



ANN DEKETELAERE
PASCALE DE PAEPE

EEN
OPLOSSINGSGERICHTE
MINDSET VOOR
ZORGPROFESSIONALS

OVER RESPECTVOL
OPLEIDEN, PROFESSIONALISME
EN JUST CULTURE

Lannoo
Campus

D/2025/45/90 – ISBN 978 90 209 4284 2 – NUR 800, 870

Vormgeving omslag: Adept vormgeving
Vormgeving binnenwerk: Wendy De Haes

© Ann Deketelaere, Pascale De Paepe & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2025.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,
de boeken- en multimediativisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en/of openbaar gemaakt,
door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook,
zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Tekst- en datamining is niet toegestaan.

Uitgeverij LannooCampus	
Vaartkom 41 bus 01.02	Postbus 23202
3000 Leuven	1100 DS Amsterdam
België	Nederland

www.lannoocampus.com

Inhoud

Inleiding	10
Een vergrijzende maatschappij met groeiende zorgbehoeften: vraag en aanbod uit balans	11
Een andere visie op werken, leven en leren	11
Minder tijd voor opleiding	12
Overdaad aan bureaucratie en regelneverij: de wurgslangen binnen de gezondheidszorg	13
Geneeskunde: clash tussen professionele, bureaucratische, management- en marktlogica	14
Arts: van zuiver medicus naar polyvalente duizendpoot	16
Het gevecht tegen een negatieve perceptie en vooroordelen: de meeste artsen deugen!	17
De uitgebluste zorgverlener	19
Focus op de toekomst	20
Over de opbouw van dit boek	21

DEEL I

Werken, leren en opleiden in een complexe zorgcontext 25

6

Een oplossingsgerichte mindset voor zorgprofessionals

1 Het streven naar een Just Culture 26

Incidenten gebeuren nu eenmaal	28
Het streven naar een Just Culture	30
De ene fout is de andere niet	32
Elk incident een leermoment?	35
Hoe onveilige acties analyseren	36
Een Just Culture implementeren ...	37
...waar op een menselijke en rechtvaardige manier met fouten wordt omgegaan	38

2 Oplossingsgericht denken en opleiden 42

De arts: een specialist in problemen	43
Het ontstaan van het oplossingsgerichte model	45
Kenmerken van de oplossingsgerichte benadering	47
Oplossingen en problemen	50
Er zijn problemen en er zijn beperkingen	51
De vier relatietypes	52
Oplossingsgericht opleiden en praktijkvoeren	54
Wat zijn in een notendop de kenmerken van een oplossingsgerichte benadering?	55

3 Professionalisme en remediëring van gedrag 58

Van de Eed van Hippocrates naar moderne omschrijvingen van professionalisme	59
Professionele identiteit	61
Hoe professioneel gedrag aanleren?	62
Onprofessioneel gedrag detecteren en remediëren	64
De opleider als gatekeeper	69

DEEL II

Vaardigheden voor opleiden en samenwerking

73

7

4 Taal en communicatie in de zorg

74

Het belang van communicatie

75

Oplossingsgerichte versus probleemgerichte taal

76

Weer waarom-vragen

79

Groeigericht versus statisch taalgebruik

81

Eisend, uitnodigend en permissief taalgebruik

84

Praktische tips voor schriftelijke communicatie

86

5 Feedback geven en ontvangen

90

Feedback is geen beoordeling

91

Het wat en hoe van feedback

92

Moet je dit stappenplan altijd volgen?

98

Weerstand of schroom om feedback te geven

99

Positieve feedback: complimenteren kan je leren

101

Informele en formele feedback

102

Ontvangen van feedback: feedback-geletterdheid

103

Oplossingsgerichte feedback

105

6 Het wel en wee van beoordelen

108

Over competenties en niveaus van competentie-verwerving

109

Beoordeling is geen feedback

111

Hoe beoordelen?

