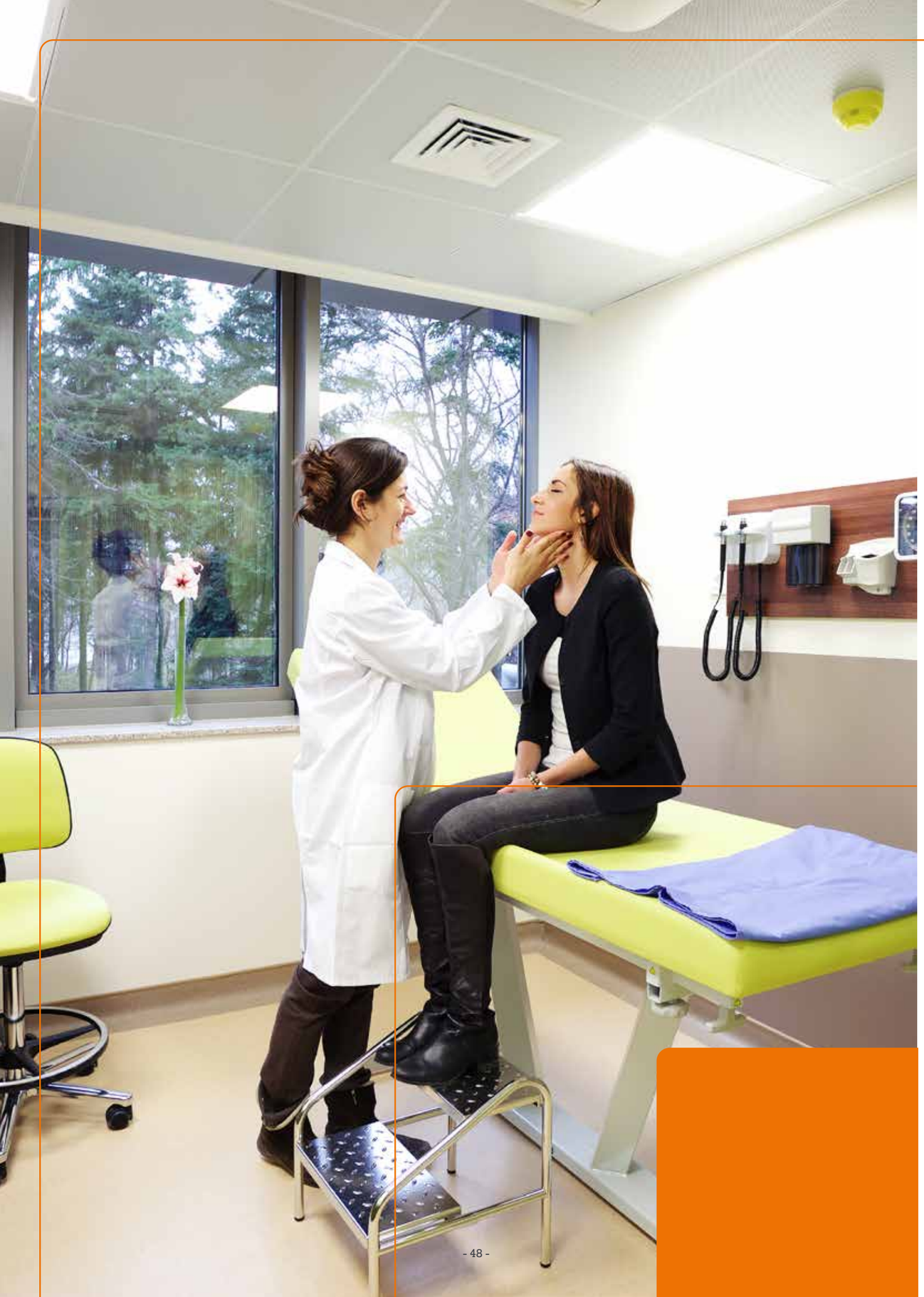


Figuur 5.5. Antwoordverdeling op stellingen.

