

Zorg om zorg in Nederland

Gezondheidsverschillen nemen toe. Hoe ziet de toekomst van de huisartsenzorg in probleemwijken eruit?

Verslag van de bijeenkomst d.d. 2 februari 2017 bij Arminius te Rotterdam

1. Welkom

Dagvoorzitter Marianne van den Anker opent de bijeenkomst Zorg om zorg in Nederland. Zij geeft het woord aan Elly van Gelder, manager van het Fonds Achterstandswijken Rotterdam, die namens de Achterstandsfondsen en het Programma Alles is gezondheid alle aanwezigen van harte welkom heet. De Achterstandsfondsen constateren dat de huisartsenzorg in probleemwijken onder druk staat. Zij maken zich daar zorgen over en vinden dat dat moet veranderen. Elly is blij met de hoge opkomst waaruit blijkt dat deze zorg gedeeld wordt. Dat is een goede basis om als huisartsen en beleidsmakers van overheid en zorgverzekeraars vandaag met elkaar in gesprek te gaan over de toekomst van de huisartsenzorg in achterstandswijken.

Namens de huisartsen in achterstandswijken is vandaag het persbericht *Huisartsen in probleemwijken luiden de noodklok* verstuurd, ondersteund door een filmpje (www.openrotterdam.nl), waaruit duidelijk wordt dat patiënten in achterstandswijken zorg mijden of uitstellen omdat zij er geen geld voor hebben. De huisartsen en andere zorgprofessionals staan met hun rug tegen de muur omdat zij de benodigde zorg niet kunnen inzetten. Deze patiënten worden zieker en hebben daarna duurdere zorg nodig. Gaby Veraart, huisarts, geïnterviewd in het filmpje en vandaag aanwezig, hoopt dat duidelijk wordt dat achterstandswijken extra aandacht nodig hebben in het beleid en dat in deze wijken een ander soort zorg nodig is.

Margriet de Jager, programmaleider van het Programma Alles is gezondheid (waarin samenwerking centraal staat op vijf gebieden: zorg, school, wijk, werk en gezondheid met als doel blijvende gezondheidswinst), pleit ervoor dat het medisch en sociaal domein in de achterstandswijken, die zij overigens liever aanpakwijken noemt, elkaar opzoeken om te bespreken wat er speelt en op welke manier zij elkaar kunnen versterken. Zij weet ook dat er bij de gemeenten financiële mogelijkheden zijn.

2. Drie casus uit de huisartsenpraktijk door Corinne Collette, huisarts in Utrecht (Zuilen-Ondiep)

Aan de hand van drie casus schetst Corinne Collette de problematiek waarmee huisartsen in achterstandswijken dagelijks te maken hebben. Zij is ervan overtuigd dat deze verhalen uit de praktijk (als bijlage 1 bij het verslag), meer zeggen dan beleidsnotities met tabellen en grafieken.

De casus laten zien hoe complexiteit eruit ziet: een stapeling van problemen in verschillende levensdomeinen, die leiden tot gezondheidsproblemen, met als gevolg een hoge consumptie van zorg die vaak niet doelmatig is. Wat is nodig voor doelmatige zorg bij complexiteit:

- Samenwerking in de wijk:
 - * Vakoverstijgend handelen vanuit het 4-domeinenmodel
 - * Elkaar aanspreken en elkaars deskundigheid kennen in de wijk
- Kennis van de populatie:
 - * Inzicht in en ervaring met de kwetsbare populatie en signaleringsmogelijkheden
 - * Reflectie en spiegelen: is de geleverde zorg inderdaad goed (genoeg)
- Tijd en logistieke ondersteuning:
 - * Betaaltitels
 - * Communicatiemiddelen 3.0
 - * Fysieke ruimte
- Gedeelde visie in de wijk:
 - * Professionals hebben elkaar nodig om goede zorg te kunnen bieden in complexe situaties

Corinne besluit haar voordracht met een oproep aan politiek en financiers:

‘Maak het mij en mijn collega’s mogelijk en gemakkelijker om goede zorg te bieden aan onze patiënten die vaak arm en soms ook dom zijn.’

