



*mijn*  
**Het zal ~~mij een~~  
zorg zijn!**

7 routes naar een gezond zorgstelsel

Steven de Waal

# Het zal ~~mij een~~ *mijn* zorg zijn!

7 routes naar een gezond zorgstelsel

Dr. Steven P.M. de Waal

© Steven P.M. de Waal, Utrecht  
Uitgave 1e editie Public Space Foundation,  
maart 2023  
Verkrijgbaar als paperback en ebook

ISBN  
Paperback: 978-90-833266-0-3  
Ebook: 978-90-833266-1-0

Auteur: Steven de Waal  
Eindredactie: Ellen Altenburg  
Vormgeving: Rob de Bree & Martin Leclercq  
Foto auteur: Renee Klein  
Foto cover: Shutterstock | Fizkes

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze  
uitgave mag openbaar worden gemaakt  
door middel van druk, fotokopie, internet,  
e-reader, opname of op welke andere  
wijze ook, zonder vooraf schriftelijke  
toestemming van de uitgever.

Public Space Foundation  
Nieuwegracht 58  
3512 LT Utrecht  
[Publicspace.nl](https://publicspace.nl) / [Publicspace.eu](https://publicspace.eu)

# Inhoudsopgave

Voorwoord	15
Inleiding: een moderne veranderingsaanpak van de gezondheidszorg	17
Route 1 Stimuleren van civil leadership	29
Route 2 Bevorderen van gezondheid	45
Route 3 Financieren van toegevoegde gezondheidswaarde	65
Route 4 Organiseren vanuit praktische wijsheid van zorgprofessionals	89
Route 5 Ontwikkelen van zorgplatforms en platformorganisaties	109
Route 6 Realiseren van zorg in de woonomgeving met eigen regie van de patiënt	135
Route 7 Stimuleren van moedig leiderschap	153
Dankwoord	169
Bij dit boek betrokken Denkn netwerk van Public Space Foundation	173
Relevante eerdere publicaties	177
Over Steven P.M. de Waal	181
Over Public Space Foundation	183
Eindnoten	185

# Uitgebreide inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>15</b>
<b>Inleiding: een moderne veranderingsaanpak van de gezondheidszorg</b>	<b>17</b>
Leren van een crisis	18
Met alleen rapporten komen we er niet	18
Polderen: niet hinderen maar hindernissen opruimen	20
Genoeg gepolderd, ruim baan voor civil leaders	20
Omarm de disruptive power of citizens	21
De illusie van centrale regie	21
Huidige misvattingen over verandering in de zorg	22
Verandering van complexe systemen begint van onderop	24
Naar een goed functionerend zorgstelsel	25
Zeven routes als leidraad	26
<b>Route 1 Stimuleren van civil leadership</b>	<b>29</b>
Transformatie naar betere gezondheidszorg slaagt alleen met meer civil leaders	29
Wat betekent civil leadership?	29
De nieuwe macht van de burger	30
Nieuwe combinatie van management en leiderschap	32
Vijf kenmerken van civil leaders	33
Waarom we meer civil leaders nodig hebben in de zorg	35
Roep om civil leaders	36
Institutionele partijen moeten niet hinderen maar vernieuwing omarmen	38
Lessen voor leiderschap uit de coronapandemie	38
Vergissing: het verbod op samenwerking tussen GGD Limburg-Noord en huisartsen door ministerie VWS	39
Vergissing: 'verhulde' rantsoenering van mondkapjes en andere beschermingsmiddelen	40
Tijd voor ambitie	41
Oproep aan de lezer om zich te ontwikkelen tot civil leader	41
VOORBEELDEN VAN CIVIL LEADERSHIP	42
Zorgorganisatie Omring brengt de zorg graag dicht bij de patiënt - Jolanda Buwalda en Frido Kraanen	42

