



Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur

OVER ZORG BESTUREN

*Bestuurlijk werk in beeld gebracht:
over gebaande paden en nieuwe wegen*



Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur

OVER ZORG BESTUREN

*Bestuurlijk werk in beeld gebracht:
over gebaande paden en nieuwe wegen*

Inhoudsopgave

Inleiding

Dilemma's en dynamieken in zorgbestuur prof. dr. Wilma van der Scheer	1
Zorg in transitie: een veranderkundige verkenning dr. Marco de Witte	25
Competent besturen, integraal of met CFO naast je? dr. ir. Joost Zuurbier	47
Besturen en toezien in situaties van bijzonder beheer prof. dr. Richard Janssen	63
Besturen in een witte jas dr. Yolande Witman	79
Governance van zorginnovatie: organiseren in onzekerheid dr. Maarten Janssen	93
Wanneer veranderen falen wordt: vier onderliggende patronen dr. Relinde de Koeijer-Gorissen	117
Wat maakt iemand tot bestuurder? dr. Martijn Jansen en mr. Helene Wüst	139
Netwerken als 'werk in uitvoering' dr. Oemar van der Woerd en drs. Frank Beemer	159
Een decennium op weg naar Waardegedreven Zorg dr. Veerle van Engen, dr. Martina Buljac, dr. Igna Bonfrer, dr. Ingrid Peters & prof. dr. ir. Kees Ahaus	179
De feestgangers van Edgar Allan Poe prof. dr. René ten Bos	193
20 jaar Erasmus Centrum voor Zorgbestuur	203

Over zorg besturen

Copyright © 2026 Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Redactie: prof. dr. Wilma van der Scheer en prof. dr. Richard Janssen

Vormgeving en layout: BabOnline

Omslag beeld: Shutterstock

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke nadere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs en/of voorzitters van de stuurgroep en programma board. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inleiding

Over gebaande paden en nieuwe wegen

Een bundel over zorg besturen. Over gebaande paden en nieuwe wegen, zoals de ondertitel luidt. Het klinkt als een wandelgids en daar heeft het ook wel raakvlakken mee. Niet het type gids waarmee je het Pieterpad loopt. Een pad dat zo nauwkeurig beschreven, uitgezet en gevisualiseerd is dat je werkelijk niets kan overkomen onderweg. Zo maakbaar is de bestuurlijke praktijk niet. Ook lijkt het op geen enkele manier op het beroemde filosofische werk van Rebecca Solnit: 'Wanderlust' (2019), waarin zij alle denkbare invalshoeken tot het wandelen zelf – als activiteit – beschrijft. Noch zo precies als de Pieterpad-gids, noch zo compleet als Rebecca Solnit's Wanderlust zijn we met deze bundel over zorg besturen. Toch is er die associatie met wandelen en een wandelgids. In de eerste plaats omdat 'zorg besturen' een werkwoord is, een activiteit oftewel een practice. Managen en besturen kun je niet leren uit een lesboek vol handige managementinstrumenten en -modellen. De kennis zit verborgen *in* het handelen zelf, zoals Schön (1983) zo mooi beschrijft. Managen en besturen leer je in belangrijke mate door het te doen, en door te reflecteren op dat doen. Het gaat over in beweging komen, over zin en richting vinden.

Stephan Graham - nog zo'n bekende wandelaar - schreef een eeuw geleden: "*Als je weet hoe je moet wandelen, weet je ook hoe je moet leven*". Deze metafoor gaat ook op voor het managen en besturen in de zorg, durf ik te stellen. Dit boek over zorg besturen heeft wel iets weg van het handboek voor de wandelaar dat Stephan Graham schreef. In 'Het geluk van een wandelaar' uit 1926 behandelt hij de beste uitrusting voor het wandelen, wat te doen als je blut bent of als je verdwaalt, hoe je met onbekenden contact kunt maken en welke mentaliteit het wandelen vraagt: de bereidheid je open te stellen voor het onvoorspelbare. Het gaat met andere woorden over een goede voorbereiding (de technisch-inhoudelijke expertise die je nodig hebt), goede zelfkennis, relationele kwaliteiten en de omgang met het onbekende. Allemaal aspecten die ook opgaan voor zorg besturen. Welke wandeling je ook maakt, er zijn keuzes te maken. Blijf je op het vertrouwde pad, reeds uitgezet (met markering), al gebaad door anderen, door je voorgangers of door jezelf? Of ga je een nieuwe route verkennen en waar ga je dan op letten? Hoe bereid je je voor op het onbekende? Wat gaat mee in de plunjezak en wie mag er met je oplopen?

In deze bundel beschrijven wij, programmaleiders en kerndocenten van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, op basis van onze eigen ervaringen en onderzoeken verschillende aspecten van zorg besturen. Aanleiding vormde ons jubileumjaar: in 2025 bestond Erasmus Centrum voor Zorgbestuur 20 jaar. Over de jaren is veel geïnvesteerd in het verzamelen van kennis over wat het besturen van zorginstellingen vraagt, en welke veranderingen daarin zijn opgetreden. Een van de lastigste vragen is al die tijd gelijk gebleven: hoe leveren we goede zorg met schaarse middelen? Door de tijd heen zijn verschillende oplossingsrichtingen verkend, vanuit alternatieve sturingsmodellen. We doen in deze bundel recht aan de 'gebaande paden'. Hoe we via de weg van regulering, budgettering en normering (budgetbekostiging) en de

route van delegeren, concurreren en standaardiseren (gereguleerde marktwerking), uitgekomen zijn bij het recent ingeslagen pad van decentraliseren, experimenteren en participeren (een poging tot meer gesitueerde oplossingen te komen) en hoe dat de sector en werk van zorgbestuurders heeft bepaald. De grenzen van zorgorganisaties zijn meer fluïde geworden. De wandelreis wordt steeds meer een groepsreis. Ook patiënten en cliënten bewegen steeds meer over de grenzen van zorginstellingen heen. Ook zij vinden nieuwe wegen. Creëren – zelfstandig of geholpen door ondersteuners of ondernemers – olifantenpaadjes, alternatieve routes naar hulp en ondersteuning, zelfzorg. Het is illustratief voor een sector die bezig is zich te ontworstelen aan het gesloten karakter met eigen kaders, wetten en protocollen, naar een meer open systeem waarin ruimte is voor meerdere zienswijzen, soorten kennis en nieuwe samenwerkingspartners.

We staan op het punt de grenzen van de zorg open te breken. Niet alleen bestaande werkwijzen worden op de proef gesteld, ook bestaande relaties en machtsverhoudingen. Voor velen is het onderscheid tussen cure en care obsoleet geworden. Dit heeft gevolgen voor de inrichting van verantwoordelijkheden, voor de aanspreekbaarheid en aansprakelijkheid van bestuurders, maar ook van professionals en toezichthouders. Was tot voor kort afstemming tussen instellingen uit den boze (want marktbederf), nu is het een noodzaak voor goede zorg. Maar hoe ver moet en kun je daarin gaan? En: welke kennis helpt in tijden van transitie, waarin verschillende veranderingen op elkaar inspelen en zich opdringen? Het zijn deze ontwikkelingen die nopen tot meer onderzoek naar het bestuurlijke proces, dat bij uitstek een relationeel proces is. Veel partijen hebben een rol en de onderlinge afhankelijkheden zijn groot. Dat vereist goed onderling samenspel en gedeelde leerprocessen. In deze bundel halen we enerzijds het net op: we trekken lessen uit twintig jaar onderzoek naar de (be)sturing van de zorg. Anderzijds gaan we in op actuele kwesties. We doen recht aan gebaande paden en verkennen nieuwe wegen. Besteden aandacht aan de toerusting van de wandelaar, het juiste reisgezelschap en hun competenties, de voorbereiding en de uitoefening van het vak en aan alles wat een wandelaar onderweg kan overkomen. We sluiten af met een filosofische beschouwing op de waarde van gezondheidszorg. We hopen hiermee zowel een gidsfunctie te vervullen, als de *wanderlust* van managers, bestuurders, leiders in de zorg aan te wakkeren én het geluk van de spreekwoordelijke wandelaar te bevorderen.

Wilma van der Scheer,
bijzonder hoogleraar Leiderschap en Besturing in de Zorg
directeur Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Dilemma's en dynamieken in zorgbestuur

Prof. dr. Wilma van der Scheer

“We waren ervan overtuigd dat verpleegkundigen meer zeggenschap en invloed moesten krijgen bij de beleidsformulering. (...) Retrospectief ervaar ik dit nog steeds als een van de waardevolste ontwikkelingen in ons ziekenhuis.”

Paul Verploegen



Dilemma's en dynamieken in zorgbestuur

Wilma van der Scheer, bijzonder hoogleraar Leiderschap en Besturing in de Zorg & directeur Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

1. Introductie

Het werk van zorgbestuurders is interessanter dan ooit. Uitdagender ook. 25 jaar nu volgen wij zorgbestuurders in hun werk. Samen met de NVZD (beroepsvereniging voor bestuurders in de zorg) wordt elke vijf jaar een grootschalig enquête-onderzoek uitgevoerd onder hun leden. Het gaat over wie de mensen zijn die onze zorgorganisaties besturen, wat zij belangrijk vinden, hoe zij uitvoering geven aan hun taken en hoe zij zichzelf blijven ontwikkelen. Elke vijf jaar publiceren wij de trends en duiden deze in het licht van de veranderende context waarin bestuurders hun werk uitoefenen: een veranderend politiek landschap, stelselwijzigingen, financiële crisis, pandemie, transitie ... Het speelt allemaal mee. Het maakt het werk van zorgbestuurders interessant, spannend én dilemmavol.

In dit hoofdstuk halen we de breinaald door 25 jaar onderzoek naar zorg besturen. We behandelen de trends en de dilemma's. Hoe meer data we verzamelen, hoe duidelijker sommige trends worden. Dat kan de – onjuiste – indruk wekken dat het werk van zorgbestuurders eenduidig is en de richting waarin de zorg zich ontwikkelt voorspelbaar. Dat is niet het geval. Achter elke trend schuilen afwegingen. Die soms moeilijker en soms gemakkelijker zijn. We presenteren hier de trends in het licht van de gemaakte afwegingen, van de keuze- en handelingsmogelijkheden die bestuurders in de zorg hebben.

We pretenderen geen compleet beeld te geven. We hebben keuzes gemaakt. Voor wie een completer overzicht wil of meer gedetailleerde informatie verwijzen we graag naar www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl waar de uitkomsten van elk afzonderlijk onderzoek te vinden zijn, als ook de methodologische verantwoording. In dit hoofdstuk combineren we de trends en thema's met korte reflecties (ervaringsverhalen) van (oud)zorgbestuurders.

2. Trends en thema's

De trends en thema's zijn:

1. Institutioneel ondernemen: tweebenig en lenig.
Reflectie door Guus van Montfoort.
2. Rolopvatting. Besturen dichtbij én toekomstgericht.
Reflectie door Diana Monissen.

3. Samenwerken in zorgorganisaties. Over professionele inspraak en aansturing.
Reflectie door Paul Verploegen.
4. Vrouwen aan het roer. De zorg een voorbeeld voor andere sectoren?
Reflectie door Willeke Stadtman.
5. Professionalisering van bestuur: zelfkennis, sector kennis en kennisontwikkeling.
Reflectie door Jaap Zeestraten.
6. Zorg anders organiseren door samenwerken of fuseren.
Reflectie door Eelco Damen.

2.1 Institutioneel ondernemen: tweebenig en lenig

Als de onderzoeken een ding laten zien, dan is het wel dat veranderingen in de zorg een incrementeel karakter hebben. De zorgsector is een sterk geïnstitutionaliseerde sector. Ook grote wijzigingen komen stapsgewijs tot stand, met inspraak van vele partijen. Zo werd er voordat de marktwerking werd ingevoerd al jarenlang over gedelibereerd. Hetzelfde geldt voor de afschaffing van de AWBZ. Tegelijkertijd is de sector continu in beweging. In het complexe veld is er bij voortdurend sprake van allerlei kleine en grote veranderingen. Niet alleen wetten kunnen veranderen, maar ook opvattingen over zorg, over opleiden en werk. En dan zijn er nog de bredere maatschappelijke ontwikkelingen, die direct of indirect doorwerken op de zorg. Denk hierbij aan de financiële crisis in 2007 en de veranderende financiële regelgeving als gevolg daarvan, die ook zorginstellingen noopten tot een intensivering van hun riskmanagement (Van Dijk, Janssen & Van der Scheer, 2021). Zorgbestuurders werken binnen dit stelsel van verschuivende panelen. Zij 'schuiven mee' maar zetten zelf ook veranderingen in gang. Zij zijn een van de *governing agents*, die mede sturing geven aan de zorg (Van der Scheer, 2013). Zij zijn subject én object van governance, waarbij ik governance definieer als 'het geheel van omstandigheden, activiteiten en overtuigingen die in een bepaalde periode het gedrag van partijen stuurt' (WRR, 2004). Bestuurders zijn onderhevig aan verschillende sturende krachten; bestuurders zijn een belangrijke sturende kracht. Er is sprake van invloed uitoefenen en van beïnvloeding. Het longitudinale karakter van het onderzoek maakt het mogelijk ook de langzaam verschuivende panelen, die achter dit afstemmingsproces tussen beleid en praktijk schuilgaan, zichtbaar te maken: het voortdurend zoeken naar balans tussen marktwerking, overheidsregulering en burgerinitiatief en hoe zorgbestuurders hier positie in nemen.

De veranderende verzorgingsstaat. Het zorgstelsel in vogelvlucht:

- Jaren '50-'70: Opbouw van de verzorgingsstaat. Overheid neemt maatschappelijke initiatieven over en investeert in zorg, onderwijs en sociale huisvesting. Solidariteit en gelijke kansen zijn basisprincipes.
- Jaren '80-'90: Het budget voor de zorg groeit niet mee met de welvaart en toegenomen medisch-technologische mogelijkheden. Gebrek aan grip op het aanbod van zorg leidt tot lange wachtlijsten.
- Jaren '90-'00: Neoliberale politiek legt nadruk op efficiëntie en transparantie van resultaten. Het stelsel moet meer vraaggericht worden, met ruimte voor maatschappelijk ondernemerschap. Invoering van prestatiecontracten in de zorg is een belangrijke stap. New Public Management wordt het leidende besturingsprincipe.

- Jaren '00-'10: De modernisering zet door. Marktwerking moet bijdragen aan meer competitie op basis van kosten en kwaliteit. Zorgverzekeraars krijgen als spelverdeler een belangrijke rol. Van zorgaanbieders wordt de nodige zelfregulering verwacht, onder andere resulterend in de Zorgbrede governance-code.
- Jaren '10-'20: Kritiek op marktwerking leidt tot hernieuwde aandacht voor het publieke belang, voor kwaliteit van dienstverlening, transparantie en goed bestuur, en een nieuwe golf aan (spel)regels, maar nu met meer ruimte voor (beleid)experimenten.
- Vanaf '20. Door middel van beleid gericht op decentraliseren, samenwerken en participeren wordt gepoogd tot meer gesitueerde oplossingen te komen (regionaal maatwerk) met ruimte voor samenwerken over scheidslijnen tussen wetten en sectoren heen.

Het beeld van de rol van burgers verandert mee: van rechthebbende naar klant, van klant naar participant (soms optimistisch regisseur). Deze verschuivingen brengen ook een andere omgang met en samenspel tussen overheid en veldpartijen met zich mee. Van een veelstemmige kakafonie van overlegmomenten (het polderen) tot een afstandelijke sturing via toezicht en controle met een belangrijke regisseursrol voor zorgverzekeraars, tot het faciliteren van het regionale samenspel via regiocoaches en -adviseurs (Van der Woerd, 2024).