112

Een multi-source-benadering als basis voor een

holistische beoordeling

113

Een multi-source-benadering als basis voor zelfreflectie

en tussentijds begeleidingsgesprek

115

Wat beoordelen zo moeilijk maakt

116

Het perspectief van Stien

120

7	Over leervoorkeuren, reflectie en kernkwadranten	124
	Leervoorkeuren	125
	Van leervoorkeuren naar leercyclus	128
	Reflectief ervaringsleren	129
	Saboteurs opsporen: zoek de mol	133
	Metacognitie: nadenken over ons denken	136
	De kernkwadranten van Ofman	137
8	Oplossingsgericht coachen	142
	Er is coaching en coaching	143
	Het fundament voor een geslaagde coaching	146
	Converseren: ronddraaien in een dans van luisteren en spreken	147
	De principes van het oplossingsgericht coachen	149
	Weerstand tackelen	154
	Uit het leven gegrepen ... een praktijkvoorbeeld	156
	Het oplossingsgericht begeleidingsgesprek	160
9	Leidinggeven als een gastheer	166
	Verschillende soorten van leiderschap	167
	De gastheer als model voor leiderschap	168
	Hosting: een eeuwenoud en universeel begrip	169
	Gastheer-leiderschap in de zorg	170
	Gastheer-leiderschap als oplossingsgericht leiderschap	171
	Pitfall: toxische positiviteit op de werkvloer	173
	Groeien als leidinggevende	174
	Verandering (bege)leiden op de werkvloer en in de zorg in het algemeen	176

10 De gelukkige gezondheidsprofessional, groei en zelfontwikkeling als vaardigheid	180	
De zorg: een risicofactor voor burn-out	181	
Het professioneel welbevinden van zorgprofessionals	182	9
Een cultuur van welbevinden	184	
Stress begrijpen en inzetten als hulpmiddel	185	
Bevlogenheid: een krachtig antidotum	189	
Zelfontwikkeling: daag het status quo uit	191	
 Dankwoord	196	
 Eindnoten	199	



Inleiding

Als je aan middelbare scholieren die geneeskunde of verpleegkunde willen studeren vraagt wat hun motivatie is, dan is de kans groot dat je het volgende antwoord krijgt: 'Ik wil graag mensen helpen, genezen, zorgen dat ze zich beter voelen.'

Dit is wat velen onder ons dachten en voelden toen we voluit voor de zorg kozen. Die altruïstische ingesteldheid is zowel de voorwaarde als de voedingsbodem voor de passie en bevlogenheid die tal van collega's elke dag op de werkvloer tonen.

Maar werken in de zorg kent tegenwoordig talrijke uitdagingen en het zorgsysteem staat onder enorme druk. In deze inleiding willen we enkele pijnpunten belichten en illustreren in welke mate ze een effect hebben op het werken, leren en opleiden in een ziekenhuisomgeving.

Een vergrijzende maatschappij met groeiende zorgbehoeften: vraag en aanbod uit balans

Eerst het goede nieuws: onze bevolking leeft langer door de verbeterde hygiënische condities en de uitstekende medische zorgverlening. Maar dat heeft een prijs. De bevolking wordt ouder (en zwaarder) en daarmee stijgt ook het aantal kankers. De WHO voorspelt 75% meer mensen met kanker tegen 2050 door de vergrijzing. Ook het aantal chronische aandoeningen zoals cardiovasculair lijden en diabetes zal daardoor toenemen. We stevenen af op een 'zorginfarct'. De vraag naar zorg neemt toe, maar het aanbod kan niet volgen: vacatures in ziekenhuizen en woonzorgcentra raken niet ingevuld, huisartsenpraktijken voeren een patiëntenstop in en de wachtlijsten bij specialisten worden langer. Ziekenhuizen bouwen activiteiten af omdat ze geen personeel vinden.

De zorg botst op haar grenzen.

Een andere visie op werken, leven en leren

Geneeskunde en de zorg voor de zieke heeft de mens al eeuwen geboeid en geïnspireerd. Wellicht beschouw jij ook je beroep eerder als een roeping. Geneeskunde is in continue evolutie (en het gaat alsmaar sneller), maar ook de kijk op ons beroep verandert. Een andere visie op werken en leven, de vervrouwelijking van het arts-

korps en de (over)regulering/digitalisering van het beroep hebben ons in een andere realiteit gebracht.