5.4 Deelconclusie hoofdstuk 'Keuzevrijheid en pluriformiteit in het zorglandschap'

Uit de enquêteresultaten komt nadrukkelijk naar voren dat een meerderheid van de zorgverleners vaak tevreden is met de werkvorm waarin zij actief zijn. Desondanks laat het onderzoek niet de conclusie toe dat zorgverleners ook daadwerkelijk in de werkvorm werken die het best bij hun past. De gemeten mate van tevredenheid is immers afhankelijk van de bestaande keuzemogelijkheden in het bestaande zorglandschap en de mogelijkheden om zich langs die lijnen te organiseren.

Duidelijk is in ieder geval dat in de afgelopen jaren een snel gegroeide minderheid ervoor heeft gekozen te breken met het vaste dienstverband of praktijkhouderschap (huisartsen). Het in het begin van dit hoofdstuk besproken onderscheid tussen exit, voice en loyalty van Hirschman biedt een verhelderend perspectief op de bewegingen van deze snel gegroeide minderheid. De groei van het aantal zorgverleners dat voor de exit-optie van het zzp'er-schap of waarnemerschap kiest, is ook te lezen als een signaal van de ontevredenheid die onder een deel van de zorgverleners bestaat over de manier waarop zij in zorgorganisaties hun werk kunnen uitoefenen. De motieven zijn lang niet uitsluitend financieel, maar hebben ook te maken met werkdruk en mogelijkheden om goed en verantwoord te kunnen werken. Zorgverleners kiezen ook voor de exit-optie wanneer dat gepaard gaat met minder inkomsten en minder zekerheid.



6. Conclusie

Het zorglandschap is in de afgelopen decennia sterk veranderd. Om de almaar toenemende zorgvraag ook in de toekomst te kunnen garanderen, is jarenlang voornamelijk ingezet op schaalvergroting en efficiëntie. De patiënt werd sterker gepositioneerd als zorgconsument en de verzekeraars gingen een belangrijke regisseursrol vervullen. Bovenstaande is slechts een greep uit de ontwikkelingen die ervoor gezorgd hebben dat het zorglandschap aan verandering onderhevig is. Deze brede verkenning had tot doel om in kaart te brengen hoe zorgverleners de huidige stand van de zorg beschouwen en daarmee het debat over de zorg in Nederland te faciliteren.

We vatten de belangrijkste uitkomsten hieronder samen.

Goed werk van professionals is mogelijk door het combineren van de drie volgende ingrediënten: vakmanschap, persoonlijke betrokkenheid en morele verantwoordelijkheid. Om dit te kunnen waarmaken, is het belangrijk dat professionals in hun werkpraktijk over de juiste voorwaarden kunnen beschikken. Uit de enquête blijkt dat zorgverleners zelf zeggen dat de twee allerbelangrijkste voorwaarden om tot goed werk te kunnen komen, zijn: voldoende tijd voor patiënten en voldoende professionele autonomie.

De enquêteresultaten laten zien dat een meerderheid van de respondenten aangeeft dat deze voorwaarden aanwezig zijn binnen de eigen werkpraktijk. Dat geeft een voorzichtig positief beeld van de mogelijkheden voor zorgverleners om goed werk te kunnen leveren. Dat dit beeld echter niet eenduidig is, blijkt uit verschillende actuele ontwikkelingen binnen de zorg. Als de voorwaarden voor goed werk ontbreken, kunnen zorgverleners direct in een lastig pakket terecht komen. In het bijzonder de coronacrisis laat zien hoe broos het evenwicht kan zijn tussen het wel of niet aanwezig zijn van de belangrijkste voorwaarden voor goed werk. De combinatie van de grote instroom van patiënten en het beperkte aantal zorgverleners zorgt ervoor dat tijd en autonomie al snel onder druk kunnen komen te staan.