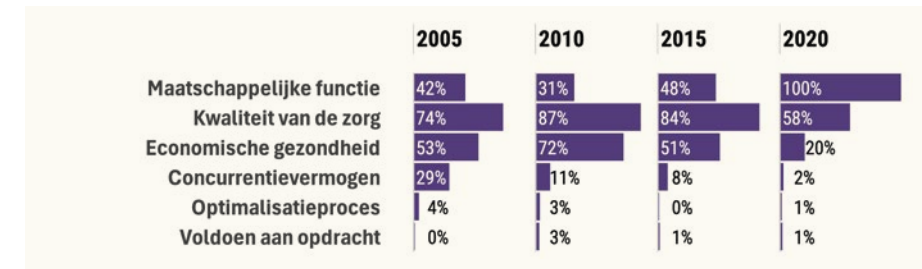
Institutionele verandering in de zorg is met andere woorden eerder een proces van continue onderlinge aanpassing en beïnvloeding dan van grote omwenteling. Dit vraagt institutioneel ondernemerschap: goed verankerd zijn in de sector, de daar geldende spelregels door en door kennen, teneinde deze te kunnen beïnvloeden en veranderen (Battiliana, 2006; Leca & Naccache, 2006; Van der Scheer, 2013). En tegelijkertijd ook de eigen visie en durf hebben om te innoveren en te investeren.

Hoe zien wij deze ontwikkelingen terug in de enquête-onderzoeken?

Al in het eerste enquête-onderzoek uit 2000 zien we de eerste tekenen van een nieuwe fase in het besturen van zorginstellingen. Na het tijdperk van medicalisering (begin 20e eeuw) en economisering (tweede helft 20e eeuw) lijkt het tijdperk van vermaatschappelijking aangebroken (Stoopendaal 2004). De onderzoeken uit de jaren erna bevestigen dat de maatschappelijke taak van de gezondheidszorg belangrijker wordt voor bestuurders, ten kostte van de bedrijfseconomische gezondheid van de organisatie, kwaliteit van zorg en ook de concurrentiepositie.

Over wat bestuurders zelf hun belangrijkste verantwoordelijkheid vinden zijn de respondenten uit 2020 het eens: 'het vervullen van de maatschappelijke functie'. Een unieke 100% score en een flinke groei ten opzichte van voorgaande onderzoekjaren. 'Slechts' 20% van de respondenten uit 2020 noemt hier 'de bedrijfseconomische gezondheid van de organisatie' (in 2005 nog 53%). Ook de antwoordmogelijkheid 'de concurrentiepositie van de organisatie' heeft door de jaren heen ernstig aan belang ingeboet. Van 29% in 2005 naar 2% in 2020. 'Kwaliteit van de zorg en/of diensten' wordt in 2020 opeens als veel minder belangrijk beoordeeld dan daarvoor. Van 74% in 2005 naar 58% in 2020.

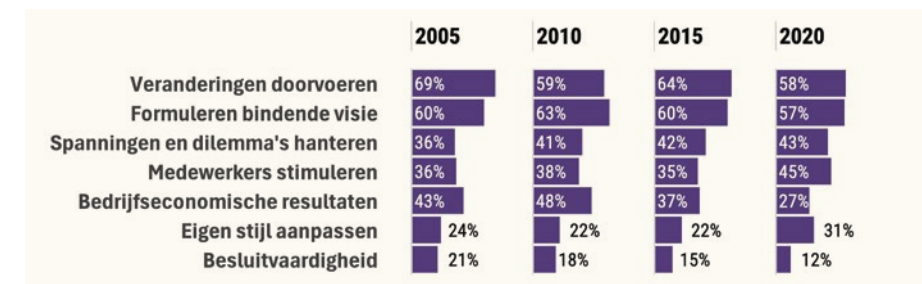
Tabel 1: U wordt als bestuurder op verschillende zaken beoordeeld. Wat vindt u uw belangrijkste taak? (percentage, max 2 antwoorden aankruisen) 2005-2010-2015-2020.



De laatste enquête werd afgenomen ten tijde van de corona pandemie. Dit heeft vermoedelijk de uitkomsten beïnvloed. Meer dan ooit werd in die periode een beroep gedaan op de maatschappelijke functie van zorgorganisaties. Dit kan de 100% score op deze antwoordcategorie verklaren en de lagere score op de andere antwoordmogelijkheden. Er mochten bij deze vraag maximaal 2 antwoorden aangekruist worden. Doordat de maatschappelijke opdracht op de voorgrond stond, was er weinig ruimte voor andere antwoorden.

De uitkomsten tonen aan dat zorgbestuurders zich steeds verantwoordelijker voelen voor de totale doelstellingen van de sector – de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg – en stellen dit boven hun taak als instellingsbestuurder. Een andere vraag bevestigt dit beeld. Gevraagd naar waar de effectiviteit van de bestuurder uit blijkt, dan zijn 'een bindende visie formuleren' (57 % in 2020) en 'veranderingen doorvoeren' (58% in 2020) het belangrijkste voor bestuurders. Veranderen en verbinden gaan hand in hand in de zorg. Dit illustreert mooi het institutionele ondernemerschap: zonder verbinding, is verandering niet mogelijk. Dit vraagt de nodige bestuurlijke lenigheid. Dat dit spanningsvol is blijkt uit het belang dat jaar in jaar uit gehecht wordt aan 'het vermogen om spanningen en dilemma's in de organisatie te hanteren' (43% in 2020). In 2020 wordt 'het stimuleren van medewerkers in hun ontwikkeling' opvallend hoger gewaardeerd dan daarvoor (in 2020 45%). Ook hier ligt de verklaring waarschijnlijk in het moment van onderzoek, dat plaats vond ten tijde van de corona pandemie, in combinatie met de steeds krappere wordende arbeidsmarkt.

Tabel 2: Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van bestuurders? (percentage, max 3 antwoorden aankruisen) 2005-2010-2015-2020.



Richard Janssen (2017) koppelt de hierboven beschreven toegenomen spanning aan het moeten opereren in een marktomgeving. En inderdaad zien wij in de tabel tussen 2005 en 2010 (voor en na de introductie van marktwerking) een sprong in het ‘belang om spanningen en dilemma’s te kunnen hanteren’ (van 36% naar 41%). Janssen legt de oplopende spanning als volgt uit. “Enerzijds moet de uitvoering (‘het huis’) op orde zijn, anderzijds moet men inspelen op veranderingen. Dit vraagt om eigenschappen van bestuurders en van hun organisaties die vergelijkbaar zijn met tweebenigheid (Duncan, 1976). Dat is het vermogen om beide kwaliteiten in de organisatie te realiseren en ook nog het draagvlak te organiseren bij alle betrokkenen” (Janssen, 2017:8). Dat de verantwoordelijkheid om het huis op orde te hebben in 2010 extra wordt gevoeld blijkt wel uit de hoogste waardering (van alle onderzoekjaren) die ‘bedrijfseconomische gezondheid’ dat jaar krijgt.

Reflectie Guus van Montfort op het veranderende zorgstelsel:

“Als we de ontwikkelingen in de zorg en de concrete zorgverlening bestuderen vanaf 2000, kunnen we concluderen dat die succesvol zijn. De kwaliteit, de innovatie en de efficiency zijn zonder meer goed te noemen. En dan is de vraag wat de stelselwijzigingen in 2006 hieraan bijgedragen hebben.

Mijn conclusie is dat de successen in de zorg niet dankzij, maar ondanks de stelselwijzigingen zijn bereikt. Het belangrijkste succes van de nieuwe Zorgverzekeringswet is het opheffen van het onderscheid ziekenfonds en particuliere zorgverzekering en de invoering van een basisverzekering voor iedereen. Als we goed kijken, dan moeten we concluderen dat van echte concurrentie tussen zorgverzekeraars weinig of niets is terechtgekomen, dat de prestatiebekostiging feitelijk – grotendeels – niet is ingevoerd en dat het succes van de kostenbeheersing vooral te danken is aan de macro budgettaire kaders van de centrale overheid.

De succesvolle prestaties van de zorg zijn mijns inziens vooral te danken aan de dynamiek op de zorgwerkvloer. De zorgprofessionals en de patiënten zijn hun verantwoordelijkheid blijven nemen. De werkvloer wordt hierbij krachtig ondersteund door nieuwe technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen, die overigens (mede) door die werkvloer worden ontwikkeld en geïmplementeerd.

Natuurlijk zijn er nu en ook in de toekomst grotere en kleinere problemen en uitdagingen. Maar voor de oplossing van deze vraagstukken moet men beginnen met kijken en luisteren naar die werkvloer en bestuurders moeten vragen aan de werkvloer waar men tegenaan loopt en hoe men de dynamiek op de werkvloer kan ondersteunen en faciliteren. Dit vraagt om een andere houding en insteek van instellingsbestuurders, van zorgverzekeraars en ook van de overheid.”

Em. Prof. Dr. Guus van Montfort

2.2 Rolopvatting. Besturen dichtbij én toekomstgericht

Besturen vraagt keuzes maken. In 2004 schrijft Mirko Noordegraaf (naar aanleiding van het eerste enquête-onderzoek in 2000) dat bestuurders van zorginstellingen veel moeten maar weinig kunnen. Hun handelingsruimte en keuzemogelijkheden zijn beperkt. Na 2006, de invoering van marktwerking, zijn er meer vrijheidsgraden voor zorgorganisaties en keuzemogelijkheden voor verwijzers en cliënten. Maar dit brengt ook een nieuwe complexiteit met zich mee voor instellingen. Zo kunnen meerdere partijen de rol van opdrachtgever op zich nemen, zoals gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Ook patiënten zelf kunnen opdrachtgever zijn wanneer zij hun Persoonsgebonden budget (Pgb) aanwenden. Zorgorganisaties moeten concurreren om contracten en cliënten (Janssen, 2017). Tegelijkertijd blijft de invloed van de overheid groot. De zorg is op macroniveau gebudgetteerd en er wordt op allerlei manieren ingegrepen in de ‘zorgmarkt’. Door tariefafspraken, omzet- en volumeplafonds van zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Van Montfort, 2023). De jaarlijkse onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en aanbieder dwingen bovendien de aandacht van bestuurders naar binnen en naar de korte termijn. Terwijl er grote vragen zijn ten aanzien van de lange termijn bestendigheid van de zorg. Er is sprake van tegenstrijdige duw- en trekkrachten, gericht op de binnen- en de buitenwereld van de organisatie, op de korte en de lange termijn.

Hoe zien wij deze ontwikkelingen terug in de enquête-onderzoeken?

Ook uit de enquête-onderzoeken blijkt elke keer weer dat het schuurt tussen het op de lange termijn gerichte – strategische – perspectief en het meer op de korte termijn gerichte – intra organisationele – perspectief, die een andere soort *managerial* aandacht vraagt van zorgbestuurders. Dit blijkt uit de rolopvatting van bestuurders.

Rolopvatting weerspiegelt de verwachtingen die bestuurders hebben over hun functie. Het vertelt iets over hoe zij zelf hun functie duiden in het licht van de maatschappelijke verwachtingen ten aanzien van hun rol. Gevraagd is naar zes rollen:

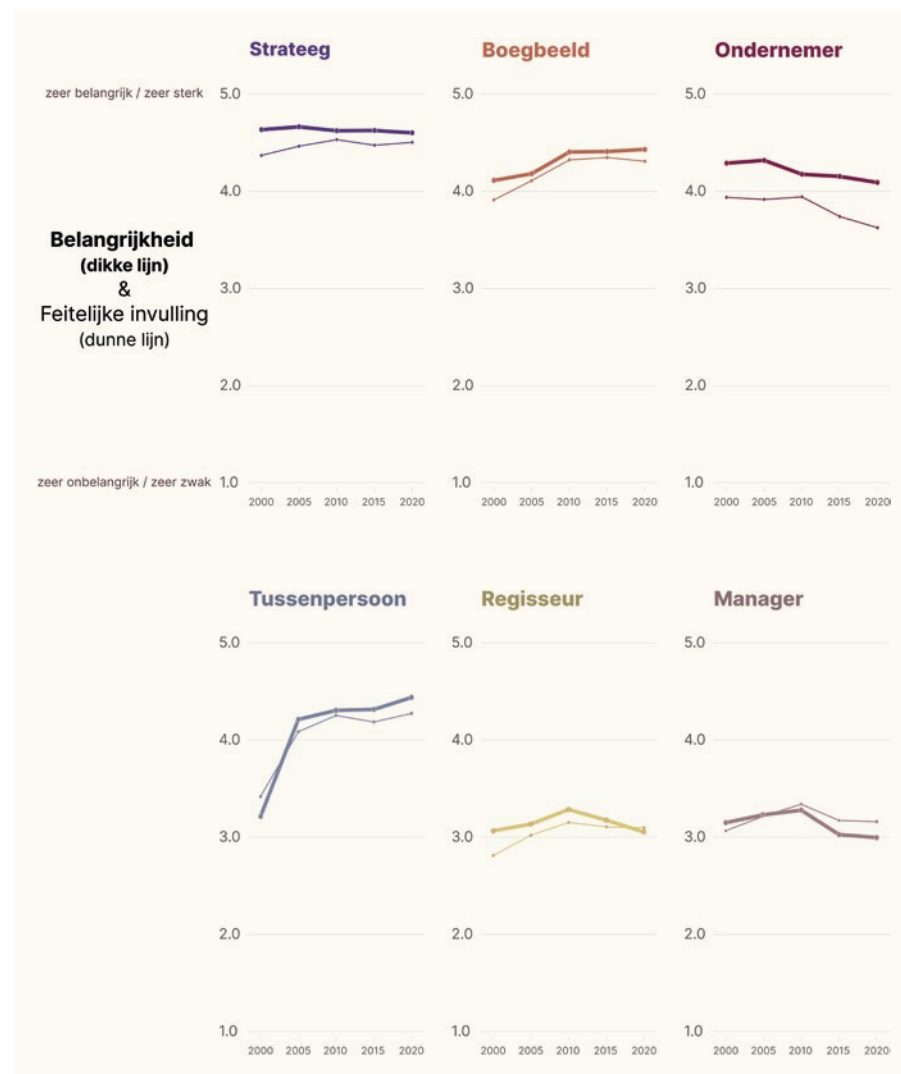
- Het ‘boegbeeld’ zowel binnen als buiten de organisatie;
- De ‘manager’ die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt;
- De ‘ondernemer’ die vernieuwingen introduceert en nieuwe markten aanboort;
- De ‘strateeg’ die strategische lijnen naar de toekomst uitzet;
- De ‘regisseur’ die zorg draagt voor een soepel verloop van zorgprocessen;
- De ‘tussenpersoon’ die verbindingen legt tussen binnen- en buitenwereld.

Gevraagd naar de eigen rolopvatting geven bestuurders aan zichzelf vooral als *strateeg* te zien, gericht op de lange termijn doelen. Daarnaast vinden zij het van belang een *boegbeeld* en *tussenpersoon* te zijn. Het laatste past naadloos bij het almaar uitdijende netwerk van zorgbestuurders en het belang van samenwerken en netwerken. Maar hierover later meer, bij thema 6. De rol van *strateeg* vinden respondenten het belangrijkste. Dat was zo in 2000, 2005, 2010, 2015 en is nog steeds zo in 2020. De rollen van *manager* en *regisseur* worden, in alle onderzoekjaren, het minst belangrijk gevonden. Ook al besteden bestuurders veel van hun tijd aan operationele/tactische kwesties.