Cardiologie Centra Nederland brengt met HartWacht de cardioloog 24/7 dichtbij - Igor Tulevski	42	Transformatie van Philadelphia Zorg naar kleinschalige gehandicaptenzorg in de buurt - Cees Hovenkamp	61
Amsterdamse daklozen laten helpen door Nokia en Ben & Jerry's - Zuster Giuseppa Witlox	43		
<b>Route 2 Bevorderen van gezondheid</b>	<b>45</b>	<b>Route 3 Financieren van toegevoegde gezondheidswaarde</b>	<b>65</b>
Verschuiving zichtbaar naar bevorderen van gezond gedrag	45	Verschuiving: van output- naar outcome-financiering	65
Derde ontwikkelingsfase macrozorgsystemen	46	Grote gevolgen voor de bedrijfseconomie van zorgpartijen	65
Noodzaak tot sector overstijgend denken	46	Value Based Healthcare: waarde creëren voor de patiënt	66
Vernieuwing zorgstelsel raakt ook aan andere sectoren	47	Misverstand rond echt marktgericht denken versus commercie	66
Werken aan gezondheid is meer dan preventie	48	Patiënt en public value centraal	68
Goede voorlichting en feedback als noodzakelijke basis	50	Nadelen van financiering op output	69
Nieuwe allianties in de zorg tussen burgers en maatschappelijk ondernemers	51	Het stimuleert de inspanningen van de zorgprofessional en níet het behaalde gezondheidsresultaat voor de patiënt	69
Samenwerking met maatschappelijk ondernemers	51	Het zit samenwerking tussen zorgaanbieders in de weg	70
Fundamentele kanteling naar burgerperspectief	51	Vergissing: optreden Inspectie Gezondheidszorg bij incidenten verpleeghuiszorg	71
Bevorderen van gezondheid is economische bedreiging voor bestaand zorgaanbod	53	Het is gebaseerd op de schijn van marktwerking	72
Huidig zorgaanbod te veel ingericht als 'fabriek'	53	Het systeem neemt niet alle achterliggende structurele kosten mee in de berekening	73
Hinder door economische belangen	53	Consequenties van slecht 'inkopen'	74
Bevorderen gezondheid in deze fase vergroot helaas het verschil tussen arm en rijk	55	Op weg naar financieren op outcome	75
Collectieve zorgverzekering: toegang voor iedereen	55	Grote organisatorische consequenties; ziekenhuizen als een keten van kleinschalige klinieken	76
Filters op toegang tot de zorg	55	Samenwerking en focus leiden tot meer vertrouwen en hoger gezondheidsrendement	78
Gezondheidsverschillen blijven groot door verschil in leefomstandigheden	56	Misverstanden rond medisch specialisten als ondernemers	78
De werkelijke uitdaging: omslag van administratie en controle naar menselijke aandacht	56	Mogelijke oplossingen voor het Medisch Specialistisch Bedrijf	79
VOORBEELDEN VAN CIVIL LEADERSHIP	57	Verminderen van bureaucratie	80
Introductie van keuzehulpen - Patiëntenfederatie Nederland	57	Nieuwe financieringsinstrumenten	80
Zorg voor ouderen in hun eigen dorp - Austerlitz Zorgt	58	Kunstmatige koopkracht voor patiënten - PGB als waardevol instrument	81
Nieuwe basisfilosofie bij heropvoeding probleemjongeren bij Hoenderloo Groep - Hans Nieuwerkerke	59	VOORBEELDEN VAN CIVIL LEADERSHIP	85
Manifest voor Leefstijlgeneeskunde	59	Reorganisatie op basis van patiëntenstromen - Karolinska University Hospital in Zweden	85
Innovatietechniek toegepast op denken over en werken aan gezondheid - Chicago	60	Integraal experimenteerbudget	85
Van een vak als fietsenmaker naar duurzaamheid, gezondheid en toekomstperspectief - Cantal Bakker	61	Online platform - International Consortium for Health Outcomes Measurement	86
		Maatschappelijke 'beurs' voor goede initiatieven - MAEX	86

<b>Route 4 Organiseren vanuit praktische wijsheid van zorgprofessionals</b>	<b>89</b>	Nieuwe mogelijkheden door nieuwe data infrastructuur	120
De kwaliteit van de zorgprofessional is voor patiënt en naaste de belangrijkste factor	89	Missers bij juiste omgang met persoonlijke gegevens van patiënten	121
Protocolen geen garantie voor goede zorg	90	Varianten van het elektronisch patiëntendossier	122
Professioneel oordeel van zorgprofessional is leidend	90	De opkomst van platformorganisaties vraagt een ander type management	123
Stimuleer professionals om ook hun praktische wijsheid te gebruiken	92	Drie grote gevolgen voor organisatie en bestuur	124
Het belang van Care, Cure and Core	95	Misverstanden rondom implementatie van nieuwe technologie	125
Ontwerp professionele kwaliteit en kwaliteitsbewaking in lagen	95	Grote effecten op topstructuur en bestuur	127
Laag 1 De professionele kwaliteitsbewaking	96	Zelforganisatie van alle zorgprofessionals	129
Laag 2 De organisatorische kwaliteitsbewaking	96	Ook zelforganisatie in verzekeringen	129
Laag 3 Extern scherp houden van het hele systeem van kwaliteitsbewaking	96	<b>VOORBEELDEN VAN CIVIL LEADERSHIP</b>	<b>130</b>
Noodzaak van een fundamenteel nieuwe visie op organiseren, leiding en werkcultuur	101	Behandeladvies op maat voor oudere patiënt met kanker - Suzanne Festen (UMCG)	130
Hoopvol: krappe arbeidsmarkt noopt tot vernieuwd werkgeverschap	102	Healthy Living as a Service - Claudine Lamothe	130
<b>VOORBEELDEN VAN CIVIL LEADERSHIP</b>	<b>104</b>	E-health instrumenten ter ondersteuning van medische diagnose - Esther Talboom	131
Het Dagelijks Bestaan helpt jongeren beter op eigen benen te staan - Ingrid Rebel	104	Ziekenhuis Zuyderland zet livestreams vanaf de operatiekamers online - Eric Belgers en Meindert Sosef	131
Sensire ontwikkelt online platform om vraag en aanbod beter te matchen - Maarten van Rixtel	104	Interactieve Nederlandse Kankeratlas toont impact van kanker per regio - Valery Lemmens (IKNL)	132
Utrechtse deskundige verslaafdenzorg heeft eigen kennis van de straat - Riet van Denderen	105		
Spontane vaccinatie op straat in de probleemwijk Feijenoord, Rotterdam-Zuid - Shakib Sana en Robin Peeters	106	<b>Route 6 Realiseren van zorg in de woonomgeving met eigen regie van de patiënt</b>	<b>135</b>
Het St. Elisabeth Ziekenhuis: 't liefste ziekenhuis van Nederland - Wim van der Meeren	106	Organiseer zorg dichterbij huis en vergroot de eigen regie	135
Humanitas als kweekvijver voor andere omgang in ouderenzorg - Hans Becker	107	Creëer bewustzijn bij de patiënt en naasten	136
		Regie van patiënt en naasten	136
<b>Route 5 Ontwikkelen van zorgplatforms en platformorganisaties</b>	<b>109</b>	Investeer in digitale hulpmiddelen die zorg dichterbij patiënt, familie en woonomgeving faciliteren	138
Leer inspelen op de 'Disruptive power of patients'	110	Leer inspelen op nieuwe eisen aan ketenzorg, ICT-infrastructuur en 1 <sup>e</sup> lijn	138
Ontmoeting van vraag en aanbod op een platform	110	Opschalen naar multidisciplinaire centra boven de silo's	143
Invloed van platforms op de zorg	110	Investeer in partnership met de patiënt	146
Houd rekening met drie soorten nieuwe macht van burgers	111	<b>VOORBEELDEN VAN CIVIL LEADERSHIP</b>	<b>147</b>
1 Macht over de publieke opinie	112	Community based health care in de tropen - Michèle van Vught	147
2 Macht tot snelle en massale mobilisatie vanuit burgers zelf	115	Bewaking van de hele ICT-infrastructuur - Tergooi Medisch Centrum	147
3 Macht tot het zelf verzamelen en onderling delen van kennis	116	Geïntegreerde multidisciplinaire gezondheidscentra - Almere	148
Platforms hebben het (nog) lastig in de zorg	119	Multidisciplinaire aanpak - Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra te Utrecht	149
		Het Zorgkwartier - Paul Habets	149