De huidige generatie zorgprofessionals heeft meer aandacht voor een balans tussen werken en kwaliteit van leven. Jongere artsen verkiezen steeds vaker om deeltijds te werken. En ergens kunnen we hun geen ongelijk geven. Het gevolg is wel dat een arts die met pensioen gaat, vaak door meerdere nieuwe collega's moet worden vervangen om eenzelfde hoeveelheid werk verzet te krijgen.

De nieuwe arbeidswetgeving van de arts-specialist in opleiding is strikt geregeld met 48-urige werkweken, meer verlofdagen, extra dagen voor vaderschapsverlof, wetenschappelijk en studieverlof. En ook dit is goed nieuws om misbruik en uitbuiting tegen te gaan. Voor assistenten, maar ook voor opleiders verandert er veel. Opleiders die het zelf op een andere manier geleerd hebben, zien niet altijd de voordelen van het nieuwe wettelijk kader. Assistenten moeten verplicht hun werktijden registreren via een prikklok, hun arbeidstijden strikt opvolgen en minder dagen per week werken als ze een weekendwacht hebben (recup en precup nemen om het maximumaantal werkuren niet te overschrijden). Ze voelen zich meer werknemer dan arts en ze verliezen controle over hun eigen opleiding: ze kunnen bijvoorbeeld niet meer nablijven om interessante operaties te volgen, want ze worden naar huis gestuurd. Dit heeft een grote impact op de organisatie van het werkplekleren. Zo krijgen assistenten niet alleen minder leeropportunities, maar bovendien leer je hen een nine-to-five-routine aan die niet overeenstemt met een goede patiëntenzorg en met wat later van hen wordt verwacht bij het toetreden in een artsenassociatie.

Minder tijd voor opleiding

In de beperkte periode van vier tot zes jaar moet je als assistent je vak leren. Veel leren vindt plaats door osmose: door als een spons alles te absorberen, door te stelen met je ogen. Dus ja, deze periode is intens en dat is ook nodig, want daarna ligt de verantwoordelijkheid volledig bij jou als afgestudeerd erkend specialist. In meerdere disciplines, vooral de 'snijdende' chirurgische specialisaties, voel je je na het beëindigen van je opleiding nog niet klaar om in de praktijk te stappen. Je zal waarschijnlijk je opleiding aanvullen met bijkomende residentschappen om je vaardigheden te verfijnen, je ervaring uit te breiden en verder te subspecialiseren. Door de strikte arbeidsduurregeling vinden ook assistenten in niet-snijdende disciplines dat ze te weinig gezien hebben en te weinig ervaring hebben opgedaan tijdens de oplei-

ding. Ook zij kiezen daardoor vaker voor bijkomende residentschappen of verlenging van de opleiding.

Door de strikte arbeidsregeling kan ook het aanleren van professionalisme in het gedrang komen: het verzekeren van de continue zorg is een belangrijk punt in de deontologische medische code. Maar deze zorg wordt meer gefragmenteerd, zowel in de tijd als over meerdere zorgverleners. Na de shift gaat de arts naar huis en wordt de zorg van de patiënt aan iemand anders overgelaten. Op zich is dat geen probleem zolang er goed gecommuniceerd wordt en er op alle niveaus iemand (verpleegkundige, assistent of stafid) het overzicht blijft behouden. Het werken in shiften is op sommige diensten de normale gang van zaken (zoals anesthesie, intensieve en spoedgeneeskunde), maar in andere disciplines volgt op een nachtwacht een gewone dagtaak en is er geen compensatie voor overuren. Het stafid, en dus niet de opgeleide, behoudt het overzicht. Dit kan een impact hebben op het gevoel van betrokkenheid en het aanleren van goede continue zorg. Het van A tot Z volgen van een patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis of tijdens een behandeltraject leert veel over pre- en postoperatieve zorgen, potentiële complicaties, valkuilen ... Het draagt ook bij tot de arts-patiëntrelatie: de patiënt voelt zich gerustgesteld door het vertrouwde gezicht dat hem begeleidt in alle fasen van zijn traject. Assistenten die hun patiënten niet goed meer kunnen opvolgen, missen zo cruciale leermomenten en opportuniteiten om kwaliteitsvolle arts-patiëntrelaties op te bouwen.