3. Differentiatie inschrijftarief huisartsen op basis van zorgzwaarte door Robert Verheij, NIVEL

Robert Verheij begint zijn presentatie (bijlage 2 bij het verslag) met een terugblik op de geschiedenis van de achterstandsproblematiek in de zorg vanaf 1972 tot nu. Veel is nog steeds van toepassing. Met het oog op de nieuwe bekostigingsstructuur voor huisartsenzorg vanaf 2018 heeft de NZa zich de vraag gesteld: hoe zorgen we ervoor dat de financiering van de huisartsenzorg recht doet aan verschillen in zorgzwaarte? In opdracht van de NZa heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar de verschillende scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief op basis van zorgzwaarte aan de hand van de volgende vragen:

- Hoe meet je zorgzwaarte?
- Welke populatiekenmerken verklaren zorgzwaarte?
- Wat zijn de financiële effecten van verschillende modellen voor verschillende praktijken?

Op basis van het gegeven dat in een bewerkelijke praktijk minder patiënten passen, waardoor de inkomsten per tijdseenheid daar lager zijn, is het begrip zorgzwaarte gedefinieerd als de totale hoeveelheid tijd besteed aan de praktijkvoering gedeeld door het totaal aantal ingeschreven patiënten in de praktijk. Door middel van een enquête onder 230 huisartsen is onderzocht hoeveel tijd besteed wordt aan direct patiëntgebonden activiteiten, indirect patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten.

Het NIVEL heeft vervolgens gekeken naar de relatie tussen zorgzwaarte en de volgende populatiekenmerken:

1. Demografische en SES-kenmerken op individueel niveau (leeftijd, geslacht, migratieachtergrond, etc.)
2. Kenmerken op postcodeniveau (% migratieachtergrond, omgeving adres dichtheid, etc.)
3. Ziektekenmerken op individueel niveau (op basis van HIS gegevens)

Het model waarin alle drie de populatiekenmerken zijn meegenomen, is het model dat de zorgzwaarte het beste verklaart. Het verschil met de andere twee modellen zit in het wel of niet meenemen van ziektegegevens uit het HIS, hoewel ook deze twee de zorgzwaarte beter verklaren dan het huidige model. De haalbaarheid van de modellen verschilt. Alle modellen hebben voor- en nadelen. Extra registreren, etnisch profileren of bekostigen op ziekte hebben niet de voorkeur.

De drie modellen zijn financieel doorgerekend en vergeleken met de inkomsten op basis van het huidige inschrijftarief. Daaruit komt geen eenduidig beeld: sommige praktijken gaan er op vooruit, andere gaan er op achteruit.

Vragen en reacties:

- Roel Mets, huisarts in een achterstandswijk, heeft te maken met complexe patiënten die veel overleg vragen, meer dan er tijd is. Hij heeft daardoor vaak een jachtig en onrustig gevoel. Hij vindt dat overlegtijd ook bekostigd moet worden, niet alleen voor achterstandspraktijken, maar ook voor praktijken met veel ouderen. Dan kan de praktijk worden verkleind, is er meer tijd per patiënt en heeft de huisarts minder stress.
- Aldien Poll ondersteunt in het VWS-programma Gezond in de stad zorgaanbieders en gemeenten bij de integrale aanpak van gezondheidsachterstanden in de wijk. Vanuit die ervaring weet zij dat de vier grote zorgverzekeraars de zorgzwaarte verevenen. Een dergelijke werkwijze is er ook voor de gemeenten. De kennis die daarmee is opgedaan, zou ook kunnen worden ingezet voor huisartsenpraktijken. Verder roept zij de huisartsen op uit hun spreekkamer te komen en de juiste deskundigheid in te roepen voor deze patiëntengroep, denk bijvoorbeeld aan expertise op het gebied van laaggeletterdheid.
- Ferdinand Schreuder, huisarts in Delft en deelnemer aan het DSW experiment van consultloze bekostiging, merkt op dat zijn zorgverzekeraar DSW een inschrijftarief op zorgzwaarte hanteert. Dit sluit aan op het onderzoek van het NIVEL, maar in de praktijk werkt het niet, is de ervaring van Ferdinand. Zorgzwaarte blijkt moeilijk te meten en te complex om toe te passen.
- Berthon Rikken, huisarts in Utrecht en voorzitter van het Utrechts Achterstandsfonds, constateert dat de oorspronkelijke bewoners van Zuilen en Ondiep vanwege stadsvernieuwing verhuizen naar de randgebieden zoals Nieuwegein, waardoor de achterstandsproblematiek zich verplaatst zonder dat deze gemeenten volgens de postcode-indeling een officieel achterstandsgebied zijn. Hij vindt de postcode-indeling daarom niet het juiste criterium. Hij denkt aan andere factoren die iets kunnen zeggen over