Bijzondere ontmoetingsplaatsen Bij de Halte - Ilona Zuidema	149
Ouderenwooncomplexen Knarrenhof - Peter Prak	150
Nederland Zorgt Voor Elkaar - Jan Smelik	150
<b>Route 7 Stimuleren van moedig leiderschap</b>	<b>153</b>
Meer behoefte aan Civil Leadership	153
Leiderschap is nooit zonder risico	154
Waarden: drijfveren van civil leaders	155
Persoonlijke historie	155
Té grote verontwaardiging	155
Maatschappelijk ondernemer ziet de openlijke mismatch tussen nood en bestaande hulp	156
Doorzetten op openlijke steun	156
Inzet van zakelijke innovatieve aanpak	157
Naast goed leiderschap, is er ook slecht leiderschap	159
Typisch Nederlands: weinig waardering voor leiderschap	161
Geen oog voor ontbrekend leiderschap	162
Behoeft aan systeem voor kwaliteitstoetsing voor bestuurders	162
Oproep aan de lezer	163
VOORBEELDEN VAN CIVIL LEADERSHIP	164
Strijd tegen de tabaksindustrie en lobby anti roken - Wanda de Kanter	164
ParkinsonNet, netwerk van gespecialiseerde zorgprofessionals - Bas Bloem	165
Skewiel Trynwâlden Ombouw intramurale zorg naar zorg dichtbij huis - Foeke de Jong	165
Ondernemende innovaties in de zorg - Paul Baan	166
<b>Dankwoord</b>	<b>169</b>
<b>Bij dit boek betrokken Denkn netwerk van Public Space Foundation</b>	<b>173</b>
<b>Relevante eerdere publicaties</b>	<b>177</b>
<b>Over Steven P.M. de Waal</b>	<b>181</b>
<b>Over Public Space Foundation</b>	<b>183</b>
<b>Eindnoten</b>	<b>185</b>

*Leadership is an activity, not a position.*

*Anyone can lead, anytime, anywhere.*

*Leadership starts with you and must engage others.*

*Your purpose must be clear.*

*It's risky.*

Principles of the Kansas Leadership Center



# Voorwoord

Wij allemaal hebben ons hele leven behoefte aan goede gezondheidszorg. Ieder van ons heeft daar groot individueel belang bij, zelfs levensbelang, bijvoorbeeld bij een al dan niet aangeboren ziekte. Anderen hebben er belang bij vanuit de rol van familielid of vriend. We hebben daarnaast allemaal een groot gemeenschappelijk belang bij goede zorg voor iedere medeburger die een ziekte kan overkomen. We uiten dat door samen te betalen aan een solidair verzekeringssysteem dat die zorg voor iedereen mogelijk en toegankelijk maakt.