Overdaad aan bureaucratie en regelneverij: de wurgslangen binnen de gezondheidszorg

Decennialang wordt al gewaarschuwd dat overreglementering en administratieve overlast de ziel uit beroepen binnen de gezondheidszorg (en onderwijswereld) halen. Zeker, kwaliteit moet er zijn en gemonitord worden en alles moet traceerbaar zijn, maar er zijn grenzen. Wij zorgverleners willen onze kostbare tijd spenderen aan patiënten, maar zijn na onze lange dagtaak verplicht nog meerdere uren te voorzien voor het invullen van allerhande attesten en het documenteren van alle uitgevoerde procedures. Dat het belangrijk is om alles te documenteren wordt duidelijk in de volgende casus.

In 2022 werd een ziekenhuis veroordeeld omdat het niet kon bewijzen dat het alles deed om een ziekenhuisinfectie te voorkomen. Infecties kan je niet in alle gevallen voorkomen, maar met preventieve maatregelen kan je de kans op een infectie wel met 30% verminde-

ren. De veroordeling had betrekking op het niet kunnen aantonen van de bewijslast, niet op het oplopen van de infectie zelf. Het betekent dus niet dat het ziekenhuis niet alles had gedaan, maar dat het geen documenten kon aanleveren om het te bewijzen: het omdraaien van de bewijslast met grote gevolgen voor artsen en ziekenhuizen. In plaats dat de patiënt moet bewijzen dat er iets verkeerd gelopen is, moet het ziekenhuis bewijzen dat er maatregelen genomen waren om een infectie te voorkomen.

Deze trend naar een meer bureaucratische vorm van geneeskunde heeft enkele kwalijke neveneffecten: een meer onpersoonlijke zorg, log- en traagheid, inefficiëntie, langere wachttijden, een vals veiligheidsgevoel ('Alle papieren zijn ingevuld, dus het zal allemaal wel in orde zijn'), een hoedje-op-mentaliteit waarbij verantwoordelijkheden worden doorgeschoven ... We mogen niet in de valkuil van zuivere checklist-geneeskunde trappen: checklisten zijn een hulpmiddel, maar geen doel op zich. Voor veel zorgverleners werkt administratie geestdodend, energieslurpend en vrijheidsbelemmerend. Het staat diametraal tegenover de reden waarom we voor de zorg hebben gekozen en het is een van de factoren die bijdragen tot het verlies van onze passie en bevoegenheid (en waarom we een burn-out ontwikkelen).

Geneeskunde: clash tussen professionele, bureaucratische, management- en marktlogica

Het in stand houden van een hoogkwalitatieve toegankelijke zorg neemt een steeds grotere hap uit de begroting. De verschillende perspectieven van de stakeholders binnen de zorg tekenen zich sterker af dan ooit en komen lijnrecht tegenover elkaar te staan.

Wij zorgverleners willen onze patiënten helpen met alle beschikbare middelen waarover we beschikken. Dit vraagt continue bijscholing en opleiding in een snel evoluerende hoogtechnologische en supergespecialiseerde medische wereld. Dit geldt zowel voor diagnostiek als voor behandelingsmethoden. Hiervoor zetten we zwaar in op innovatie en een gepersonaliseerde behandeling op maat van elke patiënt en zijn ziekte. Aan deze innovatieve zorg hangt een niet te onderschatten kostenplaatje. Vaak blijft de overheid vele jaren achter in de terugbetaling van deze diagnostische en therapeutische methodes en dragen artsen en ziekenhuizen zelf de kosten in nieuwe ontwikkelingen (die vaak heel duur zijn). Niet inzetten of besparen op innovaties is geen optie, want in de medische sector is stilstaan achteruitgaan.

Bovendien betaalt de maatschappij al veel aan de medische sector en verwacht ze daarvoor ook veel terug.