Er treden ook veranderingen op in de roloppvatting van bestuurders. Een duidelijke trendbreuk is zichtbaar tussen de onderzoekjaren 2000 en 2005 enerzijds en 2010, 2015 en 2020 anderzijds. In 2000 en 2005 staat de *ondernemende rol* op de tweede plek van respondenten. Een voorsortering op de invoering van marktwerking. Vanaf 2010 wordt de rol van ondernemer steeds minder belangrijk gevonden.

Voor (vrijwel) alle rollen is er een verschil tussen het belang dat respondenten hechten aan een rol en de mate waarin ze aangeven de rol uit te oefenen. Dit geldt voor alle onderzoekjaren.

Figuur 1: *belangrijkheid rol (wens) en feitelijke rolvulling (werkelijkheid) (schaal 1-5, 1 = zeer onbelangrijk/zwak, 5 = zeer belangrijk/sterk), per type instelling (gemiddelde), 2000-2005-2010-2015-2020 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Mann-Whitney).*

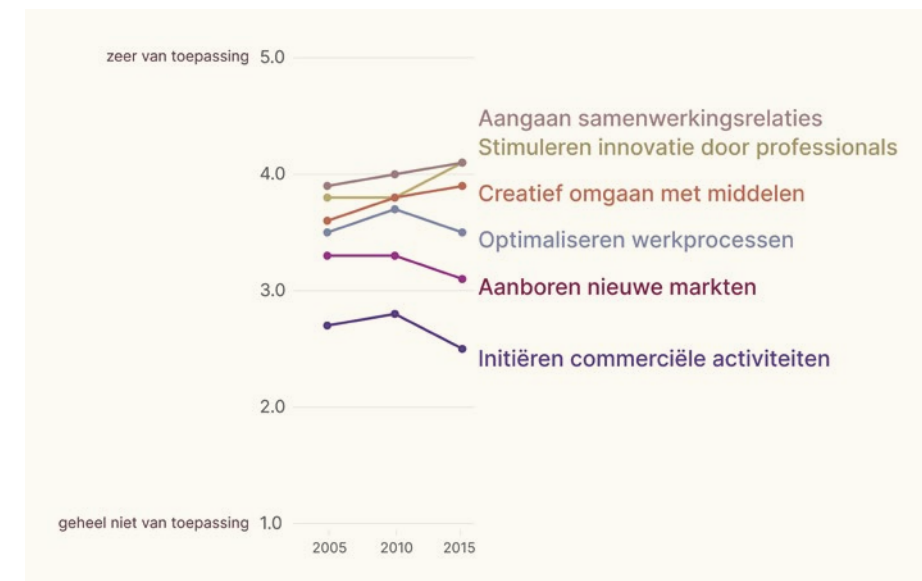


Bij twee rollen is het belang dat bestuurders aan de rol hechten lager dan de mate waarin zij de rol feitelijk uitvoeren. Zo wordt de *managende rol* minder belangrijk gevonden dan de andere rollen, maar vraagt in de praktijk toch veel aandacht (dit blijkt ook uit de tijdsbesteding van bestuurders). Bestuurders vinden dat zij meer moeten managen dan wenselijk is. Ook de rol van *regisseur* voeren bestuurders in de praktijk meer uit dan dat men er belang aan hecht, hoewel dit verschil relatief klein is.

Het verschil tussen wens en (ervaren) werkelijkheid is het grootst als het om de *ondernemende rol* gaat. In alle onderzoeken (2000, 2005, 2010, 2015 en 2020) speelt dit. De mogelijkheden om daadwerkelijk te ondernemen ervaren bestuurders als beperkt.

Kijken we naar de invulling van de ondernemende rol, dan zien we dat tussen 2005 en 2015¹ een verschuiving optreedt. Steeds minder geloven bestuurders dat ondernemerschap gaat om het 'initiëren van commerciële activiteiten' of 'aanboren van nieuwe markten'. In plaats daarvan geloven zij dat ondernemerschap gaat om 'samenwerkingen aangaan' en 'het stimuleren van innovaties door professionals'. En dit is ook logisch. De motor voor vernieuwing van zorg bevindt zich op de werkvloer, in het contact tussen patiënt en professional.

Figuur 2. *De invulling van ondernemerschap (gemiddelden) Gemiddelde score op een vijfpuntschaal (1 = geheel niet van toepassing, 5 = zeer van toepassing) 2005-2010-2015.*



¹ Er zijn geen gegevens bekend van 2000 en 2020. Voor 2005 en na 2015 is deze vraag niet meer gesteld.

Reflectie Diana Monissen op toekomstgericht besturen

“Het bouwen van het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie was een grote uitdaging. De missie om elk kind met kanker te genezen met maximale kwaliteit van leven vormde de basis voor ons lange termijn plan. De missie ontstond in een coproductie met kinderen, ouders, zorgprofessionals en kritische betrokkenen. We stuitten op weerstand, middelengebrek en onbekendheid met zo'n groot project.

Toch werd de businesscase goedgekeurd door zorgverzekeraars en kregen we financiële steun van externe partijen. Het overtuigen van geldschieters en het overdragen van zorg door academische ziekenhuizen waren belangrijke stappen. Overdracht van zorg vereiste veel gesprekken waarbij belangen en weerstanden overwonnen moesten worden.

Ondanks voorspellingen van vertragingen door bouwproblemen en personeelswerving, werd de deadline gehaald zonder extra kosten. Creativiteit, lef, de Hot Seat nemen en doorzettingsvermogen brachten het centrum op tijd tot stand. Jaren later blijkt ons geloof in de missie juist; de overlevingsratio stijgt gestaag.”

Diana Monissen, voormalig bestuurder Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie in Utrecht

2.3 Samenwerken in zorgorganisaties. Over professionele inspraak en aansturing

De relatie in de zorg tussen bestuurders en managers enerzijds en professionals anderzijds wordt vaak als spanningsvol beschreven. Waar managers en bestuurders eerst als welkome probleemoplossers werden gezien die nare administratieve taken van professionals kunnen overnemen (Boersma, 2000), verwordt hun rol in de jaren '90 steeds meer tot een van controleur, productie-aanjager en proces-ontwikkelaar. Het New Public Management deed zijn intrede (Hood, 1991). Met de introductie van marktwerking in de zorg wordt sturen op productie P X Q belangrijker. Tegelijkertijd is er sprake van schaarste in de zorg, wat keuzes maken – door managers – legitimeert. Lastige keuzes, die ook professionals raken in hun vakuitoefening. Waar het zorgstelsel de bestuurlijk-managerial rol legitimeert, brokkelt het draagvlak onder professionals voor managers en bestuurders af (Noordegraaf, 2008). Een tegenbeweging komt op die inzet op 'beroepstrots', 'nieuw elan' en 'professionals in the lead' (Jansen, Van den Brink & Kole, 2008). De heroriëntatie die daarop ontstaat komt van twee kanten. Enerzijds investeren professionals steeds vaker in hun eigen management- en leiderschapskwaliteiten. Zij worden ook wel aangeduid als hybride professionals (Noordegraaf, 2008). Anderzijds geloven steeds minder managers en bestuurders in de actieve sturing van professionals. Zelforganisatie komt op en er wordt geïnvesteerd in meer en bredere inspraak en zeggenschap van (verschillende) professionals op beleid (Laloux, 2015).

Hoe zien wij deze ontwikkelingen terug in de enquête-onderzoeken?

Uit de enquête-onderzoeken blijkt hoe bestuurders door de jaren heen radicaal anders zijn gaan kijken over de aansturing van professionals. In 2000 en 2005 geeft meer dan 50% van de respondenten aan te geloven dat professionals actief aangestuurd moeten worden. In 2020 is dit nog maar 7%. Zelfsturing is dan inmiddels het adagium (75%). De laatste trend was ook al zichtbaar in voorgaande jaren, maar lijkt onder invloed van corona een nog grotere vlucht te hebben genomen.

Tabel 3. Opvatting bestuurders over het managen van professionals (percentage, slechts één antwoord mogelijk), 2000-2005-2010-2015-2020 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat).



Meer in algemene zin zien we door de jaren heen een zoektocht naar andere vormen van besturing met een grotere inbreng van professionals én patiënten. Op diverse manieren wordt geprobeerd om het primaire proces meer leidend te laten zijn in de besturing van de zorg en om de samenwerking tussen professionals en managers, zorg en bedrijfsvoering te verbeteren. Uitkomsten die hierop wijzen zijn:

- de inrichting van de organisatie rondom zorgeenheden en patiëntengroepen;
- de verkleining van de afstand tussen werkvloer en bestuur door vermindering van het aantal leidinggevende niveaus;
- de toegenomen tijd die bestuurders besteden aan contacten met professionals;
- de toegenomen tijd die bestuurders besteden aan contacten met patiënten/cliënten;
- De toegenomen ruimte voor inspraak van professionals (medisch, verpleegkundig, anders) op de besluitvorming via allerlei (wel/niet) geformaliseerde advies- en inspraakorganen.

Het laatste is terug te zien in onderstaande tabel. De tabel is wat ingewikkeld te interpreteren, omdat de ontwikkelingen per sector en type professional sterk kunnen verschillen. Ziekenhuisbestuurders vulden het aanvankelijk vooral in voor medici. Zij hadden altijd al inspraak via het Stafbestuur. Voor verpleegkundigen in het ziekenhuis (en andere sectoren) geldt vaak dat er sprake is van een mogelijkheid tot vrijblijvend advies. In de GGZ is de verplichte én vrijblijvende inspraak van professionals gegroeid, net als duaal management. Terwijl duaal bestuur juist is afgenomen. In de gehandicaptenzorg is vooral sprake van vrijblijvend advies. Ditzelfde geldt voor de VVT-sector.

Tabel 4. Inrichting organisatiestructuur, per type instelling (percentage), 2000-2005-2010-2015-2020 (vergelijking tussen jaren m.b.v. Chi-kwadraat).



Reflectie Paul Verploegen op de toegenomen inspraakmogelijkheden van zorgverleners:

“Vanuit een directeursfunctie werd ik benoemd tot bestuurder naast de bestuurder die jaren alleen aan het roer stond. We kenden elkaars sterke en minder sterke kanten. Het ziekenhuis had een roerige periode achter de rug waarin er veel wantrouwen vanuit verpleegkundigen en medici bestond naar het bestuur en management. Ontwikkeling en innovatie moest volgens mij het nieuwe gedachtenpatroon worden om uit een soort van impasse te komen.

We ontwikkelden ons als bestuurders door opleiding en intervisie tot een team waarin we eigenlijk op een organische wijze ook elkaar coachten. Dat bracht veel vertrouwen en eenduidig optreden dat met name bij grote innovaties effectief bleek. Dat was ook het geval bij de invoering van de VAR, we waren ervan overtuigd dat verpleegkundigen meer zeggenschap en invloed moesten krijgen bij de beleidsformulering. Ik stelde verpleegkundig wetenschappers aan en maakte geld vrij voor verpleegkundige professionalisering. We startten met het opleiden en aanstellen van verpleegkundig specialisten.

Ik ben ervan overtuigd dat deze ontwikkeling een dominante bijdrage heeft geleverd in het vooruitstrevende kwaliteit en veiligheidsbeleid dat we voerden waarin de verpleegkundigen de medici het voorbeeld gaven. Retrospectief ervaar ik dit nog steeds als een van de waardevolste ontwikkelingen in ons ziekenhuis.”

Paul Verploegen, voormalig bestuurder Ziekenhuis Rivierenland

2.4 Vrouwen aan het roer: de zorg een voorbeeld voor andere sectoren?

Onze beelden over leiderschap houden ons als maatschappij een spiegel voor. Als rond 1900 uit onderzoek komt dat leiders voornamelijk blanke mannen zijn, dan geeft dat inzicht in de westerse samenleving van dat moment: *it's a white male world*. In de zorg, echter, hebben vrouwen van oudsher een leidende rol. Anita Wydoodt stelt in haar boek ‘Mevr. de bestuurder’ uit 2022 dat andere sectoren op dit punt van de zorg kunnen leren. Toch is het ook in de zorg niet vanzelfsprekend dat vrouwen een bestuurderspositie bekleden. Zo miste Anita Wydoodt in de tijd dat zij bestuurder in de zorg werd node voorbeeldfiguren. De moeilijkheid die zij ervoer, vormde de aanleiding voor haar boek. Hoe zit dit?

In haar studie naar de geschiedenis van vrouwelijk leiderschap in de zorg concludeert Annemiek Stoopendaal dat vrouwen van oudsher vooral leidinggeven aan het zorgproces (Stoopendaal, 2004). Haar onderzoek gaat terug tot de Middeleeuwen. In het vroeg-Christelijke West-Europa van voor de 11^e eeuw werd verzorging verleend door mannelijke en vrouwelijke diakoneinen. De besturing was in handen van het kerkgenootschap. Van medische behandeling was toen nog geen sprake. Het waren armenhuizen en sterfhuizen. Als na 1200 de religieuzen uit de gasthuizen verdwijnen, komt de besturing in handen van regenten en regentessen, de dagelijkse leiding is in handen van ‘vaders’ en ‘moeders’. Zij verdelen hun werk als volgt: de vader draagt de verantwoordelijkheid voor de gebouwen, het werkvolk en het ziekenbezoek, de moeder zorgt voor het vrouwelijk personeel en het werk op de verpleegafdelingen. Vanaf 1800 komt de besturende zuster op. De verpleging wordt een manier voor de beter gesitueerde vrouw om een zelfstandig beroep uit te oefenen. Aan deze vrouwelijke dominantie komt een einde als aan het einde van de 19^e eeuw de medische wetenschap grote vooruitgang boekt. Artsen nemen een steeds centralere plaats in de zorgorganisatie in, een beroep dat aanvankelijk uitsluitend voor mannen toegankelijk is. Vrouwen worden opgeleid tot verpleegster. De leiding van de organisatie komt in deze periode in handen van de geneesheer-directeur. De directrice, verantwoordelijk voor de verzorging van patiënten, voor personeelszaken en opleiding, komt als adjunct op het tweede plan te staan. Als rond 1930 de administrateurs hun intreden doen in de zorg is de samenstelling aanvankelijk die van economisch directeur, medisch directeur en verpleegkundig hoofd/directeur. Midden 20^e eeuw verschijnt de algemeen directeur op het toneel en verdwijnt de verpleegkundig directeur naar de coulissen. Samen met de medisch en economisch directeur bestiert de algemeen directeur het ziekenhuis. Waarmee ook de vrouwen min of meer uit de top verdwijnen. Het leidinggeven aan verpleegkundigen wordt meer en meer door algemeen managers gedaan. Ook in andere zorginstellingen dan het ziekenhuis.

Deze korte geschiedenisles leert ons dat in de zorg vrouwen van oudsher zich hebben gericht op de care (het verzorgen en verplegen) en mannen op de cure (het medisch handelen) en de financiën.

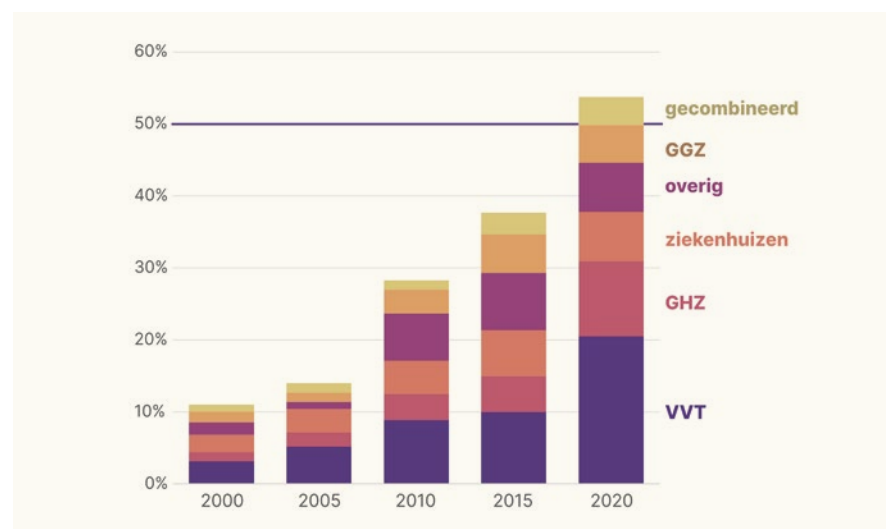
Hoe zien wij deze ontwikkelingen terug in de enquête-onderzoeken?