Al langer zien we dat ons solidaire zorgstelsel, dat veel en goede zorg levert aan veel mensen, onder druk staat. Daarover zijn vele rapporten verschenen die de problemen goed hebben geanalyseerd en dus het gevoel van urgentie en noodzaak tot ingrijpen hebben vergroot. Het gevaar is echter dat ze wel goed onderbouwd de pijnpunten en problemen schetsen, maar niet de noodzakelijke beweging en verandering aangeven die vanuit de praktijk op de werkvloeren van de zorg zelf moeten plaatsvinden, zowel professioneel als bestuurlijk. Daar moet het natuurlijk wel gebeuren wil het tot verbetering leiden. Vreemd genoeg leggen die rapportages vaak de oplossing alleen bij de nationale overheid neer. Met alleen pijnpunten benoemen en afwachten tot welk inzicht en met welk plan de nationale overheid vervolgens komt, komen we er niet.

Ik ben daarom blij dat Steven de Waal het op zich genomen heeft om in dit boek te schetsen waarheen ons zorgstelsel moet kantelen en hoe we daar komen. Wie persoonlijk wil bijdragen aan de oplossing nodig ik van harte uit verder te lezen in dit inspirerende boek.

Steven schetst 7 gewenste routes van verandering, maar vooral ook hoe we daaraan kunnen bijdragen en moeten voortbouwen op de vele initiatieven van maatschappelijk leiderschap die we in die hele gezondheidszorg al zien. Ik ben het zeer met hem eens dat de kanteling al begonnen is. Ik heb daar ook, net als hij, mooie voorbeelden van gezien in de vele jaren waarin ik mij met hart en ziel heb ingezet voor de gezondheidszorg. Het is nu zaak dat we zelf dagelijks op de werkvloer en ook als bestuur moedige stappen blijven zetten.

## VOORWOORD

Steven heeft werkelijk grondig inzicht in de gezondheidszorg, zowel nationaal als internationaal, in publieke en private organisaties en gelden, de rol van de overheid, maar ook in de actieve en steeds invloedrijkere rol van patiënten en naasten. Hij heeft als geen ander weet van de noodzakelijke, maar vaak moeilijke maatregelen die moeten worden genomen in stelsels en structuren en dus ook op het gebied van wetgeving en collectieve financiering.

Ik wens u veel leesplezier en vooral inspiratie voor uw eigen maatschappelijk leiderschap ten dienste van een betere gezondheidszorg!

Martin van Rijn

# Inleiding

## Een moderne veranderingsaanpak van de gezondheidszorg

Als er al een moment is om zevenmijlslarzen aan te trekken en een nieuwe weg in te slaan, dan is het nu. Het is tijd om voortvarend stappen te zetten in de richting van structurele veranderingen van ons zorgsysteem. We zien dat in alle Westerse zorgstelsels, waaronder ook het Nederlandse.

De gezondheidszorg in de Westerse landen was al vóór de pandemie aan herijking, reflectie en nieuwe wegen toe.<sup>1</sup> De huidige kwaliteit van zorg is in de toekomst niet meer op te brengen, we moeten dringend andere keuzes gaan maken.

Al enkele jaren buig ik me over een nieuwe manier van denken over en vooral aanpakken van dit probleem. Vanuit Public Space Foundation ben ik in binnen- en buitenland bij diepgaande discussies en denktanks over de zorg betrokken geweest. Tijdens de debatten waaraan ik als spreker de afgelopen jaren heb mogen bijdragen, heb ik de discussie aangezwengeld en intensief gevolgd - op zoek naar een andere manier van denken over gezond zijn en ziek zijn en de plaats van de gezondheidszorg en zorgstelsels daarin.

En toen kwam corona.

De wereldwijde gezondheids crisis als gevolg van de COVID-19 pandemie heeft de noodzaak tot transformatie versneld. De huidige kwaliteit van zorg is onhaalbaar en onbetaalbaar gebleken. Ze is inmiddels ook onhoudbaar vanwege het structurele en nijpende personeelstekort.<sup>2</sup> Patiënten en naasten ondergaan lijdzaam de steeds langere wachtlijsten en de druk op mantelzorgers neemt toe. Afdelingen Spoed Eisende Hulp lassen jaarlijks vele duizenden keren een 'stop' in vanwege overmatige drukte in hun ziekenhuis.<sup>3</sup>

## Leren van een crisis

Er is nu momentum om een scherp debat te voeren over werkelijke oplossingen en de nieuwe zienswijze en transformatie van het zorgstelsel ook te gaan implementeren. Daarbij gaat de oude wijsheid op: men leert het meest van en kort na een crisis en dan is de veranderingsbereidheid ook het grootst.

Voor, tijdens en na de coronacrisis heb ik naar aanleiding van congressen en debatten over de toekomst van de zorg een analyse gemaakt van fundamentele veranderingen die noodzakelijk zijn in het zorgstelsel. Mijn analyse heeft geleid tot een zevental oplossingsrichtingen. Die heb ik daarna uitvoerig getoetst binnen het netwerk van Public Space Foundation. Dit netwerk loopt uiteen van betrokken burgers, die in het geval van gezondheidszorg natuurlijk allemaal ook ervaringsdeskundigen zijn, tot zorgprofessionals op de werkvloer van de gezondheidszorg, tot bestuurlijk verantwoordelijken die gaan over de strategie en operaties van zorgorganisaties, als ook politici die meepraten over of beslissingsbevoegd zijn voor overheidsbeleid. Het netwerk heeft ook een sterk internationaal karakter door de allianties van Public Space Foundation met denktanks over de hele wereld en als lid van internationale research- en practitioners associations.