De overheid (bureaucratie) probeert de zorg kwalitatief, betaalbaar, toegankelijk en inclusief te houden. Ze pakt dit meestal aan met besparingen en talloze administratieve maatregelen: je moet voldoen aan strikte voorwaarden, geschreven procedures en protocollen kunnen voorleggen, gedetailleerd rapporteren, opgelegde kwaliteitsparameters monitoren, noteren en evalueren, enzovoort. Dit jaagt de kosten van de gezondheidszorg nog meer de hoogte in, want er is extra personeel nodig om dit allemaal rond te krijgen. Je moet ook kunnen aantonen dat je je continu bij-schoolt en kwalitatieve zorg verleent. Je moet alles documenteren en bijhouden in je portfolio, alweer een bijkomende administratieve last.

Ziekenhuizen zijn grote bedrijven geworden en draaien al lang niet meer uitsluitend rond de zorgverlener en de patiënt. Net als in andere sectoren volgen zij een economische logica gebaseerd op cijfers en bedrijfsresultaten. Vele ziekenhuizen draaien in het rood en de ziekenhuisfinanciering en afhouding op artsenlonen volstaan niet om de oplopende kosten te dekken. Hierdoor besparen sommige directies op investeringen en innovatieve technieken. Als arts kan je niet altijd zelf kiezen met welke toestellen of instrumenten je werkt en dit kan je remmen in je innovatieve ambities. Co-governance, waarbij artsen actief participeren in het bestuur van het ziekenhuis en mee het beleid en de te volgen strategie uitstippelen, wordt meer dan ooit cruciaal voor de toekomst van de gezondheidszorg.

De patiënt denkt volgens de marktlogica: de klant is koning. Hij betaalt en bepaalt. Medische zorg wordt op die manier een consumptieproduct. De patiënt komt op consultatie voor een 'hic et nunc-behandeling' en als hij niet krijgt wat hij verlangt bij de ene arts, gaat hij gewoon naar een andere, tot hij krijgt 'waar hij recht op heeft en waarvoor hij betaalt'. In het weekend en 's avonds gaat hij naar de dienst spoedgevallen, want dan heeft hij de tijd. Dit zorgt voor extra werkdruk voor de spoeddiensten.

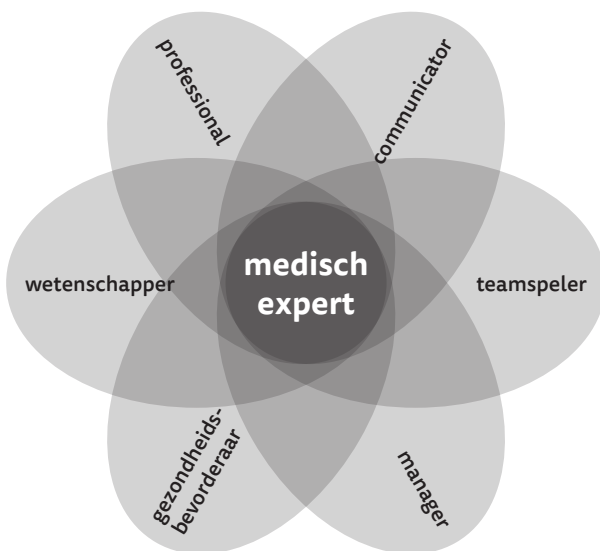
Een ander neveneffect van consumptiegeneeskunde situeert zich binnen de esthetische geneeskunde, een booming business waarvoor sommige artsen, zowel huisartsen als specialisten, zich omscholen en laten verleiden tot botoxparties in beautyklinieken. Werken en geld verdienen zonder administratieve rompslomp, voor sommigen klinkt het als muziek in de oren. Je kan je afvragen wat dit nog met 'genees'-kunde heeft te maken, maar het lokt wel opgeleide zorgverleners weg uit

de overbevraagde klinische praktijken. Het resultaat: extra werkdruk voor wie overblijft.

Al die tegenstrijdige belangen kunnen ongemak en frictie veroorzaken tussen de verschillende stakeholders: tussen artsen in opleiding en artsen-opleiders, tussen artsen en ziekenhuisdirecties, tussen overheid en artsen, tussen patiënten en artsen en tussen de maatschappij en de medische wereld.