Tot op de dag van vandaag zien we meer vrouwelijke zorgbestuurders in de care dan in de cure. Ook hebben vrouwelijke bestuurders vaker een zorginhoudelijke achtergrond en mannen een bedrijfseconomische. Wel is de besturende medicus tegenwoordig² vaker vrouw dan man. Een direct gevolg van de opleidingskeuze. In de studie geneeskunde domineren vrouwen al jaren.

Kijken we naar het aandeel vrouwelijke bestuurders in de zorg, dan is de ontwikkeling in de tijd dat het onderzoek loopt spectaculair te noemen. In 2000 was 11% van de respondenten in ons onderzoek naar zorgbesturen vrouw, in 2020 is dat 54%.

De stijging van het aandeel vrouwelijke zorgbestuurders was het grootst onder respondenten uit de VVT sector en de gehandicaptenzorg. Het aandeel vrouwelijke respondenten steeg in de VVT tussen 2000 en 2020 van 9% naar 58%, in de gehandicaptenzorg van 7% naar 60%. In de ziekenhuizen, GGZ en gecombineerde organisaties zijn de mannen nog in de meerderheid. Recent onderzoek van Hanneke Beijer onder ziekenhuizen laat echter zien, dat op dat moment (2024) ook in de ziekenhuizen de vrouwen in de raad van bestuur in de meerderheid zijn.

Figuur 3. Percentage vrouwelijke bestuurders in de zorg (percentage), 2000-2005-2010-2015-2020.



Hoewel de zorg met deze cijfers een voorbeeld is voor andere sectoren, is enige relativisering toch wel op zijn plaats. Indien we het percentage vrouwelijke zorgbestuurders vergelijken met het percentage vrouwelijke medewerkers in de zorg (81%³) dan is het percentage vrouwelijke bestuurders klein. Recent onderzoek van Femke van der Weij (2021) toont bovendien aan, dat de groei van het aandeel

² Enquête-onderzoek 2020.

³ Berekend op basis van CBS gegevens over de werkzame beroepsbevolking (2016). <http://statline.cbs.nl>, geraadpleegd op 02-11-2021.

vrouwelijke bestuurders in de zorg geen gevolg is van bewust beleid. Hoewel bestuurders goed op de hoogte zijn van de voordelen van genderdiversiteit hanteren de door haar onderzochte zorgorganisaties nauwelijks een actief beleid. Ondanks de wetenschap dat diversiteit binnen een groep bijdraagt aan creatievere oplossingen voor complexe problemen (Leung & Chiu, 2010; Nakui, Paulus & van der Zee, 2011).

Genderdiversiteit is slechts één van de vele vormen van diversiteit. Mensen verschillen van elkaar op zowel zichtbare als onzichtbare manieren. Kijken we naar andere vormen van diversiteit, bijvoorbeeld naar culturele achtergrond dan is er nog veel werk te doen in de zorg.

Reflectie Willeke Stadtman op het besturen als vrouw tussen mannen

“Begin jaren negentig was ik één van de weinige vrouwelijke bestuurders in de zorg. Als bestuurder was ik in diverse gremia meestal de enige vrouw in een mannengezelschap.

Wat me altijd heeft gefraspeerd – en eerlijk gezegd geldt dat tot op de dag van vandaag – is dat mannen een eigenschap cultiveren en uitleven die vrouwen ten principale ontberen. Mannen vragen zich namelijk niet af of ze het woord kunnen nemen. Ze claimen het woord, breken in, manifesteren zich, tooien zich in mannengezelschap graag als de haan onder de hanen.

En ik? Ik leid niet aan zelfonderschatting, weet wat ik te bieden heb, kan goed uit de voeten met woorden. Maar toch: tussen de mannen, die nooit schromen, kom ik door met: ‘mag ik ook even wat zeggen?’

Absurd.”

Willeke Stadtman, toenmalig voorzitter raad van bestuur Osira-Groep Amsterdam

2.5 Professionalisering van bestuur: zelfkennis, sectorkennis en kennisontwikkeling

Besturen is een bijzonder vak, dat naast technisch-inhoudelijke expertise vooral om zelfkennis en reflectie vraagt (Ansell & Boin, 2019; Meurs, 1997; Schön, 1983). De benodigde kennis is bovendien sector gebonden. De zorg kent specifieke wetten en regels, eigen mores en omgangsvormen. Bestuurders en managers zijn vaak meester in het in situ duiden van de vraagstukken waar zij voor staan. Zij werken met de situatie en leunen daarbij sterk op hun ervaring. Schön noemt dit het on-the-spot bevragen van de eigen intuïtieve interpretatie van de situatie. Deze reflectie-in-actie doen bestuurders en managers in het algemeen heel goed, zo beschrijft hij. Echter, reflecteren zij minder op hun reflectie-in-actie (ook wel reflectie-op-actie genoemd), waardoor een belangrijk deel van hun vakmanschap en professionaliteit onzichtbaar blijft en onbenoemd.

Mede in reactie op het complexe samenspel van publieke, private en professionele logica's in de zorg enerzijds en de gebrekkige legitimering van raden van bestuur en toezicht in de zorg anderzijds werd in 2000 de eerste governance code voor de zorg geschreven. Een initiatief van de sector zelf, bedoeld als leidraad voor goed bestuur en toezicht. In dezelfde periode groeit de behoefte onder zorgbestuurders aan professionalisering. De complexiteit van de vraagstukken waar zorgbestuurders zich mee geconfronteerd zien neemt toe en zij wensen zichzelf hierop te prepareren door middel van opleiding, intervisie en coaching (Van der Meulen, 2009). Zij spannen zich steeds meer in om een reflexieve manager/bestuurder te worden, die tijdens situaties (reflectie-in-actie oftewel 'ter plekke') en op situaties (reflectie-op-actie oftewel 'terugkijken') reflecteert. De reflexieve managementtheorie pleit daarnaast voor het toepasbaar maken van de zo verworven kennis voor toekomstige situaties ('vooruitkijken', visioning) (Wagenaar & Cook, 2003). Mentaal een stap terug doen tijdens, na en voorafgaand aan opkomende uitdagingen kan bestuurders tot 'kennisagenten' maken, die in staat zijn de complexiteit van de tijd te begrijpen, van betekenis te voorzien en te benutten voor verandering (Cooney, 2007; Giddens, 1984; Leca & Naccache, 2006; Sewell, 1992). Het delen van de verworven kennis met collega's kan vervolgens bijdragen aan het opbouwen van een sterke kennissamenleving en kan een leerproces op sectorniveau bevorderen (De Koeijer-Gorissen et al, 2022). De professionalisering van bestuur wordt ondersteund door de NVZD, de beroepsvereniging van bestuurders in de zorg. Sinds 2014 werkt deze vereniging met een accreditatie voor zorgbestuurders, waarbij bestuurders worden getoetst aan normen op het gebied van persoonlijke ontwikkeling en reflectief vermogen.

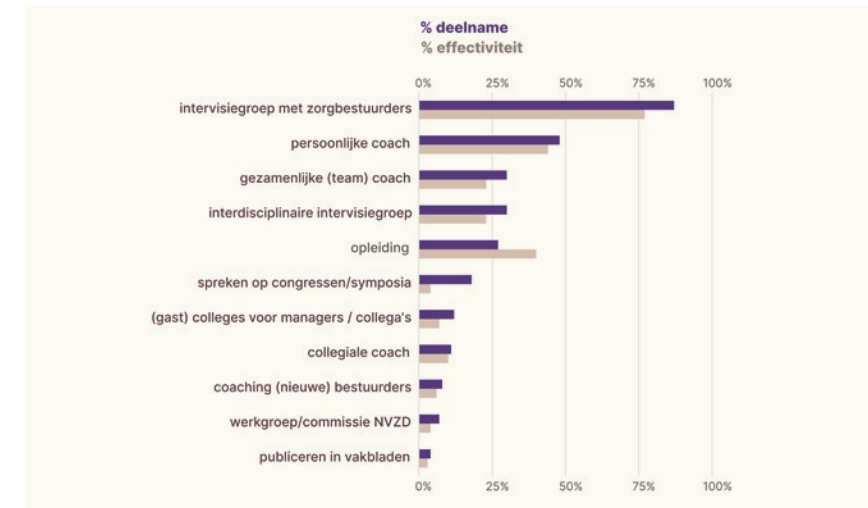
Hoe zien wij deze ontwikkelingen terug in de enquête-onderzoeken?

Sinds de start van het onderzoek in 2000 zijn de loopbanen van bestuurders niet opzienbarend veranderd. Bestuurders zijn zorg 'specifieke' bestuurders. Zij zijn veelal gepokt en gemazeld in de zorg. Ze hebben ruime ervaring met het managen van zorgorganisaties. De overgrote meerderheid werkte voor de huidige functie ook al in de zorg, een aanzienlijk deel begon de carrière in de zorg, de helft is opgeleid in de zorg. Ook voor wie de huidige functie de eerste met eindverantwoordelijkheid is, geldt dat zij zeer ervaren zorgmanagers zijn. Socialisatie- en professionaliseringsprocessen vinden met andere woorden grotendeels binnen de sector plaats.

Een andere doorgaande ontwikkeling betreft de inspanningen die bestuurders zich getroosten om hun vakkennis op peil te houden. Dit doen zij door het volgen van opleidingen, coaching en door collega's te raadplegen (door middel van intervisie, collegiale coaching of anderszins). In het laatste enquête-onderzoek uit 2020 zijn enkele aanvullende vragen gesteld. Zo is gevraagd naar de ervaren effectiviteit van de professionaliseringsactiviteiten. Hoewel bestuurders regelmatig congressen bezoeken en vakliteratuur lezen, worden vooral intervisie, coaching en opleiding als effectief ervaren (zie figuur). In de laatste enquête werd voor het eerst een onderscheid gemaakt naar persoonlijke coaching, team coaching en collegiale coaching. Dat bijna een derde van alles respondenten (ook) een gezamenlijke coach heeft met de collega('s) toont het belang aan van een goede samenwerking in het 'topteam'. Uit voorgaande onderzoeken bleek al dat bestuurders zich vooral toetsen aan collega bestuurders. Werken aan je professionele ontwikkeling als zorgbestuurder

is met andere woorden geen solistische bezigheid. Verreweg de meeste professionaliseringsactiviteiten zijn collegiale activiteiten, die samen met peers ondernomen worden. Zorgbestuurders leren van en met elkaar. Zij zijn in belangrijke mate elkaars collega, coach en criticaster.

Figuur 4. Professionaliseringsactiviteiten, deelname en gepercipieerde effectiviteit (percentage, meerdere antwoorden mogelijk) 2020.



Over de accreditatie van de NVZD is in de enquête uit 2020 de volgende vraag gesteld: "Onderdeel van het lidmaatschap van de NVZD is deelname aan accreditatie. Wat heeft het doorlopen van het accreditatietraject u gebracht?". De uitkomsten zijn als volgt.

Tabel 5. Wat heeft het doorlopen van het accreditatietraject u gebracht? (percentage, meerdere antwoorden mogelijk) 2020.



Een op de vijf respondenten waren op het moment van enquête-afname nog niet geaccrediteerd, deze zijn in bovenstaande tabel niet meegenomen. Met name de meerwaarde van de accreditatie voor de persoonlijke ontwikkeling van zorgbestuurders scoort hoog. En dat past ook bij het karakter van de accreditatie, waarvoor de bestuurder 360 graden feedback verzamelt, een zelfevaluatie en een ontwikkelplan opstelt en een accreditatiegesprek met twee auditoren voert. Overigens wordt het effect op persoonlijke ontwikkeling significant vaker

aangegeven door bestuurders van 56 jaar en ouder, in vergelijking met de jongere bestuurders (<55 jaar). Het formele moment, waarop de accreditatiecommissie wel of niet accreditatie verleent, kan een reden zijn waarom bestuurders aangeven dat het traject een positieve invloed heeft op het vertrouwen in het eigen functioneren. Immers, het is toch een vorm van externe validatie. Ook benoemen de zorgbestuurders dat het accreditatietraject kan bijdragen aan het versterken van de kwaliteit van handelen (27%). De accreditatie heeft weinig impact op het loopbaanperspectief, geven de geaccrediteerde zorgbestuurders verder aan.

Reflectie Jaap Zeestraten op de ontwikkeling naar meer coachend leiderschap gericht op onderling leren en reflecteren

“Op directieniveau ben ik begonnen als directeur van een klein ziekenhuis, later twee grote ziekenhuizen. Wat mij toen sterk opviel was de eilandestructuur. Medici – verpleging – poliklinieken – civiele dienst – de administratie, er was weinig samenwerking. Ook buiten het ziekenhuis werkte men binnen de eigen beroepsgroep. Er waren afzonderlijke landelijke verenigingen voor de medisch directeuren, voor economen en voor verpleegkundigen. Binnen deze verenigingen zocht men elkaar op voor intercollegiale consulting en voor inhoudelijke afstemming.

In de zestiger jaren zijn die verenigingen gaan samenwerken in de NVZD, waardoor het “instituut” Directie gefocust werd op organisatiekunde in brede zin en groeide naar raad van bestuur. De stijl van leidinggeven ontwikkelde zich van minder directief naar coachend leiderschap. Ook binnen het ziekenhuis werd brede samenwerking tussen de verschillende groepen gezocht en ging men profiteren van elkaars kennis en kunde. Voordeel: een betere zorg. Deze samenwerking kan nog beter worden als alle belangen eenzelfde richting opgaan met gelijke financiële belangen. Bijvoorbeeld door medici in loondienst.”