## Met alleen rapporten komen we er niet

De actuele rapporten met ook wel enige aanwijzingen waar het naartoe zou moeten, stapelen zich op. De belangrijkste heb ik in dit boek verwerkt, vaak ook gebaseerd op mijn actieve deelname aan nationale discussies daarover. En uiteraard ook het rapport 'Samenwerken aan Passende Zorg: de toekomst is nu', geïnitieerd en gedragen door het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit gezamenlijk. Met daarbij de oproep tot een ommezwaai in het denken over zorg, wat ook de basisfilosofie was van het Integraal Zorg Akkoord (IZA).<sup>4</sup>

Het moge duidelijk zijn, met rapporten alleen zijn we nog geen stap dichterbij daadwerkelijke veranderingen. Daar maak ik me zorgen over, omdat het nu lijkt alsof de bestuurlijke- en beleidselite denkt haar werk gedaan te hebben en klaar is met het - samen - produceren van een fraai stuk papier. Ik houd mijn twijfels:

- De polderrapporten zijn inhoudelijk zwak op het essentiële punt van de te realiseren dynamiek en beweging: welke pijnpunten moeten eerst worden aangepakt en vooral door wie, welk stappenplan brengt ons echt verder, waar zit precies de *coalition of the willing* voor deze beweging en route die 'we' blijkbaar willen, welk leiderschap en ondernemerschap moeten we gaan steunen en, niet onbelangrijk in institutionele veranderingen, welke financiële en economische prikkels zetten we in voor de route naar deze betere gezondheidszorg op alle plaatsen waar relevante beslissingen worden genomen?
- Pas als je de noodzakelijke ingrepen formuleert en openlijk kiest, weten we wat al die mooie woorden over waar 'de zorg' naartoe zou moeten, echt betekenen. Natuurlijk horen mooie doelstellingen bij een beoogd veranderingsproces, maar mooie doelstellingen op papier vertonen toch erg het karakter van Bijbelteksten of catechismus stellingen: daarna begint het echte leven pas.
- Dit leidt ertoe dat de echte vernieuwing in de zorg zich vaak niet afspeelt bij deze papieren elite. Sterker nog, degenen die er dagelijks en in praktijk wel innovatief mee bezig zijn en op de werkvloer ervaren hoe moeizaam broodnodige veranderingen tot stand komen, juist die zitten niet aan deze poldertafels. Deze mensen worden daar niet gehoord en de problemen waar zij binnen het huidige zorgstelsel tegen aanlopen, worden zeker niet herkend door degenen die er aan die tafels druk mee bezig zijn.
- Het polderpapier dreigt zelf ook weer te leiden tot het produceren van meer papier: er wordt een grote agenda aan studie- en onderzoekswerk in aangekondigd, die dus deze bestuurlijke elite letterlijk 'van de straat' houdt, waardoor ze in ieder geval de komende jaren niet veel meer doet dan nog meer papier produceren.

Er is een kloof tussen openbaar bestuur met de polder aan de ene kant en de professionele en bestuurlijke werkvloer van de gezondheidszorg aan de andere. Dan denk ik aan alle spanningen, tijdsdruk en lastige keuzes waar mensen binnen de zorg dagelijks mee te maken hebben tijdens hun werk met patiënten, bewoners, cliënten. Dat is niet een vertrouwenskloof waarover de Haagse politiek graag praat. Het is vooral een kloof in perceptie van ieders rol en van de invloed van (academische) studies en papier op het werkelijk veranderen van de zorg. Openbaar bestuur en polder moeten doorkrijgen dat zij vooral een faciliterende rol hebben naar de werkelijke beweging, die zichzelf zeggen zo graag te willen.

## Polderen: niet hinderen maar hindernissen opruimen

Ingrepen in wetgeving, formele voorschriften, optreden en gedrag van externe toezichthouders en collectieve financiering zijn zeker belangrijk voor het faciliteren van die beweging. Die liggen alle bij uitstek op het matje van de polderende partijen. Dat vergt echter niet veel prietpraat over ‘waar de zorg naartoe moet’, maar harde politieke acties en machtsingrepen in systemen. Juist die ontbreken vaak in de officiële polderstukken (papier), maar zeker ook in de daaropvolgende bestuurlijke actie (leiderschap).

Dat komt omdat het polderen ook een escape uit diezelfde echte verantwoordelijkheid mogelijk maakt: diezelfde papieren overleg-elite schrikt terug voor echte harde actie, openlijke pijnlijke analyses jagen partijen van de poldertafel en het compromiskarakter vraagt nu eenmaal dat niet slechts een partij ‘de schuld’ krijgt. De polder (en ook een openbaar bestuur dat zich daaraan overlevert) is nu eenmaal beter in verdedigen van het oude, dan het zien van en inzetten op het nieuwe. Dat is exact de reden waarom we bij deze beweging naar een betere gezondheidszorg moeten inzetten op het maatschappelijk ondernemerschap en maatschappelijk leiderschap dat we al overal op de werkvloeren zien. Helaas denkt de beleidselite zich nog te groot en belangrijk. Ze moeten hun nieuwe rol nog doorkrijgen. Als gevolg van de nieuwe macht van burgers zouden ze meer moeten ondersteunen, faciliteren en vooral juridische en financiële hindernissen wegnemen.