De zorgverlener die goed zijn werk kan doen en voldoende tijd en autonomie heeft, blijft altijd afhankelijk van anderen. Vertrouwen van die anderen is een belangrijke voorwaarde om goede zorg te kunnen garanderen. Ondanks dat de voordelen van het besturen vanuit vertrouwen bekend zijn, blijkt de praktijk vaak weerbarstig. Als we de vertrouwensrelaties in de zorg beschouwen, valt op dat zorgverleners nog altijd veel vertrouwen en waardering ervaren van patiënten en hun familie. Ondanks dat de informatiepositie van de patiënt in de afgelopen jaren is toegenomen, heeft dit niet geleid tot een sterk afnemend vertrouwen in professionals. Ook vanuit collega's ervaren zorgverleners nog veel vertrouwen en waardering. De resultaten geven een positief beeld van de vertrouwensrelaties bij het verlenen van zorg.

Als het aankomt op ervaren vertrouwen en waardering vanuit instituties is een veel negatiever beeld zichtbaar. In alle onderscheiden beroepsgroepen geeft een ruime meerderheid aan weinig vertrouwen en waardering te ervaren vanuit zorgverzekeraars en de overheid. Ondanks alle initiatieven om het vertrouwen vanuit verzekeraars te vergroten, geven de resultaten geen aanleiding aan te nemen dat deze tot een substantieel betere situatie hebben geleid. Wat betreft het ervaren vertrouwen vanuit de politiek valt op dat ongeveer twee derde deel van de respondenten zich niet gesteund voelt door het beleid vanuit het ministerie van VWS. Al met al is het beeld dus wisselend. In de directe zorgomgeving is het zeer positief gesteld met de mate van ervaren vertrouwen en waardering. Voor het vertrouwen en de waardering vanuit instituties lijkt nog veel winst te behalen.

Het belang van de relatie tussen zorgverlener en patiënt komt ook naar voren in de waarde die zorgverleners hechten aan relationele continuïteit. Een overweldigende meerderheid stelt het belangrijk te vinden dat patiënten zoveel mogelijk vaste zorgverleners zien. Het zien van zoveel mogelijk vaste zorgverleners kan ook daadwerkelijk leiden tot gezondheidswinst, zo laten verschillende onderzoeken zien. Dit laat overigens onverlet dat continuïteit ook goed geborgd kan worden

binnen een team van zorgverleners. Een risico van relationele continuïteit kan zijn dat de relatie minder professioneel wordt (rolvervaging), zo gaven verschillende zorgverleners tijdens de verkenning aan. Intercollegiale toetsing en reflecteren met andere zorgverleners blijft daardoor van groot belang.

Uit de enquêteresultaten komt nadrukkelijk naar voren dat een meerderheid van de zorgverleners vaak tevreden is met de werkvorm waarin zij actief zijn. Desondanks laat het onderzoek niet de conclusie toe dat zorgverleners ook daadwerkelijk in de werkvorm werken die het best bij hen past. De gemeten mate van tevredenheid is immers afhankelijk van de bestaande keuzemogelijkheden in het bestaande zorglandschap en de mogelijkheden om je langs die lijnen te organiseren.

Duidelijk is in ieder geval dat in de afgelopen jaren een snel gegroeide minderheid ervoor heeft gekozen te breken met het vaste dienstverband of praktijkhouderschap (huisartsen). De groei van het aantal zorgverleners dat voor de 'ontsnappingsroute' van het zzp'er-schap of waarnemerschap kiest, is ook te lezen als een signaal van de ontevredenheid die onder een deel van de zorgverleners bestaat over de manier waarop zij in zorgorganisaties hun werk kunnen uitoefenen. De motieven zijn lang niet uitsluitend financieel, maar hebben ook te maken met werkdruk en mogelijkheden om goed en verantwoord je werk kunnen doen. Zorgverleners kiezen ook voor de exit-optie wanneer dat gepaard gaat met minder inkomsten en minder zekerheid.