Arts: van zuiver medicus naar polyvalente duizendpoot

Bij de functie van arts denk je in de eerste plaats aan een **medicus**, een lang (en meestal goed!) opgeleide diagnosticus of behandelaar, een huisarts of specialist. Maar van artsen wordt nog veel meer verwacht. De opleidingen in Vlaanderen en Nederland volgen het kader van de CanMEDSrollen¹: de vereiste competenties worden gegroepeerd volgens zeven rollen, schematisch weergegeven als een bloem met in het hart de medisch expert, omringd door wetenschapper, manager, communicator, teamspeler, gezondheidsbevorderaar en professional.



Figuur 1: Schematische voorstelling van de CanMEDSrollen

Daarnaast zijn we ook **leidinggevende**, want we sturen multidisciplinaire teams aan: verpleegkundigen, diëtisten, kinesisten, assistenten in opleiding, stagiairs, psychologen, logopedisten ... Sommigen nemen ook bestuurlijke taken op binnen ziekenhuisdirecties of stellen in hun vrije tijd hun expertise belangeloos ter beschikking aan patiëntenverenigingen, informatiecampagnes en goede doelen.

Velen van ons zijn ook **betrokken bij de opleiding** van onze toekomstige collega's. Per dienst waar assistenten worden opgeleid, neemt één arts de wettelijk vastgelegde functie van stagemeeester of praktijkopleider waar, terwijl vaak alle stafleden betrokken zijn bij de dagdagelijkse opleiding. De taak van een stagemeeester is drieledig. Als medisch expert-opleider leer je de assistent technische vaardigheden (skills) en theoretische achtergrond(kennis) aan volgens de laatste wetenschappelijke 'state of the art guidelines'. Dit veronderstelt dat je als opleider zelf een grondige praktische en theoretische kennis hebt en dat je die kennis kunt overdragen tijdens supervisiemomenten of meer formele opleidingen.

Als stagemeeester kan je ook een meer persoonlijke band met de assistent ontwikkelen en optreden als coach, begeleider of mentor.

Je bent ook poortwachter of gatekeeper van het medisch beroep: voor elke assistent onder je hoede zal je oordelen of deze de vereiste beroepsbekwaamheden behorend bij het niveau van opleiding behaald heeft. Of hij met andere woorden professioneel, kwalitatief en ethisch handelt zoals je van een arts mag verwachten. Omgekeerd is het de taak van de (coördinerend) stagemeeester om bij flagrante inbreuken in te grijpen en samen met de erkenningscommissies onbekwame artsen niet toe te laten tot een specialistische beroepsgroep.

Het gevecht tegen een negatieve perceptie en vooroordelen: de meeste artsen deugen!

Als zorgverlener sta je vaak met grote ogen te kijken naar alles wat in de media over ons beroep verschijnt. We kennen de uitdagingen waarmee onze sector te maken heeft als geen ander: we worden er dagelijks mee geconfronteerd. De problemen zijn complex en multifactorieel en doen zich in andere landen ook voor. We mogen terecht fier zijn dat de zorg in België en Nederland hoogkwalitatief en breed toegankelijk is. En dat is in de eerste plaats te danken aan de mensen op de werkvloer, die er elke dag staan en het beste van zichzelf geven. De manier waarop de zorg met de co-

ronacrisis omging, is hier een mooi voorbeeld van. Het is dan ook bijzonder jammer dat sommige ziekenfondsen, overheidsinstanties en politici al te snel trappen in de valkuil van veralgemeningen: wanpraktijken van enkelingen worden geprojecteerd op een hele beroepsgroep. Zo worden alle artsen en bij uitbreiding de volledige medische wereld verdacht gemaakt. Dit zorgt er op zijn beurt voor dat ziekenfondsen en overheid verdacht en onbetrouwbaar worden in de ogen van artsen en zorgverleners. Het plaatst de verschillende stakeholders tegenover elkaar en helpt ons geen stap vooruit in het vinden van oplossingen. Ook de geschreven pers en sociale media, waar gedurfde en straffe krantenkoppen meer clicks en likes en dus meer reclame-inkomsten betekenen, dragen verantwoordelijkheid in het ongenueanceerd brengen van medisch gerelateerde topics. Zo wordt de maatschappelijke opinie gemanipuleerd en Jan met de pet opgezet tegen de zorgsector. Wie heeft hier baat bij?

Op de werkvloer vertaalt dit zich in een toegenomen verbale en fysieke agressie tegen huisartsen en specialisten, ambulanciers en ziekenhuis- en zorgpersoneel.