## Genoeg gepolderd, ruim baan voor civil leaders

Hoogste tijd om het zorgstelsel structureel te veranderen in de richtingen waar de echte oplossingen liggen. Die routes zijn waarneembaar, want er is al beweging gaande naar vernieuwing. In dit boek belicht ik veel van deze positieve voorbeelden. Achter elk van deze initiatieven schuilt een maatschappelijk leider (*civil leader*), die met lef en vanuit praktische wijsheid de zorg aantoonbaar vernieuwt volgens de 7 routes die ik in dit boek uitgebreid zal toelichten. Met de juiste aanmoediging kunnen we dit soort activiteiten en initiatiefnemers nog succesvoller laten zijn. Daarom dit boek.

## Omarm de disruptive power of citizens

De grootste culturele veranderingen vinden alleen plaats door af te stappen van verdediging van bestaande belangen en werkwijzen. Veranderingen hebben kans van slagen door het toelaten van nieuwe initiatieven, in dit geval ook initiatieven van patiënten of burgers zelf. En ze hebben kans van slagen door het toelaten van nieuw leiderschap, ook vanuit hele nieuwe partijen. Vooralsnog zie ik de bezorgdheid over de toekomst van de zorg en dus ook het gevoel van urgentie wel toenemen, maar er heerst een conservatieve cultuur als het gaat om - vrijwillig - opgeven van posities en belangen. Dat is ook de reden waarom ik spreek over de ‘*disruptive power of citizens*’, omdat die echte macht van burgers haar invloed gaat uitoefenen op deze starre houding en dit gebrekkig zelfinzicht. Technologie en nieuwe media hebben de burger mondig en machtig gemaakt.

## De illusie van centrale regie

Verandering van een complex systeem begint bij de afzonderlijke delen en is vervolgens van invloed op de samenhang tussen de andere delen in het geheel.

Mijn visie op toekomstige gezondheidszorg presenteer ik als een dynamische en zich ontwikkelende visie, vanuit vele bijdragen en interventies van diverse partijen, waaronder ook de cruciale werkvloer van de gezondheidszorg. Dit heet in de wetenschappelijke literatuur al vanaf de jaren ‘70 de theorie van ‘*complexe systemen*’. Die gaat over de aard en ook mogelijke besturing van wat kan worden aangeduid als sociaal complexe systemen. Dit zijn samenhangende ‘*stelsels*’, bestaande uit vele delen en deeltjes die op verschillende manieren samenhangen en die ook allemaal weer hun eigen interacties en sturing hebben en daarmee ook eigenschappen toevoegen aan dergelijke complexe systemen. De eigenschappen van het systeem zijn niet een op een terug te vertalen naar eigenschappen van de delen. Die intelligente adaptatie vindt namelijk ook weer plaats op elkaar, op nieuwe omstandigheden en op het systeem in z’n totaliteit. Het is dus een sociaal samenhangend systeem van vele delen en deeltjes die met elkaar communiceren, afstemmen en op elkaar reageren.<sup>5</sup>

### Huidige misvattingen over verandering in de zorg

Het zorgstelsel is zeker als zo'n complex systeem te omschrijven. Wil je daar verandering in tweeg brengen, dan zal dit moeten gebeuren vanuit de verschillende delen en vanuit hun interactie op elkaar. Er is geen centrale regisseur. Dit staat haaks op de achterhaalde visie die ik tegenkom in veel politieke en publieke debatten in Nederland, ook als ze worden aangejaagd door wetenschappelijke rapporten.<sup>6</sup> Er zijn drie grote problemen met die gebruikelijke benadering:

1. Ontwerp- en planningsbenadering is achterhaald
2. Centrale regie benadering is hier het verkeerde uitgangspunt
3. Veronderstellingen blijven ten onrechte impliciet

#### *Probleem 1: Ontwerp- en planningsbenadering is achterhaald*

Er is sprake van een ontwerp- en planningsbenadering: als we maar het juiste rationele, goed onderbouwde ontwerp en bijbehorend stappenplan hebben voor de nieuwe gezondheidszorg, dan is dat de eerste stap naar een beter zorgstelsel en weten we ook allemaal wat ons te doen staat om daar te komen. Deze benadering heet in de organisatieliteratuur 'de rationele plan aanpak' en werd van de jaren '60 tot de jaren '80 vaak toegepast bij reorganisaties en strategieontwikkeling. Deze aanpak is daar sindsdien met goede argumenten verlaten als dominante benadering, al komen we hem in naïeve bestuurlijke praktijken en zeker bij veel beleidstheoretici helaas nog veel tegen.<sup>7</sup>

#### *Probleem 2: Centrale regie benadering is hier het verkeerde uitgangspunt*

Deze rationele planningsbenadering bevat uiteindelijk een onbewuste en dus ook vaak verholde politieke analyse: wie 'de' macht heeft, welke machtsinstrumenten die heeft en vooral met welke intentie die aan het werk gaat. Deze benadering leunt immers op de veronderstelling dat er een rationele centrale regisseur is die dat plan a. nodig heeft, b. kan uitvoeren, c. in alle komende keuzes kan handhaven en vasthouden. Dit veronderstelt dus eigenlijk een welwillende en rationele dictator, die het beste met 'de mensen' voor heeft. Er is sprake van een centrale regie benadering, maar wonderlijk genoeg weet men ook al meteen wie die centrale regisseur het beste kan zijn, namelijk de (nationale) overheid.