zorgzwaarte, bijvoorbeeld de VAAM, het geld dat in een wijk aan zorg wordt besteed in relatie tot het geld dat daarvan aan huisartsenzorg wordt uitgegeven, sterftcijfers. Hij vraagt zich af waarom er naast het dubbele consult, geen langer type consulten zijn, met bijvoorbeeld een 30-, 40- en 60-minuten tarief. Verder vindt ook Berthon dat de huisartsen moeten worden gecompenseerd voor ouderen: nu zij langer thuis wonen, wordt de ouderenzorg door de huisarts intensiever en complexer.

- Ria van Bodegom, huisarts in een achterstandswijk in Utrecht, mist in de discussie de kwaliteit van zorg. Waar niet over gesproken wordt zijn huisartsen die een goed inkomen genereren, maar het niet waar maken in tijd en onvoldoende kwaliteit van zorg leveren. Er komt steeds meer werk naar de huisarts, met name van patiënten die niet in staat zijn zelf de regie te voeren en complexe zorg nodig hebben. De huisarts is de eerst aangewezen om de ingangsklacht van de patiënt helder te krijgen, voordat hij bijvoorbeeld het buurtteam kan inschakelen. In deze patiëntengroep is ook sprake van meer psychische problematiek, een extra POH GGZ zou dan op zijn plaats zijn. Mobiliteit is ook een aspect, veel wisselende patiënten brengt een forse administratieve last met zich mee.
- Een collega voegt hieraan toe dat het normaal zou moeten zijn om overleg met specialist of wijkteam te declareren. Overleg is nodig bij complexe zorg, zonder overleg is het lastig om doelmatige zorg te leveren. En dat gaat ten koste van de kwaliteit van zorg.

Geconcludeerd wordt dat het wenselijk is dat er een bekostigingsmodel komt dat recht doet aan de patiënt die de zorg krijgt die hij nodig heeft en die de huisarts in staat stelt deze zorg te geven. Robert laat zich niet verleiden tot een antwoord op de vraag wat het voorstel van het NIVEL is naar aanleiding van dit onderzoek. Bottomline is dat tijd een belangrijke factor is voor het meten van de zorgzwaarte. Er zijn echter ook andere factoren, zoals uit de discussie blijkt. Het is nu aan de beroepsgroep en de beleidsmakers bij overheid en zorgverzekeraars om hier een vervolg aan te geven. Het NIVEL speelt daar geen rol in.

4. Nieuwe betaaltitels voor organisatie en infrastructuur door Edwin Velzel, projectleider O&I onderzoek

Edwin Velzel, zelfstandig adviseur, heeft in opdracht van Ineen, LHV en ZN onderzoek gedaan naar de bekostiging van organisatie en infrastructuur in de toekomst. Het gaat dan om alle niet-patiëntgebonden activiteiten in de eerstelijns. De toekomstige bekostigingsstructuur komt in de plaats van de huidige financieringsvormen voor GEZ, innovatie en organisatiekosten van ketenzorg.

In vier regio's die van elkaar verschillen in de organisatie van zorg (Almere, Gooi en Vechtstreek, Venlo en Zoetermeer) heeft kwalitatief en kwantitatief onderzoek plaatsgevonden. Belangrijkste uitkomst was dat de regio bepalend is voor de zorgconsumptie. De aanname dat een sterk georganiseerde eerstelijns lage zorgkosten heeft, werd in het onderzoek gelogenstraft: er bleek geen correlatie tussen de hoogte van de zorgkosten en de mate van organisatiegraad. Voor de zorgverzekeraar is een georganiseerde eerstelijns echter van groot belang: deze wil graag één aanspreekpunt om afspraken te maken. Opvallende uitkomst uit het onderzoek was dat de zorggroepen niet op de hoogte waren van de hoogte van de zorgkosten van hun patiënten. Zonder deze informatie kan niet worden verwacht dat zij daarop sturen. Het is dus van belang om deze informatie en de analyse daarvan met elkaar te delen, aldus Edwin.