Jaap Zeestraten, raad van bestuur Catharina Ziekenhuis Eindhoven

2.6 Zorg anders organiseren door samenwerken of fuseren

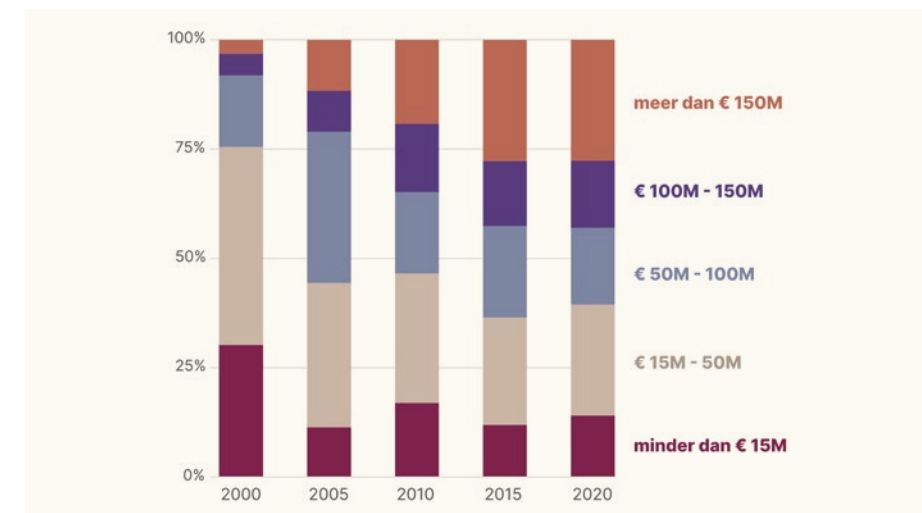
Zorgorganisaties zijn continu aan verandering onderhevig. Wetten en regels kunnen veranderen door maatschappelijke en politieke verschuivingen; de zorg zelf kan veranderen door nieuwe sociale en technologische ontwikkelingen; behoeften kunnen veranderen door vergrijzing of een virusuitbraak. Uiteraard spelen ook economische en demografische ontwikkelingen een rol. Organisaties reageren op die veranderingen door zich aan te passen. Strategisch management gaat in belangrijke mate over de afstemming tussen interne en externe organisatie dynamieken. Structuren en processen worden aangepast, net als diensten en producten. Er wordt samengewerkt of gefuseerd, ingezet op een cultuurverandering of zelfs een gehele *change of management*. Of het voldoende oplevert wordt gemeten en geëvalueerd,

opdat ervan geleerd kan worden. Dit werkt in zorgorganisaties hetzelfde als in andere sectoren. Met dit verschil dat zorgorganisaties net als andere publieke organisaties erg gevoelig zijn voor aanpassingen in overheidsbeleid. De introductie van marktwerking in de zorg heeft bijvoorbeeld direct bijgedragen aan een klontering van zorgorganisaties. Zorgorganisaties hoopten zo hun concurrentiepositie te verbeteren (Postma, 2015).

Hoe zien wij deze ontwikkeling terug in de enquête-onderzoeken?

Sinds de start van de enquête-onderzoeken worden zorgorganisaties steeds groter. We meten dit in omzet en fte's. De groei lijkt vanzelfsprekend, immers de vraag groeit ook. Nederland kent steeds meer inwoners die bovendien langer leven en daardoor meer zorg en ondersteuning vragen. Een belangrijke andere oorzaak is fusie. Het onderzoek uit 2020 laat voor het eerst een afvlakking zien van de groei, wat suggereert dat de markt min of meer een evenwicht heeft bereikt. Deze ontwikkeling werd in het onderzoek uit 2015 al aangekondigd. Destijds werd gevraagd naar veranderingen die bestuurders de komende jaren nodig achtten voor hun organisatie. Waar voorgaande jaren vaak 'fusie' werd genoemd, werd dat in 2015 vervangen door 'samenwerking'. Het was een van de redenen om daar het laatste onderzoekjaar dieper op in te gaan, via enkele nieuwe vragen.

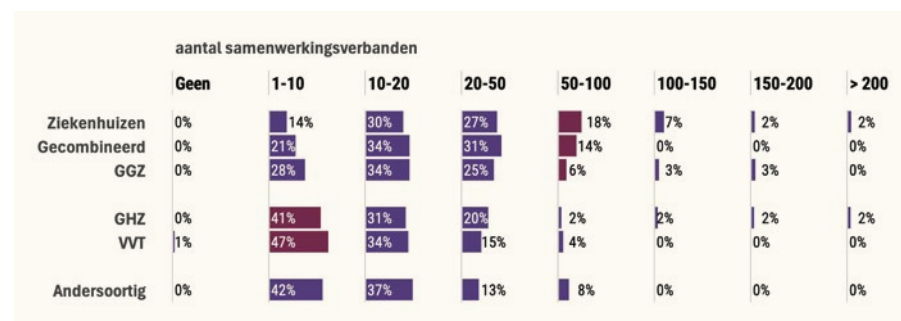
Figuur 5. Bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's per jaar. 2000-2005-2010-2015-2020



De inventarisatie laat zien dat zorgorganisaties in een veelheid van samenwerkingsverbanden participeren. Meer dan twintig is niet ongebruikelijk.

Er is een verschil tussen organisaties in de langdurende zorg en acute zorg. In de langdurende zorg (gehandicaptenzorg en VVT) participeren de meeste organisaties in 10 of minder samenwerkingsverbanden. In de acute zorg (ziekenhuiszorg en ggz) participeren de meeste organisaties in meer dan 10 samenwerkingsverbanden. Er is ook een samenhang met omvang: kleinere organisaties participeren in minder samenwerkingsverbanden, grotere in meer. Opvallende verschillen tussen sectoren zijn rood gemarkeerd.

Tabel 6. Participatie in samenwerkingsverbanden per sector (percentages) 2020.



Inhoudelijk zijn de samenwerkingsverbanden vooral gericht op optimalisering van ketenzorg. De realisatie van domein overstijgende zorg en optimalisering van zorg voor de regio zijn andere belangrijke doelstellingen. De uitkomsten weerspiegelen het landelijk ingezette beleid, dat samenwerken stimuleert. Samenwerkingspartners vinden elkaar vooral op een gedeelde verantwoordelijkheid voor een bepaalde patiënten- / cliëntenpopulatie; voor (behoud van) zorg in de regio; (behoud van) kwaliteit van zorg. Zij delen een toekomstvisie.

Het belang van samenwerken tussen organisaties (in de regio) en over sectoren heen is voor veel bestuurders evident. De uitvoering is echter geen sinecure. Er zijn de nodige hindernissen te nemen. Dat er geen passende financieringsstructuur is voor de samenwerkingsverbanden is de meest prangende, zo geven bestuurders in de enquête aan.

Reflectie Eelco Damen op samenwerken en fuseren:

“Amsterdam kende eind jaren 90 een sterk versnipperd landschap van zorginstellingen: te veel ziekenhuizen (met teveel bedden), een zeer groot aantal ouderenzorginstellingen (meer dan 30!), en divers palet van ca 15 GGZ instellingen (ambulante en intramuraal), 4 instellingen voor gehandicaptenzorg, 1 grote thuiszorgorganisatie. Al die instellingen werkten samen in eigen secties van de SIGRA, de Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam, met een bureau met circa 30 stafleden om alle samenwerkingsprojecten te ondersteunen.

Ik was in die jaren voorzitter van de SIGRA, vanuit mijn functie als bestuurder van de grootste organisatie voor gehandicaptenzorg in Amsterdam. Diverse organisaties in Amsterdam verkeerden in financiële problemen (Slotervaart-ziekenhuis, Amsterdam Thuiszorg en anderen) en er waren forse capaciteits- en kwaliteitsvraagstukken. De samenwerking in de SIGRA bood geen oplossingen; ik heb het meer ervaren als een “niet-aanvalsverdrag”: je maakt het je collega bestuurder en organisatie niet te moeilijk. Ingrijpende beslissingen bleven uit, terwijl die wel noodzakelijk waren.

Door de introductie van marktwerking in de zorg veranderde de situatie snel: collega's met wie in vertrouwen werd samengewerkt werden ineens concurrenten; de macht van de sterkste (de grootste, de financieel gezondste) ging tellen. De SIGRA werd nog net niet opgeheven; samenwerking was ouderwets. Dat zou nu met het IZA niet meer gezegd mogen worden, maar destijds werden de positieve kanten van samenwerking doodeenvoudig weggezet en dus ook niet meer benut!

De fusiegolf die toen in Amsterdam (en elders) ontstond was voor veel bestuurders geen pretje: velen verloren hun positie of raakten gefrustreerd in nieuwe collegiale Raden van Bestuur. Posities werden bepaald door de (omvang van de) organisatie waar een bestuurder voor de fusie verantwoordelijk voor was, niet zozeer door competentie of ambitie. Vrienden werden tegenstanders, misschien zelfs vijanden.

De fusiegolf had ook zeker positieve effecten: eindelijk werd de Amsterdamse lappendeken van instellingen opgeschud, ontstonden er minder organisaties, maar financieel en organisatorisch steviger, met een stevige back office- en meer in staat om de kwaliteit verder te ontwikkelen.

Voor de zorg was dit wellicht een noodzakelijke fase, voor bestuurders vaak een pijnlijke. Dat de samenwerking (taakverdeling, concentratie op specifieke taken of delen van de stad) er mee verloren ging is een ongewenst effect dat nu, decennia later, weer moet worden goed gemaakt. Als we als bestuurders destijds meer gelegenheid hadden genomen voor reflectie op dit ingrijpende proces, was er veel meer samenwerking overeind gebleven en zouden er veel meer resultaten zijn geboekt.”

Eelco Damen, voorzitter RVB Cordaan en rechtsvoorganger 1997-2018

3. Tot besluit

Wat leren deze zes – heel verschillende – trends ons voor de toekomst?

De grote lijn die mij opvalt is dat we op verschillende manieren “vooruit naar vroeger” lijken te gaan. Een hernieuwde erkenning van oude waarden. Denk aan de inspanningen die worden gepleegd om de werkvloer – dat wat plaats vindt tussen zorgverleners en cliënten – weer meer leidend te laten zijn. Door middel van inspraak, dual management en bestuur, ruimte voor innovatie en zelforganisatie. Samenwerken, in de regio en dicht om de cliënt, is ook op te vatten als een hernieuwde waardering van oude (Rijnlandse) waarden. Net als de trend dat steeds meer vrouwen in de zorg een leidende positie hebben en de ‘vermaatschappelijking’ van de zorg. Zorg is van oorsprong immers in de maatschappij, als naastenzorg, ontstaan en het waren vooral vrouwen die zich die zorg aantrokken en zich er hard voor maakten.

Op sommige punten is er echter geen weg terug en dat is maar goed ook. Want er is veel bereikt door de jaren heen. De zorg en ook het werk van zorgbestuurders is sterk geprofessionaliseerd. De kwaliteit van zorg is in Nederland – volgens internationale standaarden – hoog. De kwaliteit van bestuur wordt op allerlei manieren bewaakt en bevorderd. De mix van overheidsregulering, professionele autonomie en ondernemerschap heeft echter ook tot een complex en veeleisend stelsel geleid. Hier lijkt op te gaan dat “het beste de vijand van het goede is”. De zorg in Nederland kost veel geld en tijd en menskracht. Gecombineerd met een groeiende zorgvraag, leidt het tot vragen over de toekomstbestendigheid van de zorgsector.

De wens de maatschappij – burgers – weer een grotere rol te geven in de zorg voor elkaar wordt door de overheid vooral gemotiveerd door de zorg om het (verwachte) arbeidsmarkttekort (IZWA-brief), maar kan net zo goed gemotiveerd worden door de vele roepen van burgers, cliënten/patiënten, naasten en bevlogen professionals, die menen dat de zorg te ver van mensen af is komen te staan. Juist vanwege de complexiteit, regels, doorgesloten professionalisering en verantwoording, is medemenselijkheid onder druk komen te staan. Denk aan de oproepen van Jason Bhugwandass en Michelle van Tongerlo. De vele burgerinitiatieven zijn ook een teken aan de wand. Net als de roep van ervaringsdeskundigen om een grotere stem te hebben in de zorg. Zij eisen responsief bestuur: bestuurders en beleidsmakers die luisteren naar wat er in de praktijk gebeurt en dit tot basis van beleid maken. Het is kortom zoeken naar een nieuw evenwicht tussen publieke, private, professionele en persoonlijke (menselijke) waarden in de zorg, zoals gelijkheid, keuzevrijheid, professionele kwaliteit en medemenselijkheid.

Besturen in de zorg vraagt om kunnen gaan met deze verschillende waarden en de spanningen die daarbij komen kijken. Dit “in spanning staan” verandert telkens weer van karakter. In tijden van een virus-uitbraak strijden andere waarden om voorrang, dan tijdens een financiële crisis of bij demografische verschuivingen. Het behoort tot de taak van de zorgbestuurder om tot gewogen besluiten te komen, rechtdoend aan de positie van de meerderheid zowel als de minderheid, aan partijen binnen en buiten de zorg. Het maakt zorgbesturen tot een interessant vak. Gezien de vele en diverse (mondiale) ontwikkelingen, misschien wel interessanter dan ooit. En ook uitdagender.

4. Dankwoord

Mijn dank gaat uit naar de Nestores van het zorgbestuur, die zo vriendelijk waren elke trend van een reflectie te voorzien, gebaseerd op hun ruime ervaring in het zorg besturen: Guus van Montfoort, Diana Monissen, Paul Verploegen, Willeke Stadtman, Jaap Zeestraten, Eelco Damen. Dank ook aan Sara Sprinkhuizen van The data vision lab, voor haar kritische blik op de data en aansprekende visualisaties. Dank aan collega Relinde de Koeijer-Gorissen voor het controleren van de onderzoeksuitkomsten door de jaren heen. Tot slot, gaat mijn allergrootste dank natuurlijk uit naar al die zorgbestuurders die door de jaren heen meededen aan de onderzoeken. Het heeft tot een bijzondere onderzoek reeks geleid, die weinig vergelijking kent.

Literatuur

- Ansell, C., & Boin, A. (2019). ‘Taming Deep Uncertainty: The Potential of Pragmatist Principles for Understanding and Improving Strategic Crisis Management’. *Administration & Society*, 51(7), 1079-1112.
- Battilana, J. (2006) ‘Agency and institutions: The enabling role of individuals’ social position’, *Organization*, 13/5: 653-676.
- Bhugwandass, J. (2024) *Eenzaam gesloten. Onderzoek naar de ervaringen van jongeren met ZIKOS* (onderzoeksrapport).
- Boersma, F. (2000) *De patiënt heeft altijd gelijk*. Zaltbommel: Europese Bibliotheek.
- Cooney, K. (2007) ‘Fields, Organizations and Agency: Toward a Multilevel Theory of Institutionalization in Action’, *Administration & Society*, 39(6): 687-718.
- Duncan, R.B. (1976) ‘The ambidextrous organization: Designing dual structures for innovation’. In Kilmann, R.H., Pondy, L.R. & D. Slevin, eds. *The Management of Organization Design*. New York: North-Holland, 167-188.
- Dijk, T. van, Janssen, R. & W. van der Scheer (2021) ‘Power, legitimacy and urgency: unraveling the relations between health care organizations and their financial stakeholders’. *Health Policy* (8): 1077-1084.
- Giddens, A. (1984) *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Berkeley: University of California Press.
- Hood, 1991, ‘A public management for all seasons?’ *Public Administration*, 69: 3-19.
- Jansen, G., Brink, G. van den & Kole, J. (red.) (2008) *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.
- Janssen, R.T.J.M. (2017) *Het onzekere voor het zekere. Tweebenig besturen in de zorg*. Rotterdam: EUR (oratie).
- Koeijer-Gorissen, R.J. de & W. van der Scheer (2022) *Bestuurders in beeld. Twintig jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.
- Laloux, F. (2015) *Reinventing organizations*. Haarzuilens: heet eerste huis
- Leca, B. & P. Naccache (2006) ‘A critical realist approach to institutional entrepreneurship’, *Organization*, 13: 627-651.
- Leung, K., Chiu, C. (2010). ‘Multicultural experience, idea receptiveness and creativity’. *Cross-cultural Psychology*, 41: 723-741.
- Meurs, P. L. (1997) *Nobele wilden. Over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: EUR (oratie).
- Meulen, M. van der (2009) *Achter de schermen*. Utrecht: Eburon (proefschrift).
- Montfort, G. van (2023) *Beeld en werkelijkheid. Hoe werkt de sturing en bekostiging in de zorg?* Amsterdam: SWP.
- Nakui, T., Paulus, P. & K. van der Zee (2011) ‘The role of attitudes in reactions to diversity in work groups’. *Journal of Applied Social Psychology*, 41: 2327-2351.
- Noordegraaf, M. (2004) ‘Paradoxaal bestuur. Hoe gaan zorgbestuurders om met de besturingsfuik?’ *ZM*, 2004/4.
- Noordegraaf, M. (2008) *Professioneel bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als ‘strijd om professionaliteit’*. Den Haag: Lemma (oratie).
- Postma, J. (2015) *Scaling care. An analysis of the structural, social and symbolic dimensions of scale in healthcare*. Rotterdam: EUR (proefschrift).