Vaak is het macro- of nationale niveau weliswaar vanuit rationeel academisch oogpunt terecht het meest passende niveau voor analyse van (nationale)

stelsels en hun toekomst. Maar het is een vergissing te denken dat dit ook het perspectief zou moeten zijn dat bepaalt wie de belangrijkste actor is en dat dit vervolgens vrij klakkeloos en bestuurlijk naïef leidt tot de nationale overheid.

Dit verkeerde uitgangspunt van een sterk 'regisserende' nationale overheid die 'het beste met de mensen voor heeft', is recent nog versterkt doordat in de coronapandemie de dirigerende rol van de nationale overheid natuurlijk evident was en sterk zichtbaar werd. De nationale overheid was de enige met de bevoegdheden vanuit klassieke staatsmacht over sluiting- en gedragsregels, de handhaving daarvan en de inkoop van vaccins, met richtlijnen en uitvoering rond distributie en rantsoenering.

Overigens zagen we daar ook vaak een verwaarlozen van het inzicht dat men bij de uitvoering, ondanks alle staatsmacht, toch nog steeds sterk moest leunen op de bereidheid en het inzicht van burgers zélf om dat gewenste gedrag ook uit te voeren. Dit is geen ideologische opmerking, maar een puur besturingstechnische. De impact van overheidsbeleid is namelijk vele malen groter door het exponentiële of *leverage* effect dat optreedt door massale overname 'van onderaf' en dit wordt door moderne mediatechnologie nog versterkt in 'zwermgedrag'.<sup>8</sup>

De nieuwe macht van burgers ondermijnt het 'poldermodel' als institutioneel arrangement.<sup>9</sup> Polderen is mede ontstaan uit een ingenieursbenadering om op tijd en rationeel om te gaan met conflicten, vanuit een politieke pacificatiestrategie. Dit klassieke polderen werkt niet meer in het huidige landschap, waar digitale tools en media de burger nieuwe macht verlenen.

#### *Probleem 3: Veronderstellingen blijven ten onrechte impliciet*

Wetenschappelijk het grootste probleem is dat men deze veronderstellingen en benaderingen niet expliciet maakt. Het rationele, academische perspectief op macroniveau voor 'bestudering' van problemen en 'aanpak' van 'het zorgstelsel' wordt automatisch en stilzwijgend overgezet naar een 'aanpak' van de verandering door een regisserende, alwetende en alomvattende 'nationale overheid'.

Er wordt niet, wat academisch toch zou moeten, onderbouwd waarom die centrale overheid hiervoor zo geschikt zou zijn, bijvoorbeeld op basis van

ervaringen met overheidsregie uit het verleden. En er is al helemaal geen expliciete formulering van wat deze overheid zelf kan doen, waar allianties met andere partijen nodig zijn, respectievelijk waar toch eigenlijk de burger meer aan zet is. Of waar de burger toch minstens meegenomen moet worden in de beoogde en gewenste richting. Ook dat moet minder ouderwets, het gaat daarbij niet langer om 'draagvlak' voor het al bedachte en voorgenomen beleid, maar om 'co-creatie' van de beoogde transformatie.

Deze drie problemen belemmeren de huidige plannen voor een beoogde transformatie van de zorg. Men staat hierdoor ook niet expliciet stil bij de beste interventies om naar die gewenste toekomst te komen en men gaat voorbij aan de vraag wie deze het beste kunnen uitvoeren. Dat laatste is nogal van belang. Welke partij - nationale overheid, lokale overheid, zorgverzekeraar, bestuurder zorginstellingen, medici en verpleegkundigen, de patiënten zelf - moet welke interventies en gedragsverandering vertonen om deze situatie B van een toekomstige gezondheidszorg dichterbij te brengen?

Er is veel *onafhankelijk* inzicht nodig in veranderingsprocessen binnen complexe krachtenvelden zoals de gezondheidszorg, om openlijk te kunnen waarderen wat ieder van deze partijen, waaronder ook een machtige partij als de nationale overheid (de politiek), het beste kan doen.

### **Verandering van complexe systemen begint van onderop**

Sinds de jaren '70 is in veel wetenschappelijke studies aandacht gevraagd voor deze systeem- en complexiteitstheorie die leidt tot een andere sturingsfilosofie voor grote fundamentele veranderingen. Dit gebeurt namelijk meer van onderop, meer vanuit allerlei kleine, individuele bewegingen die met elkaar en elkaar versterkend (kunnen) leiden tot grote majeure systeemveranderingen.