Het rapport concludeert dat de eerstelijns een belangrijke rol speelt in het opvangen van de groeiende zorgvraag en het beperken van de kostenstijgingen. Versterking van de organisatie en infrastructuur van de eerstelijns, waarvan de potentie nog niet volledig wordt benut, is gebaat bij concrete betaaltitels en duidelijke resultaatafspraken. Het zogenaamde kwadrantenmodel maakt duidelijk waarin moet worden geïnvesteerd om deze versterking te realiseren, zowel op wijk- als regioniveau, mono- en multidisciplinair en welke betaaltitels daarbij horen. Aan de hand van de casus van Corinne Collette illustreert Edwin wat dit concreet betekent voor praktijken in achterstandswijken.

De zorgverzekeraars hebben de intentie uitgesproken de voorstellen in het onderzoek te volgen, maar het wordt kansrijker als er ook resultaatafpraak over de zorgkosten kunnen worden gemaakt, verwacht Edwin.

Vragen en reacties:

- Desgevraagd wordt aangegeven dat de huisartsen in achterstandswijken niet als aparte groep in het onderzoek zijn meegenomen. De vier regio's die in het onderzoek zijn onderzocht, zijn afgestemd met de Ineen, LHV en ZN. In de impactanalyse die nu loopt om de uitkomsten van het onderzoek te toetsen, wordt één achterstandspraktijk meegenomen.
- Opgemerkt wordt dat de casus van Corinne Collette gaan over zorg. De nieuwe betaaltitels gaan over samenwerking en organisatie. Het zijn twee verschillende dingen, die beide geregeld moeten worden: enerzijds financiering voor de organisatie van de samenwerking, anderzijds financiering van de samenwerking in de zorg voor de individuele patiënt.
- Hierop aansluitend wordt opgemerkt dat er door de marktwerking heel veel partijen zijn waarmee moet worden samengewerkt, denk bijvoorbeeld aan het grote aantal VVT-organisaties. De huisarts kan niet met al deze partijen een vast overleg hebben, er is dus een individuele aanpak nodig. Edwin vindt het daarom zo belangrijk om zowel de organisatie in de wijk als in de regio te versterken.
- De suggestie wordt gedaan om ook de gemeenten betaaltitels te geven om huisartsen te kunnen compenseren.

De reacties gehoord hebbende, erkent Edwin dat de in zijn onderzoek voorgestelde financieringsstructuur niet alle problemen van de huisarts oplost, maar wel enige verlichting biedt op het gebied van organisatie en samenwerking. Aanvullend hierop zou hij een gedifferentieerd inschrijftarief op basis van zorgzwaarte een logische stap vinden voor complexe patiëntenzorg. Edwin is desgevraagd graag bereid om met het bestuur van de Achterstandsfondsen in gesprek te gaan.

De presentatie van Edwin van Velzel is aan het verslag toegevoegd als bijlage 3.

5. Debat met panel en zaal over de toekomst van zorg in achterstandswijken en voorwaarden voor gedegen eerstelijnszorg

Dagvoorzitter Marianne van den Anker introduceert de deelnemers aan het panel:

- Margriet de Jager, bestuurslid VNG en programmaleider Programma Alles is gezond
- Denise van der Klauw, beleidsadviseur huisartsenzorg ZN
- Wouter Hobbelink, beleidsmedewerker NZa
- Paulus Lips, bestuurslid LHV
- Carien Dagnelie, huisarts in Rotterdam
- Jack Hutten, directie publieke gezondheid VWS
- Frans Smits, huisarts en bestuurslid Huisartsenkring Amsterdam

Desgevraagd vinden alle panelleden dat er een issue is: de knelpunten zijn helder, de reacties uit de zaal geven aan dat het complex is. De oplossing is niet zomaar voor handen, maar het is goed om het inzichtelijk te maken. Duidelijk is dat alle betrokkenen aan de slag moeten.

Jack Hutten vindt dat de ervaren werkdruk niet alleen in betaaltitels kan worden vertaald, ook erkenning ervan is belangrijk. Verder vindt hij dat er niet alleen gekeken moet worden naar verbetering van de huisartsenbesteding maar ook naar de aanpak van de problematiek van patiënten in sociale zin. Hij pleit voor een lokale aanpak van de complexe patiënt, waarin zorgverleners nauw samenwerken met gemeente en zorgverzekeraar om tot een oplossing op maat te komen. Er is geen landelijke oplossing mogelijk voor deze specifieke problematiek.