- Scheer, W.K. van der (2013) *Onder zorgbestuurders. Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg. Dissertatie*. Amsterdam: Reed Business Elsevier (proefschrift).
- Schön, D.A. (1983) *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Sewell, W. H. (1992) 'A theory of structure: Duality, agency, and transformation'. *The American Journal of Sociology*, 98/1:1-29.
- Stoopendaal, A. (2004) Maatschappelijk besturen. Een profiel van vrouwelijke zorgdirecteuren'. ZM, 2004:4.
- Tongerloo, M. van (2024) *Komt een land bij de dokter. Nederland door de ogen van een straatarts*. Amsterdam: De Correspondent.
- Wagenaar, H. & S.D.N. Cook (2003) 'Understanding policy practices: action, dialectic and deliberation in policy analysis' in *Deliberative policy analysis: Understanding governance in the network society*. Hajer, M.A. & H. Wagenaar (eds.), 139-171, Cambridge: Cambridge University Press.
- Wey, F. van der (2021) "Je gaat het pas zien als je het doorhebt". *Inzicht in genderdiversiteit in de besturen van Nederlandse ziekenhuizen*. TIAS School for Business and Society (scriptie)
- Woerd, van der (2024) *The ethnography of caring networks. Disentangling a governance order in-the-making*. Rotterdam: EUR (proefschrift).
- WRR (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*, Rapporten aan de regering nr. 70, WRR, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wydoodt, A. (2022) *Mevr. de bestuurder. Diversiteit in leiderschap in de zorg*. Houten: BSL.

Zorg in transitie: een veranderkundige verkenning

dr. Marco de Witte

'We are in need of new concepts... which reorient our way of looking at the world to encompass present and future changes.'

Eduard Freeman

Beluister ook onze
podcast met de auteur
van deze bijdrage



Zorg in transitie: een veranderkundige verkenning

Marco de Witte, kerndocent verandermanagement bij
de Master of Health Business Administration

N.B. Dit hoofdstuk is in hoge mate schatplichtig aan het samenwerken met Jan Jonker. Het denken, de conceptualisering, de woorden en de taal, zijn allemaal ontstaan in een voor mij ongeëvenaarde samenwerking. Vandaar dat ik ervoor heb gekozen om daar waar naar de auteur(s) wordt verwezen de meervoudsvorm te hanteren.

1. Inleiding

Onze maatschappij is volop in beweging. Allerlei systemen piepen en kraken: energie, water, voedsel, onderwijs van kinderopvang tot universitair onderwijs, zorg, woningen, banken en verzekeringen, de arbeidsmarkt, de overheid, etc. De start van de eenentwintigste eeuw confronteert ons met complexe uitdagingen, omdat de systemen waarbinnen wij organiseren de systeemgrenzen hebben bereikt. In dit hoofdstuk labelen we dat als derde orde veranderopgaven, ook wel transitievraagstukken genoemd. Een veranderkundig vraagstuk aan de grenzen van wat wij weten en waar we beperkt ervaring mee hebben hoe te handelen. Deze complexe uitdagingen, ook wel maatschappelijke opgaves genoemd worden hoe langer hoe meer (gevoeld) urgent. Ze vragen om duurzame ontwikkeling in de bestaande systemen en organisaties en vragen om gedragsverandering van ondernemers, burgers, bestuurders, managers, professionals en medewerkers. We zijn (haast) allemaal onderdeel van de systemen in ontwikkeling en geen van al die partijen kan regie voeren of heeft het voor het zeggen. Anders dan organisatieverandering gaat het hier om systeemverandering, om nieuwe manieren van organiseren en samenwerken. In dit verband wordt ook wel gesproken van een veranderende organisatie-ecologie; een nieuwe samenwerkingskunde tussen overheid, bedrijven en burgers. Over samen creëren en delen wat van waarde is op basis van nieuwe spelregels. Niet als losse organisaties of als individuen, maar 'samen', als een systeem. Gezien het vraagstuk leidt dat niet verbazingwekkend en onvermijdelijk tot weerstand bij oude én nieuwe spelers.

In dit hoofdstuk focussen we op transitie als derde orde vraagstuk en proberen we die, te duiden op basis van een aantal kernvragen (Waarom? Wat? Wie? Hoe?) en drie samenhangende paradoxen (deel-geheel, inhoud-betekenis en ratio-emotie) waarover wij eerder publiceerden (de Witte, Jonker, 2020). Vooraf kennisnemen van die publicatie is niet strikt noodzakelijk, omdat we de noodzakelijke kennis en inzichten presenteren om de verkenning mee te starten. We komen niet tot een definitieve beantwoording van de kernvragen en ook niet tot een slotsom hoe met de paradoxen om te gaan. Niet voor niets typeren we de huidige tijd als een tussentijd

(Kramer, 2024). Dus zullen we het moeten stellen met een verkenning en slechts voorlopige inzichten. Onze verkenning leidt wel tot enkele bouwstenen die helpen een transitieproces vorm te geven.

2. Duurzame maatschappelijke ontwikkeling vraagt om transitie

In de veranderkunde onderscheiden we drie ordes van veranderen (de Witte, 2020, 2021). Bij eerste orde vraagstukken draait het om het veranderen c.q. verbeteren van een aspect in de bestaande organisatie (bv. het herontwerpen van de organisatiestructuur of het introduceren van een nieuw voorraadsysteem). Het veranderidee is de 'running business' beter te laten presteren. Te komen tot een efficiëntere inzet van resources, tot optimaliseren. Het adagium is meer performance met dezelfde, liefst met minder middelen. In eerste orde veranderopgaves ga je niet van A naar B, maar van A naar beter A.

In de tweede orde transformeert de hele organisatie. Het moet integraal anders (bv. vanwege de keuze voor een nieuw businessmodel) en daarom 'kantelen' we de hele organisatie. Dan staan zowel de business propositie, organisatiestrategie, structuur, technologie, de medewerkers en de cultuur (in onderlinge samenhang) ter discussie. De scope neemt toe. Uitgedrukt in een veranderaanpak ga je van A naar B, op de manier van B. Door dat te doen ontstaat een eerste ervaring met het gedrag dat past bij de gewenste bestemming. Juist door B te doen (lastig omdat je A bent) ga je ontdekken wat je hebt bedacht (=de gedroomde bestemming B). En door te blijven experimenteren wordt B steeds duidelijker, concreter en het gedragsrepertoire passender. We noemen dit niet voor niks ook wel de organisatie-ontwikkelingsbenadering.

Bij derde orde vraagstukken gaat het om systeemtransitie, verandering van het systeem waar organisaties deel van uit maken. Hoe komen we tot een niet-fossiele energievoorziening? Of tot een circulaire economie met grondstoffen rotondes? Hoe bevorderen we veiligheid in de publieke ruimte? Hoe voorzien we in voldoende, kwalitatief hoogwaardig voedsel voor de wereldbevolking? Dergelijke uitdagingen zijn niet van organisaties, maar van samenwerking tussen alle partijen die onderdeel uitmaken van de energiesector, de (inter)nationale economie, het publieke domein of de voedselsector. De organisatiekundige vraag zit in het ontwikkelen en het bevorderen van het samenwerken tussen organisaties, in de ketens en netwerken waar zij onderdeel van uitmaken. Het gaat om inter-organisatiele vraagstukken in uitdagende maatschappelijke opgaves. Anders dan in eerste en tweede orde vraagstukken is de bestemming (de gedroomde bestemming) hier veel abstracter en diffuser. In het Amerikaans wel aangeduid met het acroniem BHAG; een big hairy audacious goal (een harig droomdoel). Veranderkundig gaan we van 'A' al ontdekkend, ontwikkelend, op pad naar een BHAG; een gedeeld verlangen van de samenwerkende partijen. Daarin is het cruciaal te interveniëren op de arrangementregels (bv. wetgeving, bekostigingssystematiek) die het systeem vormen en zo de wijze (mede) bepalen waarop organisaties al dan niet met elkaar samenwerken. Het gaat dus om

inter-organisatieel samenwerken en veranderen: hoe krijgen we alle organisaties in het systeem, de keten of het netwerk parallel in beweging?

Duidelijk is dat transitievraagstukken alleen benaderd kunnen worden door voorbij de grenzen van de huidige organisaties te denken. Een beetje verbeteren (1^e orde) is gewoon niet voldoende en een tweede orde transformatie realiseren is ontoereikend voor het ingrijpende systeemkarakter van het vraagstuk dat hier centraal staat. Oplossingen in de derde orde overstijgen de wijze waarop organisaties daarbinnen acteren en verleggen de grenzen van hoe het systeem is georganiseerd.

Definitie:

Een derde orde veranderopgave, ofwel transitie definiëren wij als het fundamenteel veranderen van een systeem, de spelregels en de daarvan afgeleide handelingspatronen en arrangementen tussen burgers, bedrijven en overheid rond een maatschappelijke opgave. Denk aan: energie, voedsel, water, onderwijs, zorg, mobiliteit, logeren, muziek, kunst en cultuur, etc.

2.1 Uitdaginge maatschappelijke opgaven

De term ‘maatschappelijke opgave’ wordt makkelijk gehanteerd, maar heeft geen eenduidige betekenis. In hun fundamentele en inspirerende werk beschrijven De Caluwé en Kaats (2023) het als opgaven die niet vanzelfsprekend zijn, noodzaken tot samenwerking, op verschillende niveaus moeten worden begrepen, die ons raken en vragen om gezamenlijk handelen. Het gaat om mensenwerk en vraagt om mensen en organisaties die vanuit hun rol en verantwoordelijkheid een bijdrage willen leveren. Die zich daarbij realiseren dat er tegelijkertijd sprake is van inhoudelijke en sociale complexiteit. Rondom het vraagstuk zijn immers veel partijen betrokken, die ieder hun kijk op het vraagstuk hebben, voorkeuren koesteren en ideeën formuleren.

De Caluwé en Kaats schetsen een groot aantal kenmerken die tevens kaderstellend zijn voor het veranderen in derde orde

- een opgave komt niet uit de lucht vallen, is *niet vanzelfsprekend*; soms heeft het vraagstuk aandacht nodig om geaccepteerd te worden.
 - wat voor de een urgent is, is dat voor de ander niet.
 - het is noodzakelijk om vanuit verschillende (vak)disciplines en (macro, meso en micro) niveaus naar opgaven te kijken.
 - een opgave heeft geen vanzelfsprekende (verzamel)plek om te ontmoeten en eraan te werken.
- in de noodzakelijke *samenwerking* zijn er veel partijen met verschillende motieven, belangen en perspectieven.
 - de opgave raakt doorgaans aan meer sectoren.
 - heeft behoefte aan samenhang en behoefte aan regie.

- de symptomen tonen zich aan de oppervlakte, maar partijen moeten bereid zijn naar de diepere oorzaken te kijken om de opgave te doorgronden.
 - een gezamenlijk vertrekpunt is wenselijk.
- een opgave *raakt ons* persoonlijk en raakt ons gezamenlijk functioneren.
 - taal en de wijze waarop we communiceren doet ertoe.
- een opgave vraagt om gezamenlijk handelen, waarbij altijd spanning bestaat tussen het individuele en het collectieve handelen.
 - aandacht voor het collectieve vraagt activeren en mobiliseren.

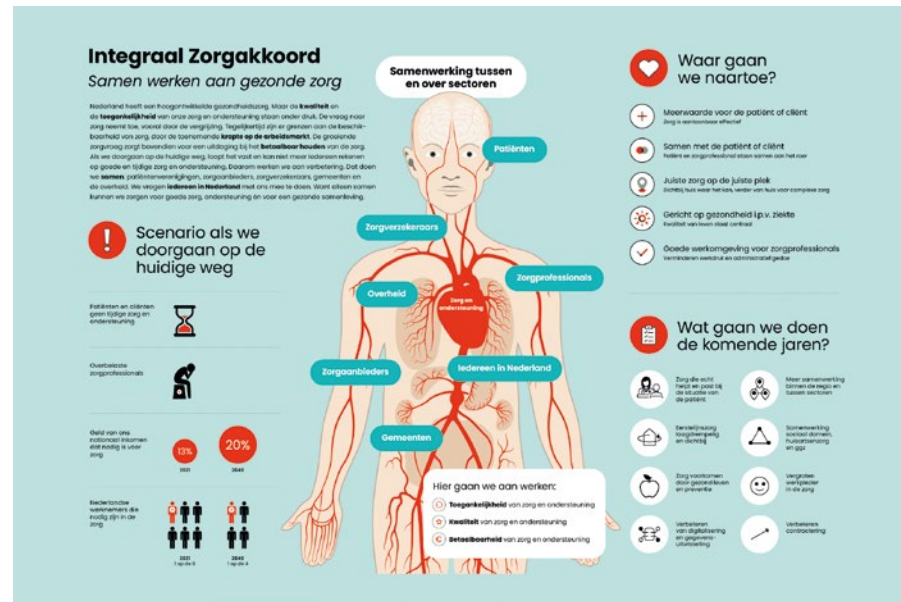
Wanneer maatschappelijk veel van dergelijke opgaven simultaan aan de orde zijn spreken we van een kantelperiode of zoals Jan Rotmans (2014) dat noemt een ‘verandering van tijdperk’. Een periode van afbraak en opbouw waarin alle groepen strijd voeren voor hun plaats in de samenleving, voor het behoud van de eigen identiteit. Een kantelperiode is vol machtsstrijd. Het start met een collectief unheimisch gevoel. Ongenoegen dat leidt tot gevoelens van onzekerheid, uit balans zijn en chaotisch overkomt, ook al omdat er niet langer sprake is van een duidelijke richting, sturing of overzicht. De horizon is tijdelijk leeg (Kramer, 2024). Een periode waarin traditionele instituties op hun laatste benen lopen; denk aan kerken, omroepen, media (vooral de kranten), politieke partijen, (professionele) beroepsgroepen en de vakbonden. De verzuilde samenleving hebben we achter ons gelaten, maar niet duidelijk is welke gemeenschappen daarvoor in de plaats komen (coöperaties, netwerken en communities?). Ze lijken in ieder geval vluchtiger van karakter dan de hierboven genoemde verzuilde organisaties, die enkele generaties hielpen bij het betekenisgeven aan het (samen)leven.

Het maatschappelijk onbehagen ontstaat zeker ook door dynamiek van onderop, vanuit inspiratie en passie. Creatieve kantelaars, dwarsdenkers en friskijkers breken door bestaande systemen heen met andere zienswijzen, nieuwe technologieën en andere innovatieve ideeën, met daarop gebaseerde nieuwe businessmodellen en alternatieve manieren van organiseren. De gevestigde orde wordt uitgedaagd vanuit een groeiende onvrede en op talloze plekken gebeurt er van alles. Weliswaar klein, op beperkte schaal, in pilots en onnoemelijk veel experimenten. Losgezongen van de bestaande orde, omdat ze plaatsvinden in laboratoria, innovatieve hubs, incubators, regelluwe zones, die alle opschalingsproblemen kennen. Een transitieperiode wordt dus gekenmerkt door spanningen, conflicten en een machtsstrijd tussen prille niches met beperkte (financiële) mogelijkheden en de gevestigde orde met machtige geïnstitutionaliseerde regime bewakers aan haar zijde.