Wat daarbij vooral versterkend kan werken is een drieslag die deze bewegingen van onderop probeert te stimuleren, te leiden en te gebruiken:

a) een gemeenschappelijk en inspirerend verhaal over de richtingen en doelen van de moeilijke, complexe en langjarige veranderingen,

b) een inspirerend en vooroplopend leiderschap van normatieve, maatschappelijke aard (*civil leadership*) om in al deze beoogde richtingen het voortouw te nemen en de weg te wijzen en

c) het vertrouwen dat de huidige (nog) machtige en institutionele partijen die die macht en invloed hebben opgebouwd in het verleden, deze toekomstige en gewenste nieuwe richtingen begrijpen en minstens gedogen, ook al ondergraaft die op den duur juist hun positie.

Dit is een passender visie dan het klassieke denken in centrale regie door een centrale overheid. Alsof we nog een keizer of koninklijk hof hebben die landen en 'hun' onderdanen aansturen.<sup>10</sup>

Centrale regie vanuit de overheid is niet praktisch uitvoerbaar en bij werkelijk objectief observeren niet te onderbouwen: veel beoogde veranderingen door de nationale overheid zijn mislukt, niet uitgevoerd, alleen papieren voor-nemens gebleven of, nog verwarrender, heel anders uitgevoerd dan ooit bedacht of retorisch verkocht. Laten we vooral niet naïef zijn, daarvoor is de urgentie voor de beste veranderingsaanpak van de moderne gezondheidszorg te hoog.

Dit boek probeert deze drie bovenstaande elementen te ondersteunen vanuit de 7 routes, en wil het maatschappelijk leiderschap inspireren in de goede richting. Tegelijkertijd probeert het de zittende institutionele partijen ervan te overtuigen dat deze verandering nodig is, ook al kan het op onderdelen bedreigend zijn voor hun posities.<sup>11</sup>

### **Naar een goed functionerend zorgstelsel**

Vanuit het hierboven beschreven complexiteitsperspectief heb ik 7 routes geformuleerd, die samen leiden tot een oplossing. Ik hoop te bereiken dat veel bestuurders en zorgprofessionals deze routes als uitgangspunt nemen voor hun eigen handelen, koers en keuzes binnen hun domein en invloed-sfeer. De discussie en beoordeling van deze oplossingsrichtingen moet dus starten bij de vraag of velen zich hierin herkennen, er enthousiast van worden en het omarmen als goede routes om te bewandelen, vanuit hun perspectief, hun positie en binnen hun mogelijkheden.

Hopelijk zullen de komende hoofdstukken dat enthousiasme aanwakkeren. We hebben immers de inzet en creativiteit van iedereen in de gezondheidszorg nodig om deze routes in te slaan en de gewenste situatie te realiseren.

### **Zeven routes als leidraad**

Dit boek wil leidraad en inspiratiebron zijn voor de bestuurlijke en praktische keuzes van de vele partijen, professionals en burgers. De kern bestaat uit 7 transformatieroutes die de beoogde vernieuwing van de Nederlandse gezondheidszorg samenvatten, vanuit een visie op de beste veranderingsaanpak van een complex systeem als de zorg:

- Route 1 Stimuleren van civil leadership
- Route 2 Bevorderen van gezondheid
- Route 3 Financieren van toegevoegde gezondheidswaarde
- Route 4 Organiseren vanuit praktische wijsheid van zorgprofessionals
- Route 5 Ontwikkelen van zorgplatforms en platformorganisaties
- Route 6 Realiseren van zorg in de woonomgeving met eigen regie van de patiënt
- Route 7 Stimuleren van moedig leiderschap

Deze 7 routes werk ik hierna per hoofdstuk uit, telkens met enkele hoopgevende voorbeelden die nu al in de zorgpraktijk zichtbaar zijn. Ook zal ik niet aarzelen de pijnlijke keuzes die er gemaakt moeten worden te benoemen.

Dit boek is geen eindresultaat. Het biedt hopelijk inspiratie voor de juiste waarden en routes en wil tegelijkertijd een gevoel van eigenaarschap aanwakkeren voor de verschillende onderdelen van deze transformatie.

Graag wil ik eenieder aanmoedigen om deze denkwijze te omarmen, mee uit te voeren en een steentje bij te dragen aan de verandering van ons zorgstelsel. Achter in dit boek zijn noten opgenomen met literatuurreferenties, maar ook met aanzetten voor diepgaander vervolgstudie en ter onderbouwing van sommige stellingen. Deze eindnoten bieden voor de geïnteresseerde lezer aanvullende toelichting, achtergrond en uitwerking van sommige thema's die langskomen. In het overzicht 'Relevante eerdere publicaties' achterin is te zien welke van mijn eerdere publicaties hebben bijgedragen aan de onderbouwing van dit boek.

Mijn oprechte dank gaat uit naar velen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit gedachtegoed. Graag verwijs ik de lezer naar mijn Dankwoord achterin, en het overzicht aldaar van alle bij dit boek betrokken deelnemers uit het Denkn netwerk van Public Space Foundation.

Veel leesplezier, herkenning en stimulans voor eigen initiatief, juiste keuzes en eigen maatschappelijk leiderschap op de weg die we allemaal moeten gaan naar een betere gezondheidszorg.