Paulus Lips kent de problematiek vanuit zijn eigen ervaring als huisarts en als LHV-bestuurder hoort hij dagelijks zowel uit achterstandswijken als niet-achterstandswijken dat huisartsen het ontzettend druk hebben, niet alleen overdag maar ook tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. De rek is eruit. Zorgverzekeraars en VWS verwachten veel van de huisarts, maar om dat wat verwacht wordt ook te kunnen waarmaken, moet er fundamenteel wat veranderen, aldus de LHV-bestuurder.

Eerste prioriteit is meer tijd voor de patiënt. Dat betekent minder patiënten per FTE huisarts of een kleinere normpraktijk. Met minder patiënten blijft er meer tijd over voor overleg. Hij twijfelt over de suggestie van 30-, 40- en 50-minuten consulten. Dat maakt het ingewikkeld, terwijl de LHV juist streeft naar vereenvoudiging. Paulus is van mening dat er extra geld moet worden vrijgemaakt voor de kwaliteit van de huisartsenzorg. Huisartsen in achterstandswijken en huisartsen met veel ouderen zijn de groepen die daarvoor als eerste in aanmerking komen. Complexiteit en zorgzwaarte moeten daarvoor het uitgangspunt zijn. Hij vindt het niet verstandig om het extra geld ten koste te laten gaan van huisartsen met een gewone populatie, ook zij hebben het druk.

Jack Hutten denkt dat er in het systeem wel geld zit voor andere oplossingen, waardoor de huisarts het minder druk krijgt.

Margriet de Jager vindt dat er niet langer over het systeem gepraat moet worden, maar dat betrokkenen samen met elkaar in de wijk aan de slag moeten gaan. Ieder kan vanuit zijn eigen deskundigheid daaraan een bijdrage leveren. Ondanks de weerbarstigheid van de praktijk van alle dag ziet zij genoeg mogelijkheden, bijvoorbeeld door het schuiven van budgetten, het ziekenhuis de wijk in te halen, aan te sluiten bij projecten die gaande zijn. Zij roept op te experimenteren en daarvan te leren. Ze heeft voorbeelden, die ze graag wil delen.

Ria van Bodegom vindt dat de LHV voorbij gaat aan het feit dat de huisarts in een achterstandswijk niet alleen sociaal maar ook medisch meer op zijn bordje krijgt, bijvoorbeeld door verschuiving van zorg van de tweede- naar de eerstelijns.

Dagvoorzitter Marianne van den Anker grijpt terug op de oproep die Corinne Collette aan het begin van deze bijeenkomst deed: wat kunnen de panelleden doen om het de huisartsen mogelijk en gemakkelijker te maken om goede zorg te bieden aan patiënten die vaak arm en soms ook dom zijn?

Denise van der Klauw geeft aan dat ZN niet de zorg voor de patiënt kan overnemen, maar het wel gemakkelijker kan maken. De patiënten zijn uiteindelijk de klanten van de zorgverzekeraar. Ze erkent dat de huisarts steeds meer op zijn bordje krijgt, maar vindt geld niet de enige oplossing. Ook goede samenwerking en de inzet van andere disciplines (denk aan POH GGZ, specialisten ouderenzorg) kunnen een bijdrage leveren. Door zorg uit de tweedelijns te halen, komt er meer geld beschikbaar voor de eerstelijns. Ze wil graag landelijk afspraken maken, maar de concretisering daarvan moet lokaal plaatsvinden.

Frans Smits brengt in dat hij niet onder de indruk is van de regie van de zorgverzekeraar. Het blijkt in de praktijk lastig om afspraken met de zorgverzekeraar te maken, nog los van het gebrek aan continuïteit in de samenwerking door de voortdurende personeelwisselingen. Ook ziet hij een cultuurverschil: buurtteams willen 's ochtends om 10 uur overleggen, als de dokter in zijn spreekuur zit. Dokters hebben pas na 17 uur tijd voor overleg. Er moet dus wat af om ruimte te maken voor overleg tijdens kantooruren.