De reactie van zorgprofessionals? En de boer, hij ploegde voort. Ook al raast de storm buiten: binnen zijn er patiënten die onze aandacht en zorg nodig hebben. Er moet heel wat gebeuren vooraleer artsen staken en (niet-dringende) zorg uitstellen. Een groot verantwoordelijkheidsgevoel zit ingebakken in het DNA van elke zorgverlener. Maar pogingen om artsen uit te sluiten uit het debat rond de toekomst van de zorg en tot het inperken van de vrijheid en autonomie van de zorgverstrekker betekenen voor de meeste artsen een rode lijn. Zij weten het best wat de nieuwe ontwikkelingen zijn en wat die voor patiënten kunnen betekenen. Zij moeten dus ook de krijtlijnen voor de zorg van morgen blijven uittekenen en kunnen dit niet alleen aan overheidsinstanties of ziekenhuisorganisaties overlaten want die hebben vaak tegenstrijdige belangen. Die positie zullen de meeste artsen met hand en tand verdedigen en hiervoor zullen ze weliswaar met tegenzin het werk neerleggen.

De uitgebluste zorgverlener

Uit de bovenstaande paragrafen blijkt dat veel factoren buiten de controle van artsen liggen en de realiteit op de werkvloer voor velen onder ons ontnuchterend en demotiverend werkt. Dat draagt bij tot het risico op burn-out. En artsen vallen ook uit, zowel jonge assistenten als ervaren collega's, zowel tijdelijk als definitief.

De onderstaande tabel² beschrijft een aantal uitdagingen waar zorgprofessionals mee te maken krijgen.

Maatschappelijke factoren	Politisering van de gezondheidszorg Racisme en zorgongelijkheid Het stigma van mentale gezondheid Verkeerde medische informatie over bijvoorbeeld vaccinaties Onrealistisch verwachtingspatroon Consumentisme van de zorg Agressie tegen zorgverleners Dalend respect voor zorgverleners Framing van artsen in de media Impact van Dr. Google en AI ...
Gezondheidssysteem	Uitstel van erkenning en onvoldoende terugbetaling van testen, medicatie en behandelingen Gebrekkig preventief gezondheidsbeleid Overdreven regulering en administratieve rompslomp Gebrekkige coördinatie binnen de zorg en versnippering van bevoegdheden Aantal artsen niet afgestemd op zorgnoden Ongelijke geografische spreiding van de zorg Taakinvulling van de eerstelijnszorg Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg ...

Organisatie	Te hoge werklast, te lange werkdagen Discriminatie Gebrekkige ondersteuning van diensthoofden Gebrekkige co-governance Politieke invloeden in raden van bestuur Ondervertegenwoordiging van minderheden en vrouwen in directies ...
Werkplek en leeromgeving	Gebrek aan flexibiliteit en autonomie Geen stem binnen de dienst of het ziekenhuis Geen Just Culture, geen veilige werk- en leeromgeving Toxisch leiderschap, pesterijen, grensoverschrijdend gedrag Geen aandacht voor welzijn/ welbevinden van medewerkers Onvoldoende tijd voor contact met patiënten en collega's Onprofessioneel gedrag en gebrek aan collegialiteit ...

Tabel 1: Uitdagingen voor de huidige zorgprofessional

Focus op de toekomst

Hoe kunnen we ons als artsen, zowel in opleiding als al jaren actief, aanpassen aan de veranderende realiteit en mentaliteit zonder de essentie van ons beroep te verliezen? Wat is de essentie van arts zijn? Wat is onze professionele identiteit? Wat willen we koste wat kost behouden? Wat willen we doorgeven aan de volgende generatie artsen? Hoe behouden we de passie voor ons vak en enthousiasmeren we de mensen met wie we samenwerken en de toekomstige generaties? Hoe geven we onze geestdrift door aan jonge mensen zodat er ook in de toekomst voldoende goed opgeleide artsen zijn?

Hoe creëren we een cultuur waar iedereen met respect behandeld wordt, graag komt werken en zichzelf kan zijn en waar op een serene manier met fouten omgegaan wordt?