Daarmee kan geconcludeerd worden dat deze brede verkenning een gemengd beeld laat zien. Ondanks het afnemende vanzelfsprekende gezag voor professionals en de positionering van de patiënt als zorgconsument, houdt de Nederlander vertrouwen in het zorgpersoneel. Ook tussen zorgverleners onderling is het vertrouwen groot. Daarnaast zijn de belangrijkste voorwaarden om tot goed werk te komen nog altijd aanwezig in het eigen werk.

Dat de situatie toch zorgelijk is, blijkt uit het minimale vertrouwen en de minimale waardering die ervaren worden vanuit de zorgverzekeraars en politiek. De verschillende acties om de bureaucratie in de zorg terug te dringen en het wederzijdse vertrouwen te vergroten, lijken dus hun effect grotendeels te hebben gemist. Dit gebrek aan vertrouwen is zorgelijk. Als zorgverleners, zorgverzekeraars en de overheid immers weinig onderling vertrouwen hebben, zal dat het scheppen van optimale voorwaarden voor goede zorg in de weg zitten.

Deze brede verkenning heeft verschillende thema's in het veranderende landschap globaal in kaart gebracht. Om tot nadere conclusies te kunnen komen, is vervolgonderzoek nodig naar de verschillende deelonderwerpen. Het zou bijvoorbeeld waardevol zijn om dieper in te gaan op de gronden waarop zorgverleners beslissen voor welke werkvorm ze kiezen. Ook is het interessant nader onderzoek te doen naar de voorwaarden die zorgverleners het belangrijkste vinden voor goed werk: voldoende tijd en professionele autonomie.

Met een vergrijzende populatie en de steeds verbeterende stand van de techniek, zal de zorgvraag de komende jaren alleen maar verder toenemen. Sterke sturing van bovenaf om zorgverleners te dwingen zo efficiënt mogelijk te werken zal onvoldoende effect sorteren om de zorgkosten te beteugelen. Een sector waarin de belangrijkste actoren elkaar immers sterk wantrouwen, zal normaal gesproken leiden tot hogere kosten en lagere kwaliteit. Om kwalitatieve, beschikbare en betaalbare zorg ook in de toekomst te behouden, is de stem van de zorgverlener hard nodig.

Bijlage: Werkwijze Brede verkenning zorglandschap

In deze bijlage bespreken we hoe we te werk zijn gegaan bij te totstandkoming van deze paper. In het kader van deze verkenning is literatuuronderzoek verricht, zijn focusgroepen met zorgverleners uitgevoerd en is een enquête gehouden. Hieronder gaan we dieper in op de focusgroepen en de enquête.

1. Focusgroepen

In het voorjaar van 2021 zijn focusgroepen georganiseerd met huisartsen, medisch specialisten, ggz-professionals, apothekers en fysiotherapeuten. Het doel was om op deze manier input op te halen over hoe de zorg zo goed mogelijk kan worden georganiseerd. De gesprekssessies bestonden uit drie rondes. Alle rondes hadden een overkoepelend thema. Achtereenvolgens bespraken we *vakmanschap, vertrouwen en continuïteit.* De eerste ronde bestond uit een opdracht waarin de deelnemers gevraagd werd een voorbeeld te noemen van vakmanschap in de zorg. In ronde 2 en 3 gingen we aan de hand van stellingen in gesprek over vertrouwen en continuïteit.

Ronde 1: Vakmanschap

De opdracht was een inspirerend en concreet voorbeeld te zoeken van wat de deelnemers beschouwden als vakmanschap, als voortreffelijk, bewonderenswaardig goed werk. Dit mocht een voorbeeld zijn uit de eigen beroepspraktijk maar ook daarbuiten. Wij vroegen een uitleg voor te bereiden waarom het voorbeeld symbool stond voor vakmanschap en wat er te leren viel over vakmanschap in de zorg.