In een kantelperiode met simultane maatschappelijke opgaven worden de fundamenten van onze systemen ter discussie gesteld. En dus ook de ideologieën en mentale frames waarop ze gebaseerd zijn. Het stelt de dominante organisatiekunde ter discussie, omdat die zeker organisatie-centrisch is en wellicht onvoldoende basis is voor opgaven die in samenwerking tussen allerlei partijen dienen te worden geanalyseerd en aangepakt. Hetzelfde geldt voor de veranderkunde. Eerste en tweede orde veranderbenaderingen zijn onvoldoende om de maatschappelijke opgaven het hoofd te bieden. De huidige kantelperiode met de beschreven maatschappelijke opgaven vragen om een derde orde verandering, ofwel transitie.

2.2 Een voorbeeld

Een van die maatschappelijke opgave en systemen onder druk is de zorgsector. Vanwege allerlei omgevingsontwikkelingen grijpt de wetgever naar nieuwe wetten en maken de betrokken partijen nieuwe afspraken. Dat alles met structureel minder middelen, met als uitgangspunten behoud van beschikbaarheid en minimaal de bestaande kwaliteit. Dat kan niet goed gaan als we niet met elkaar het systeem willen herzien. En dat is precies wat *het 'Integraal Zorgakkoord. Samenwerken aan gezonde zorg'* probeert te doen. Deze transitie wordt in onderstaande slide kernachtig samengevat.



2.3 Een kleine theoretische verdieping: wat is een transitie?

Zoals eerder betoogd, veel maatschappelijke systemen piepen en kraken. Het stelt ons voor transitieopgaves; het fundamenteel veranderen van maatschappelijke systemen, de spelregels en de manier waarop burgers, bedrijven en overheid met elkaar omgaan (Rotmans, 2006). Het zijn complexe maatschappelijke vraagstukken waar veel partijen tegelijkertijd betrokken zijn. Een maatschappelijk vraagstuk is van iedereen en dus van niemand, want er is geen aanwijsbaar machtscentrum. De kwaliteit van het water in de (Amsterdamse) gracht is van niemand en iedereen. Probeer die waterkwaliteit eens te verbeteren en je weet niet vanzelfsprekend waar te beginnen. Partijen moeten elkaar vinden en verbinden, elkaar beïnvloeden en verleiden om gezamenlijk het systeem in beweging te krijgen. Niet iets wat je met één organisatie kunt realiseren, maar wat tussen burgers, organisaties en overheden moet worden georganiseerd. Het is de kunst om het systeem in verbinding te laten 'dansen'.

Transities vatten we op als ingrijpende maatschappelijke veranderingen die van lange duur zijn en maar beperkt zijn te sturen. Ze eisen dat niet alleen de inhoud, maar ook de spelregels (de arrangementregels van het systeem) ter discussie worden gesteld en veranderen. Transitie zijn fundamentele veranderingen in de structuur, cultuur en werkwijzen van maatschappelijke systemen. Zulke systeemveranderingen zijn nodig om het hoofd te bieden aan hardnekkige systeemproblemen. Problemen welke maatschappelijk niet meer opgebracht kunnen worden, dan wel door de staande organisaties niet meer (weg)georganiseerd kunnen worden. Ze worden gekenmerkt door onvoorspelbaarheid, onzekerheid en onkunde. Denk aan klimaatverandering, energieschaarste en beschikbare en betaalbare zorg.

Transities kunnen dus beschouwd worden als systeemverandering, ofwel het veranderen van de maatschappelijke structuur en cultuur en de institutionele arrangementen die daar uitdrukking van zijn. Transitie zijn gericht op toekomstbeelden die in samenspraak zijn gecreëerd. In de transitieliteratuur wordt transitie-management als een specifieke vorm van netwerksturing beschouwd. Niet gekenmerkt door doelgerichtheid, maar door procesmanagement en draagvlakontwikkeling. Bovendien vraagt het om afstemming tussen lange en korte termijn (Rotmans in Lindt et al., 2002). Veranderuitgangspunt is het arenaprincipe, waarbij thematische arena's – gericht op vernieuwing – worden ingericht. Door bestaande netwerken op bepaalde punten te koppelen. Het gaat dan eigenlijk om een vernieuwingsnetwerk. Dit netwerk richt zich onder andere op visieontwikkeling, met als uitgangspunt dat een visie de toekomst niet dichttimert (Lindt, et al., 2002). Met daaropvolgend een gezamenlijke zoektocht van allerlei relevante partijen, aansluitend bij de ideeëncyclus van voortdurend leren, experimenteren, ervaren, vooruitzien en terugkoppelen. Want, niemand kan het systeem naar zijn hand zetten. Complexe systeemveranderingen zijn eigenlijk alleen te beïnvloeden door iedereen te inspireren tot een wenselijke, relevante gedragsverandering die men creatief mag invullen. Verbeelding als motor van verandering!

Hoewel netwerksturing een voorwaarde lijkt voor transitie, blijkt dit in de praktijk moeilijk uitvoerbaar (Cörvers, 2001). De verwachtingen van netwerksturing zijn vaak hooggespannen, terwijl ervaringen vaak (financiële) beperkingen tonen die verhinderen dat organisaties grensoverstijgend actief worden. Ook staat netwerksturing zelf ter discussie. Die laat zien dat de samenwerking tussen verschillende partijen vaak te wensen over laat. Soms slechts zijdelings en lang niet alle partijen worden intensief in het proces betrokken. Tenslotte blijkt de zogenaamde gemeenschappelijke doelstelling van het netwerk een voornemen, slechts een idee, en staan (de geïnstitutionaliseerde) belangen die doelstelling te creëren vaak in de weg. De felbegeerde win-win uitkomsten blijken in de praktijk vaak ideologische schijn (Torenlid, 2012).

3. Typering van de derde orde aan de hand van vier kernvragen

3.1 Waarom? Big Hairy Audacious Goals...

De killer application bij elke verandering is de vraag waarom het nuttig en/of noodzakelijk is. Immers, zonder (gevoelde) urgentie geen verandering. Alleen wat voor de een urgent is, is dat niet per se ook voor een ander. We ontmoeten daarin direct een uitdaging. De essentie van de derde orde is het loslaten van de eerste en tweede orde en het systeem opnieuw proberen te overzien en in te richten. Niet losse organisaties hebben de opgave te veranderen, maar het systeem moet gaan 'dansen'. Of zoals Heidi Leenaarts (2014) het zo mooi zegt: *'We kijken in de regel hoe we binnen de grenzen van ons bestaande ... systeem onze problemen en uitdagingen op kunnen lossen. Het ...systeem zelf is een blinde vlek. We zien nog nauwelijks hoe de ontwerpkeuzes ... op zichzelf een rol spelen in het ontstaan van onze grootste collectieve uitdagingen. Als we daar wel naar kijken, krijgen we veel meer en veel omvattender oplossingsrichtingen in beeld. Dát gaan zien, is echt vergelijkbaar met een blik buiten werpen'*. Eigenlijk moet daarvoor de gevestigde orde op de schop en moeten de betrokken partijen proberen met elkaar te komen tot een fundamentele herziening en inrichting van de maatschappelijke opgave en daarmee ook de huidige organisatorische samenwerking herzien. En dat tegelijkertijd als urgent erkennen en aangaan is niet vanzelfsprekend.

In derde orde gaat het om systeemvragen, om fundamentele, langlopende ontwikkelingen. Om trage vragen die dieper gaan, veel gelaagder en complexer zijn. Anders hadden we ze binnen de bestaande orde al opgelost. Trage vragen met een langetermijnperspectief van minimaal een decennium. Maar misschien gaan er wel twee of drie generaties of pakweg 50 jaar overheen. Het gaat om maatschappelijk actuele en urgente vraagstukken, die in het hier en nu dringend moeten worden aangepakt. Maar vanwege hun systeemkarakter een lange termijn handelingsperspectief vragen. Transitie richtten zich op 'big hairy audacious goals' (BHAG's), niet smart geformuleerd, maar juist nog rafelig en diffuus. Die hebben langlopende en ingrijpende processen van experimenteren, uitproberen en opschalen nodig om ze te realiseren. Het is een spanningsvolle relatie; actuele, relevante en hoe langer hoe meer urgent ervaren opgaven, die slechts met langdurige veranderingsprocessen het hoofd kunnen worden geboden.

"Van transitie uit het verleden weten we dat een kritische massa van ca. 20 procent van de bevolking nodig is om het systeem definitief en onomkeerbaar te laten kantelen. Dat betekent voor Nederland dat zo'n 2,5 miljoen volwassenen mee moeten kantelen om het omslagpunt te bereiken. Uitgaande van zo'n 250.000 mensen die nu al actief betrokken zijn bij de nieuwe maatschappelijke orde, betekent dat pakweg een vertienvoudiging van het aantal Nederlanders dat betrokken is bij de kanteling. Een mooie opgave voor de komende jaren!" (Rotmans, 2014)

Met de betrokken partijen rond het vraagstuk een 'open' beeld van de toekomst maken is hier het startpunt. Het ontwikkelen van een gezamenlijk toekomstbeeld, een wenkend perspectief, waarbij de complexiteit van de omgeving niet wordt

gereduceerd, maar juist wordt omarmd. Door de complexiteit te omarmen, het vanuit verschillende perspectieven te benaderen, zien we misschien niet alleen de symptomen, maar ook de oorzaken en het 'hele plaatje'. Dat leidt in ieder geval tot het relativeren van de maakbaarheid van ons bestaan, de fundamentele van de businessmodellen van vandaag, het lineair organiseren en stapsgewijs veranderen waaraan we gewend zijn. De systeempatronen komen dan beter in beeld en komen daardoor fundamenteel ter discussie.

3.2 Wat? Experimenteren in 'tuinhuisjes'

De Waarom-vraag betrefte de analyse van waar komen we als organisatie vandaan, wat is er aan de hand en waar zijn we naar op weg. Hoe ontwikkelen we van bron naar bestemming. In deze sub-paragraaf staat de meer organisatiekundige Wat-vraag centraal; wat zit in de huidige organisatie de gewenste ontwikkelrichting in de weg en wat zou een beter passende vormgeving kunnen zijn? In derde orde gaat het echter niet zo zeer om de analyse van een organisatie, maar gelden deze vragen voor de samenwerkende organisaties binnen de maatschappelijke opgave.

Voor het vormgeven van organisaties staan ons allerlei modellen ter beschikking, het 7S-model, INK-model, Octaëder model, om er maar een paar te noemen. Op de een of andere manier besteden ze in de configuratie allemaal aandacht aan de organisatiestructuur en governance, technologie en andere gereedschappen en middelen, de kwantitatieve en kwalitatieve kenmerken van medewerkers en managers en tenslotte de leiderschapstijl en cultuur. Deze elementen zijn te ordenen op een dimensie en indiceren 'de veranderdiepte'; van structuur tot cultuur. Het zijn echter modellen die slechts een organisatie helpen analyseren en vormgeven. In derde orde zijn ze te beperkt, want organisatiekundig gaat het hier om een ecologie van samenhangende en samenwerkende organisaties.

In een systeemanalyse komt er op de dimensie 'veranderdiepte' ten diepste nog een element bij; nl. de arrangementregels. Het zijn de regels en patronen die de wijze waarop het systeem de relaties tussen organisaties vormgeeft. Denk hierbij vb. aan wet- en regelgeving opgelegd door de overheid, waarmee het speelveld voor de samenwerking tussen de spelers wordt bepaald. Maar denk ook aan de bekostigingssystematiek die in sectoren is ontwikkeld. Je krijgt immers het gedrag dat je beloont. Ook informatie en communicatietechnologie bepaalt in vergaande mate wat wel en niet al samenwerkend georganiseerd kan worden. Dergelijke arrangementen liggen dieper dan de fundamentele waarop organisaties worden vormgegeven. Transitie vergt dus ook interveniëren op de diepte van de arrangementen die de ecologie voor samenwerkende organisaties samenstellen.

Om in sterk georganiseerde contexten kans te maken op derde orde succes, zal 'buiten' meer en vaker 'naar binnen' moeten worden getrokken. De organisatie als een entiteit met heldere grenzen maakt plaats voor een netwerk van samenwerkende personen en partijen. De Caluwé en Kaats (2023) spreken in dit verband van 'opgavenetwerken' als platform voor het samenwerken aan maatschappelijke opgaves. Wat nog wel 'van' de organisatie is, wat of wie erbij hoort en wie niet, is steeds opnieuw een kwestie van afspraak. Projectleiders en (programma)managers zullen van visionaire bestuurders

en leiders de opdracht moeten krijgen om in een vrije rol externe ontwikkelingen de organisatie binnen te trekken en met anderen binnen en buiten de organisatie verder te ontwikkelen. Dat vraagt om vrijdenkers, friskijkers, dwarsdenkers en kantelaars met geen andere opdracht dan de bestaande routines uit te dagen en te vernieuwen. Dergelijke sociaal-intelligente Willy Wortels zouden het beste ondergebracht kunnen worden in ‘tuinhuisjes’ (experimenteerplekken, incubators, laboratoria) in de luwte van de oude staande organisaties. Hier krijgen zij vrij spel, niet gehinderd door de routines van de hoofdkantoren met hun veelal op controle gerichte systemen. Het ontwikkelen van nieuwe businessmodellen buiten het hoofdkantoor om is een bekende, bewezen en beloftevolle strategie, ook (of misschien juist wel) in de derde orde.

Een transitie doorsnijdt de grenzen van organisaties en zijn van inter-organisatiele aard. Zo'n opgave bevindt zich dus in de tussenruimte en een tuinhuis of netwerk geeft de opgave een plek. Een plek waar vier basisfuncties samenkomen: nl. elkaar ontmoeten, samen leren, samen richten hoe de gedeelde ambitie te realiseren en samen handelen. Langs deze functies kunnen ook verschillende typen netwerken worden onderscheiden (zie: De Caluwé en Kaats, 2023: 206). Binnen al die verschillende typen draait het om een effectieve samenwerking op gang te brengen. En dat is niet eenvoudig; immers de context verandert voortdurend, het machtscentrum is onduidelijk, de interdependentie en heterogeniteit tussen de partijen is hoog en de horizon is leeg (de nieuwe werkelijkheid is nog abstract en diffuus=BHAG). Juist daarom is bij netwerkvorming een aantal leidende principes van belang die een effectieve samenwerking bevorderen:

- De opgave heeft een plek in de tussenruimte nodig die vertrekpunt kan zijn van de samenwerking.
- De basisfuncties (ontmoeten, leren, richten en handelen) moeten goed worden vervuld en moeten goed worden verbonden. Dat maakt samenwerken betekenisvoller.
- Werken met parallelle activiteiten in wisselende samenstellingen en verschillende tijdframes op diverse niveaus vergroten de kans dat er effectieve oplossingen worden gevonden.
- Aandacht voor de noodzaak en vormgeving van regie in het netwerk vergroot de kans dat inspanningen in samenhang tot resultaat komen.
- Creëer optimale condities voor allerhande samenwerkingen tussen de deelnemers, dat vergroot de kans dat ze gezamenlijk bijdragen aan oplossingen voor de opgave. (De Caluwé en Kaats, 2023).

3.3 Wie? Speelveld en aantal spelers nemen enorm toe

In de 21^{ste} eeuw reiken de veranderopgaven over de grenzen van (bestaande) organisaties (en instituties) heen. Dat is simpel gezegd de kern van de derde orde. Het gaat om veranderopgaven die tussen organisaties en tussen partijen georganiseerd moeten worden en waarin spelers uit de verschillende betrokken organisaties gezamenlijk een complex veranderproces aangaan. En dat is allesbehalve vanzelfsprekend.