Jack Hutten roept zorgverzekeraars op te kijken naar de samenstelling van de basispolis voor patiënten in achterstandswijken. Ook Margriet vindt dat zorgverzekeraars dat veel meer zouden moeten doen, maar voegt daaraan toe dat de lokale aanpak nog mogelijkheden heeft die niet worden benut. De afweging tussen wat wordt betaald uit de ZVW en wat uit de WMO wordt nog onvoldoende gemaakt.

Jacqueline van Riet, huisarts in Utrecht, stelt voor te stoppen met het doorgeven van de hete aardappel. Iedereen weet wat er speelt, maar wie pakt de regie?

Anne van Stalen, huisarts in Slotermeer, vindt het kwetsend dat de suggestie wordt gedaan dat huisartsen te weinig samenwerken. Zij gelooft in de georganiseerde eerstelijns, maar zij ervaart dat de toekomstbestendigheid op het spel staat. Zij vindt het een zorgelijke ontwikkeling dat een vacature in haar praktijk niet vervuld wordt, omdat huisartsen niet willen werken in een achterstandswijk.

Frans Smits zag tijdens een werkbezoek in Engeland dat achterstandswijken geen huisarts meer hebben. Als de beleidsmakers nu geen maatregelen nemen, gaat dat ook in Nederland gebeuren.

Dagvoorzitter Marianne van den Anker constateert dat de huisartsen in achterstandswijken niet zijn gehoord in de onderzoeken die vandaag zijn gepresenteerd. Er staat een eerstelijnsconvenant op stapel. Wordt hun stem daar in meegenomen? Wordt erkend wat er aan de hand is in de achterstandspraktijken?

Wouter Hobbelink vindt dat er ruimte moet zijn voor maatwerk. Desgevraagd biedt hij aan dat de NZA zich wil inspannen om deze ruimte te creëren.

Paulus Lips zegt toe dat de LHV meer aandacht zal geven aan achterstandswijken. Er moet een betere samenhang komen tussen ZVW en WMO, met een ICT-systeem om patiëntgegevens tussen betrokken zorgverleners veilig te kunnen uitwisselen. De hete aardappel ligt bij zorgverzekeraars en overheid. Als zij eerstelijnszorg van goede kwaliteit willen behouden, moeten er keuzes worden gemaakt en moet er geld voor worden uitgetrokken, aldus Paulus.

Jack Hutten vindt het belangrijk om elkaars werelden te leren kennen. Hij wil met zijn collega's de praktijken in om meer gevoel te krijgen waar het om gaat en om van daaruit op basis van respect samen verder te werken.

Achterstandsfondsen nemen het initiatief om dit te organiseren.

6. Samenwerking met Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en ZonMw

Dagvoorzitter Marianne van den Anker nodigt Willem Jan Meerdink, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), en Ineke Voordouw, ZonMw uit naar voren te komen en vraagt naar hun bijdrage aan de discussie. Is er samenwerking mogelijk met RVS en ZonMw?

Ineke Voordouw nodigt het bestuur van de Achterstandsfondsen uit om te bespreken wat ZonMw zou kunnen betekenen op dit gebied. Ineke is graag bereid te kijken welke mogelijkheden de programmering van ZonMw hiervoor biedt. Willem Jan Meerdink is al bezig met wat vandaag is besproken, maar input blijft altijd van harte welkom. Hij denkt dat wat vandaag gezegd is een druppel op een gloeiende plaat blijft als er niet ook gewerkt wordt aan collectieve preventie van de gezondheids- en sociale achterstanden van deze patiëntengroep. De huisarts en een consistente en coherente samenwerking zijn daarbij belangrijk, met ruimte om te experimenteren en daarvan te leren. Hij ziet niets in een betaaltitel voor complexe patiënten. Individuele problemen kunnen niet door middel van systeemmaatregelen op macroniveau worden opgelost.

7. Tenslotte

Corinne Collette vond de bijeenkomst een mooi podium om elkaar te spreken en kondigt aan dat er in november een vervolg zal worden georganiseerd.

Dagvoorzitter Marianne van den Anker sluit de bijeenkomst en nodigt alle aanwezigen uit voor een drankje na. Alle sprekers en panelleden worden met bloemen en applaus hartelijk bedankt voor hun bijdrage aan de bijeenkomst.