Ronde 2: Vertrouwen

Stelling: ***Om optimale zorg te kunnen bieden is vertrouwen in zorgverleners cruciaal***

In ronde 2 stond het thema vertrouwen centraal. Aan de hand van de stelling “Om optimale zorg te kunnen bieden is vertrouwen in zorgverleners cruciaal”, diepten we het thema vertrouwen met de deelnemers uit. Vragen die hierbij aan bod kwamen, waren onder andere: In hoeverre is vertrouwen in zorgverleners essentieel om tot goede zorg te komen? In welke mate ervaren de deelnemers vertrouwen van patiënten en collega’s? In hoeverre staan vertrouwensrelaties onder druk? Wat zijn de gevolgen van eventueel gebrek aan vertrouwen? En op welke manier kan de zorg vanuit vertrouwen worden ingericht?

Ronde 3: Continuïteit

Stelling: ***Door in te zetten op persoonlijke relaties wordt de kwaliteit van zorg beter***

De derde ronde ging over continuïteit. Aan de hand van de stelling “Door in te zetten op persoonlijke relaties wordt de kwaliteit van zorg beter” diepten we het thema van continuïteit als kwaliteitsfactor in de zorg met de deelnemers uit. In veel zorgberoepen is de afgelopen decennia steeds meer taakdifferentiatie en fragmentatie ontstaan. Dit kan ten koste gaan van de relationele continuïteit tussen zorgverlener en patiënt. Tegelijkertijd kan beargumenteerd worden dat taakdifferentiatie juist kan leiden tot goede en efficiënte zorg. Vragen die hier aan bod kwamen waren onder andere: Kan continuïteit ook bereikt worden door bijvoorbeeld zeer goede samenwerking tussen professionals? In hoeverre is een duurzame relatie tussen een zorgverlener en patiënt van belang voor de kwaliteit? Welke rol speelt keuzevrijheid voor patiënten in dit vraagstuk? En wat betekent dit voor de inrichting van de zorg?

2. Enquête

Praktische uitvoering

In het voorjaar in 2021 is een vragenlijst opgesteld door Stichting Beroepseer in samenwerking met VvAA. De eerste uitkomsten van het literatuuronderzoek en de focusgroepen dienden als basis voor de vragenlijst. De uitdaging was daarbij om tot een vragenlijst te komen die enerzijds breed genoeg was om recht te doen aan de verschillende thema’s van de verkenning en de doelgroep van zorgverleners uit veel verschillende beroepsgroepen maar die anderzijds ook specifiek genoeg was om betekenisvolle opbrengsten op te leveren.

De vragenlijst is in juni 2021 uitgezet in de online omgeving van VvAA op *SurveyMonkey*. Om deel te kunnen nemen aan de enquête hadden de respondenten een specifieke link naar het onderzoek nodig. Deze link is ook verspreid door verschillende beroepsverenigingen in de zorg. In eerste instantie viel de respons enigszins tegen. Daarom is besloten de enquête langer open te laten staan en prominenter onder de aandacht te brengen van VvAA-leden. Deze inspanningen hadden het gewenste effect. In september is de enquête gesloten.

Respons
In totaal zijn 3.124 mensen begonnen aan de vragenlijst. Relatief veel respondenten haakten echter in de beginfase af. Onder respondenten die minimaal het eerste blok invulden, was het aantal respondenten dat de vragenlijst niet afmaakte zeer beperkt. Het afhaken van respondenten beperkte zich grotendeels dus tot de eerste blok van de vragenlijst. In totaal maakten 2.087 respondenten de vragenlijst geheel af.

Aan de respondenten is gevraagd in welk zorgberoep zij actief zijn. De enquête is het vaakst ingevuld door medisch specialisten (25 procent), huisartsen (21 procent), fysiotherapeuten (15 procent) en tandartsen (12 procent). De oververtegenwoordiging van deze beroepsgroepen komt in grote lijnen overeen met de samenstelling van het ledenbestand van VvAA. We hebben besloten om respondenten die in de beginfase zijn afgehaakt te excluderen van de analyse. Doordat deze groep maar een klein deel van de vragenlijst heeft ingevuld is de waarde van hun antwoorden zeer beperkt. Door respondenten uit te sluiten van de analyse, verschuift ook de verdeling van de beroepsgroepen enigszins. Het is immers mogelijk dat respondenten uit bepaalde beroepsgroepen relatief vaker in de beginfase van de vragenlijst zijn afgehaakt. Daarom geven we hieronder een tabel met de respons per beroepsgroep van het totale bestand en die na het doorvoeren van de selectie.

Beroepsgroep	% voor schifting	% voor schifting
Totaal	**3124**	**2147**
Apotheker	2%	2%
Arts in opleiding (AIOS, HAIOS, ANIOS)	3%	4%
Fysiotherapeut	15%	15%
Huisarts	21%	23%
Medisch specialist	25%	28%
Mondhygiënist	3%	3%
Psycholoog of psychotherapeut	3%	4%
Tandarts	12%	11%
Verloskundige	2%	2%
Verpleegkundige	2%	2%
Geen, ik ben niet (meer) werkzaam binnen de gezondheidszorg	2%	0%
Anders, namelijk:	8%	5%

Tabel bijlage 1: Percentage respondenten per beroepsgroep voor en na schifting.

Zoals de tabel illustreert, zijn de verschillen in de verdeling naar beroepsgroep voor en na de schifting beperkt. Het percentage huisartsen en medisch specialisten is wat toegenomen, terwijl dat van tandartsen juist heel licht is gedaald. Na de schifting zijn er geen respondenten meer in de analyse die kozen voor de beroepscategorie: *"Geen, ik ben niet (meer) werkzaam binnen de gezondheidszorg"*. Dit komt omdat deze categorie werd uitgesloten van verdere deelname aan de enquête. De categorie "Anders, namelijk…" is geslonken doordat een deel van deze respondenten in een van de andere categorieën kon worden ingedeeld.

Beschrijving gegevens in paper
De weergave van de resultaten is op basis van ongewogen beschrijvende statistiek. Dit houdt in dat de uitkomsten zijn weergegeven zoals ze door de respondenten zijn ingevuld. Er is gekozen om geen gebruik te maken van toetsende statistiek. We vonden het gebruik van toetsende statistiek niet passend in een brede verkenning waar geen sprake is van hypothesevorming. De kans is dan immers groot dat uitkomsten niet zijn ontstaan door een directe causale relatie tussen de betreffende variabelen maar doordat beide afhankelijk zijn van een of meerdere variabelen die niet zijn onderzocht. Het gebruik van toetsende statistiek zou het risico op schijnverbanden daarmee te groot maken.

3. Waarde en beperkingen van de paper

De waarde van deze paper is dat een brede blik wordt geworpen op het zorglandschap. Over een groot aantal relevante ontwikkelingen is literatuur verzameld en zijn de opvattingen van een groot aantal zorgverleners in kaart gebracht. De paper is daarmee relevant voor maatschappelijke discussies over de situatie van zorgverleners en hoe de organisatie van de zorg zo kan worden ingericht dat deze optimaal dienstbaar is aan patiënten en zorgverleners.

Desondanks moeten de resultaten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Ten eerste zorgt de brede scope voor beperkingen. Iedere professional heeft zijn of haar eigen professionele context. Deze context is lastig te vangen in een vragenlijst die een groot aantal onderwerpen behandelt en een vragenlijst die generiek is voor alle zorgberoepen. Een tweede beperking is dat er een selectiebias kan zijn opgetreden. Zowel bij het aanmelden voor de focusgroepen als het enquêteonderzoek was sprake van zelfselectie. Dat heeft er in ieder geval toe geleid dat de respondenten gemiddeld een relatief hoge leeftijd hadden in verhouding tot het bestand van VvAA-leden. Geïnteresseerden konden zich aanmelden voor de focusgroepen en/of ingaan op de uitnodiging de vragenlijst in te vullen. Het is goed mogelijk dat hierdoor een specifieke groep professionals heeft deelgenomen en de resultaten daardoor verminderd representatief zijn voor de volledige groep zorgverleners.

In samenwerking met

STICHTING Beroepseer
Werken met moed en vertrouwen