In de derde orde is het lastig om vast te stellen wie de betrokken partijen in de verandering zijn. Zijn dat de bestaande partijen of gaat het juist om een nieuwe configuratie van spelers? Als het systeemtransities als gezondheid, veiligheid, onderwijs, voldoende en gezond water of de circulaire economie betreft is het aantal spelers enorm. Allemaal spelers met eigen belangen en een oud gedragspatroon in termen van organiseren en veranderen. Een oud gedragspatroon waar het gaat om denken over winst en verlies, kosten en baten en belangen. Het oude patroon voelt niet voor niets comfortabel, want het brengt juist dat; comfort in termen van macht, positie, imago, inkomen en dus 'veiligheid'. Wil het systeem kunnen veranderen, dan moeten meer organisaties en meer spelers tegelijkertijd in beweging komen. Daardoor neemt 'de veranderbreedte' en de complexiteit enorm toe!

Het helpt enorm om het sociale weefsel rond een maatschappelijke opgave in beeld te brengen. Wie heeft contact met wie en hoe intensief en frequent zijn die contacten. Door het sociale weefsel te analyseren naar impact, belangen, energie en emoties in de veranderopgave ontstaat een webanalyse (ook wel sociogram genoemd), die helder maakt bij welke spelers transitiebereidheid bestaat. Op basis van dit beeld en de gedachte dat 'peer tot peer' invloed sterker is dan hiërarchische macht (in derde orde toch al een lastig verschijnsel) kan een 'coalition of the willing' worden gevormd; een gideonsbende. Immers medewerkers kopiëren gedrag van personen met wie ze zich identificeren. Verspreiding door het (informele) sociale netwerk wordt versneld door 'peer tot peer' interactie en verhalen. Via deze kanalen vindt er besmetting plaats, op veel plekken tegelijkertijd en gaat de verandering als het ware viraal (Herrero, 2008).

Voor de duidelijkheid: het is een illusie te denken dat alle partijen tegelijkertijd klaar zijn voor een transitie. Ook, of juist daar moet eerst aan gewerkt worden. We zagen dat al eerder bij de Waarom-vraag. Het organiseren van transitiebereidheid is daarmee de eerste veranderkundige opgave, voordat er wat dan ook gebeurt. Ook in derde orde is 'gevoelde urgentie' van doorslaggevend belang. Juist wanneer het vraagstuk van de lange termijn is. Er zijn dan immers allerlei redenen om de problemen van de hitte van vandaag voorrang te geven. Werken aan het verder voorkomen van de opwarming van de aarde? Ja, maar dat kan morgen ook wel. Nu eerst vandaag veiligstellen.

3.4 Hoe? De kunst van zelforganisatie en lerend werken in niches

Onderzoek naar zelforganisatie laat zien dat het bestaan van een ‘goddelijke schepper’ of briljante mastermind hoogst onwaarschijnlijk is. Wat nodig blijkt is een set van zelf-organiseer regels. Die regels sturen in de basis wat, hoe en waar het systeem waarde kan toevoegen of onderdelen weghalen en onder welke condities dat kan gebeuren. Honderden experimenten in de maatschappij hebben inmiddels laten zien dat in de basis simpele, maar gezamenlijk complexe patronen kunnen ontstaan op basis van relatief eenvoudige ambities en daarbij horende regels.

Op zoek naar het vergroten van de wendbaarheid van organisaties wordt soms verwezen naar de zwermtheorie. In zijn prachtig geschreven en geïllustreerde boek ‘De kracht van de zwerm’ beweert Van Ginneken dat we bij het organiseren een andere mentale kaart in ons hoofd moeten prenten. Anders dan de machinemetafoor schetst hij de metafoor van de zwerm. Een zwerm heeft als kenmerken:

- Een groot aantal gelijksoortige en vrijelijke bewegende eenheden,
- die zelfstandig en snel op elkaar en op de omgeving kunnen reageren,
- die daarbij een gelijkloop ontwikkelen: een nieuwe eenheid en een samenhangend geheel van hogere orde.

Uit onderzoek naar kabeljauw, haring en sardines blijkt dat er geen echte leiders hoeven te zijn. Toch is er ook geen sprake van telepathie of een ‘groupmind’. Zwermen volgen een paar simpele regels die hun patronen verklaren. Ten eerste, blijf zo dicht mogelijk bij het midden, beweeg je ten tweede in dezelfde richting en met dezelfde snelheid als de anderen en tenslotte blijf twee of drie lichaamslengtes weg van de burens, zodat ieder in noodgevallen een plotselinge wending kan maken. Deze eenvoudige regels verklaren het zwermen van spreeuwen en scholen vissen, die op deze manier wonderlijke patronen van gelijkloop tonen.

De nadelen daarvan lijken op het eerste gezicht dat het grotere geheel onmeetbaar, onvoorspelbaar en onbeheersbaar is. Maar de voordelen zijn juist dat de zwerm zich voortdurend kan veranderen door zich aan te passen aan nieuwe en onverwachte omstandigheden. Het heeft immers een vermogen tot zelforganisatie en zelfreorganisatie, tot innovatie en creativiteit, dat ‘ver uitstijgt boven de domme dwang van de ouderwetse mechanische organisatie en planning’ (Van Ginneken, 2009: 14).

Zelforganisatie is een streng theoretisch begrip. Een belangrijk kenmerk daarvan is dat niemand doelbewust *structuren* in een systeem aanbrengt, maar dat spontaan emergente patronen ontstaan. Maar ‘iets’ of ‘iemand’ kan natuurlijk wel in de voorwaarden voorzien, waardoor zelforganisatie kan plaatsvinden. Dat kan een geluid, licht of een functie zijn. Zelforganisatie van en tussen mensen betekent per definitie *samen* dingen doen. En hoe je het ook wendt of keert, dat impliceert afstemmen en afspraken maken. Samen organiseren is bovendien niet vrijblijvend. Maar het is niet de structuur en de regels die daaruit voortkomen die leidend zijn. Als we de kracht van zelforganisatie beter leren begrijpen en accepteren durven we misschien als mensen en als maatschappij die kracht beter te benutten.

Wat zichtbaar wordt in een brede waaier van ontwikkelingen is dat transitieën ontstaan op het snijvlak en de wisselwerking tussen mensen en de systemen die zij samen organiseren. Het fascinerende van deze tijd is dat in alle sectoren mensen aan het experimenteren zijn met nieuwe ‘organiseer’-vormen. Experimenten zijn strategisch te ordenen op een as die loopt van technologische (samen een windmolen kopen) naar sociaal (samen een zorg-coöperatie opzetten). Experimenten die geboren worden aan de keukentafel, in het buurthuis of op kantoor en die vorm krijgen in ‘niches’. Een niche is een (gedeeltelijk) beschermde ruimte voor experimentele praktijken, die op nieuwe manieren in maatschappelijke behoeften kunnen voorzien (bron: www.transitiepraktijk.nl). Die niches zijn de experimenteerplekken van de maatschappij. Zij zijn de kraamkamer van interessante ontwikkelingen. Als die met elkaar verbonden worden ontstaan (kleine) (lokale) netwerken waar transitie plaatsvindt. Rotmans (2001) noemt dat transitiearena’s. Kleine dynamische netwerken samengesteld uit actoren binnen en buiten het bestaande regime. Kenmerkend voor die arena’s is dat zij zijn opgebouwd uit een groep van mensen die consensus hebben bereikt over de vraag dat een fundamentele verandering noodzakelijk is én gerealiseerd kan worden. Nichespelers met gedurfde visies en ideeën en het vermogen om over de schutting heen te kijken, maar ook mensen die het regime van binnenuit willen opschudden. Zo’n arena start niet zelden vanuit een groep(je) mensen die op basis van zelforganisatie een alternatief ontwikkelen en opbouwen. Oog hebben voor die niches, ze koesteren en de ruimte geven en tegelijkertijd accepteren dat heel veel niet zullen doorstarten, hoort bij deze tussentijd. Want juist door in die niches in het klein te experimenteren ontwikkelt zich innovatie en daarmee de basis voor transitiebereidheid. Die verzameling kleine initiatieven verbinden leidt tot transitiearena’s waarin geleerd kan worden wat de consequenties zijn van de transitie-in-actie.

4. Paradoxen in de derde orde

4.1 Deel en geheel: niet kleiner maar groter maken?!

Elke veranderaar weet dat naarmate het aantal partijen toeneemt de complexiteit van de verandering groter wordt en dus ook het noodzakelijke verandervermogen om de verandering te laten slagen. Over het algemeen lossen we het deel-geheel dilemma op door ons af te vragen wat wel en niet binnen onze cirkel van invloed ligt. Van Covey (1989) hebben wij het verschil tussen onze cirkel van invloed en die van betrokkenheid geleerd. Effectieve leiders denken en handelen vanuit hun cirkel van invloed. Goed advies! Juist door de scope van de casus te beperken krijgen we er meer invloed op en neemt de kans van slagen toe. Daarmee vermindert natuurlijk wel onze impact op het geheel. Het lukt niet de verandering in een keer te realiseren, dus we hebben meer ‘cases’ nodig op de korte termijn om de trage vragen van de lange termijn te tackelen. Helaas, het is niet anders.

De kern van derde orde vraagstukken is dat de veranderopgaves per definitie buiten de grenzen van de afzonderlijke organisaties liggen. Het beperken van de betrokken partijen is dus niet eenvoudig. Het gaat altijd om spelers van meer dan een organisatie! Het onderscheid tussen interne en externe, primaire en secundaire stakeholders wordt vager dan het al was. Verandering impliceert hier dat het managen van

stakeholders en vooral stakeholderondersteuning en – commitment een spel van steeds meer spelers wordt. Uitdijende verzamelingen van partijen die zich niet in een managementconcept laten vatten, laat staan dat zij vanuit een centraal punt gecoördineerd kunnen of willen worden. En dit terwijl het om allerhande redenen lastig en handig kan zijn om het gehele systeem van alle mogelijke stakeholders rond de tafel te krijgen. Het adagium ‘get the system in the room’ is dus steeds minder eenvoudig. Juist ook omdat er geen platforms bestaan waarop alle partijen elkaar logischerwijze vinden. De partijen zijn onderdeel van een organisatie-ecologie, met elk hun eigen belangen, waardoor het niet eenvoudig is om een algemeen belang te vinden waarop zij zich laten verzamelen. Niet voor niets gaat het in derde orde om her-institutionaliseren. Bovendien staan de spelers hier niet onder (hetzelfde) hiërarchische gezag, zoals binnen organisaties wel het geval is. Partijen moeten zonder sterren en strepen met elkaar worden verbonden om gezamenlijk het systeem in beweging te krijgen.

De uitdaging is om organisatorisch grensoverschrijdend te werken. Het is een uitdaging om te bepalen wat het systeem is dat je wilt veranderen. Het trekken van de systeemgrenzen is niet zo eenvoudig in een wereld waarin verschijnselen in toenemende mate interdependent zijn. Welke partijen maken deel uit van dit systeem en wie zitten al wel of nog niet aan tafel? Wie onttrekken zich aan het zicht en hoe kunnen zij toch worden benaderd? Niet voor niets besteden Senge (2008) en Rotmans (2006) veel aandacht aan het samenstellen van de transitiearena. Waar vindt je verdichtingen in de keten, het netwerk en de community van spelers die met elkaar willen optrekken om samen het systeem te laten dansen?!

Dat vraagt om over de schaduw van de eigen organisatie en haar belangen te stappen. Immers de huidige organisaties hebben belang bij de wijze waarop het systeem vandaag is georganiseerd. Bestaande organisaties weten te overleven, omdat zij waarde creëren binnen dat systeem. Nadenken over een systeemtransitie betekent dus dat belangen gaan schuiven en dat de organisatie in de nieuwe ecologie weer een bestaansreden moet vinden. Loslaten in optima forma, want niet in het verlengde van de staande belangen. Hoe bouw je een vitaal samenspel op waarin de rollen die partijen spelen in de loop van het proces voortdurend kunnen, mogen en zullen wijzigen? Bijvoorbeeld door te wisselen tussen de rollen van voortrekker en geïnformeerde en door actief of niet direct actief betrokken te zijn.

In de derde orde dringt de vraag zich op of je het deel-geheel dilemma niet moet oplossen door de casus kleiner, maar juist groter te maken. Immers de derde orde veranderopgave is van zichzelf al groter dan de eigen organisatie. Door het aantal spelers juist te vergroten wordt de kern van het derde orde vraagstuk toegankelijk(er). Een invalshoek zou kunnen zijn om het vraagstuk niet op te knippen in deelproblemen of aspecten, maar het juist integraal te benaderen en de schaal van experimenteren aan te passen. Niet de transitie op nationale schaal willen uitvinden, maar zoeken naar een schaal waar met het probleem integraal kan worden geëxperimenteerd. Niet de GGZ in Nederland in een klap willen verbeteren, maar zoeken naar nieuwe invalshoeken op het niveau van een dorp, kleine stad of wijk. Dat is exact wat bv. het ecosysteem Mentale Gezondheid poogt te bewerkstelligen (Delespaul, et al, 2016). In de wijk vind je een beperkt aantal spelers die allemaal rond mentale

gezondheid samenwerken; daar vinden we een gezondheidscentrum, met slechts enkele huisartsen, praktijkondersteuner(s), fysiotherapeuten, psychotherapeuten, ervaringsdeskundigen, een online buurtapp, een enkele zorgverzekeraar en slechts een gemeente. Dat maakt het mogelijk om het aantal spelers beperkt te houden, van menselijke maat te houden, maar niet de meervoudigheid van invalshoeken te beperken. Op beperkte schaal benaderen we de opgave integraal, blijven de invalshoeken meervoudig, maar beperken we het aantal spelers.

We herkennen een lastige dans tussen rechtdoen aan de belangen van de betrokken partijen en de noodzaak om over bestaande belangen heen te stappen. Het is de basisvraag van het werk van o.a. Kaats en Opheij (2012). Hun standaardwerk ‘*Leren samenwerken tussen organisaties*’ is in deze context meer dan relevant. Overigens geeft die titel exact de kern van het organiseervraagstuk in derde orde aan.

Het voorgaande heeft ook consequenties voor de leiders in derde orde vraagstukken. Als we organiseren in processen, waardeketens, netwerken, en als we werk, ideeën en werknemers in- en outsourcen in doorlopend veranderende, losjes gekoppelde projecten, wie geeft wie dan nog leiding? Kunnen managers hier nog de spelregels bepalen of moeten ze meer inspireren, motiveren, ondersteunen en mensen weten te verbinden? Leiderschap zal in dit soort contexten hoogstwaarschijnlijk ontwikkelen van solerende ego’s naar samen op weg. Leiderschap niet langer op basis van positie, maar als een rol die van persoon kan wisselen. Het richt zich op specifieke thema’s en uitdagingen en is daar dienstbaar aan. Flexibeler in projecten en programma’s, minder gebonden aan personen in de hiërarchie en meer gericht op het creëren van zelforganisatie dan op controle en aansturen. Niet voor niets wordt in dit verband gesproken van gedeeld of gespreid leiderschap en in het Engels van ‘*distributive leadership*’ (Van der Scheer, 2023).

4.2 Inhoud en betekenis: van monovocaal naar meerstemmig

Het veranderidee moet in het veranderproces betekenis krijgen. ‘Sense giving’ en ‘making sense’ impliceert dat inhoud wordt vertaald naar de eigen belevingswereld. Ieder doet dat naar eigen kennis, ervaring en attitude. Binnen organisaties zijn de collectieve culturele overtuigingen nog een inperkend referentiekader. In de derde orde vallen ook die beperkingen weg. Hier ontmoeten partijen over organisaties heen elkaar en schuren referentiekaders die nog meer van elkaar verschillen. In termen van Homan (2005) neemt de polyvocaliteit of meerstemmigheid toe.

De manier waarop organisaties de dialoog praktiseren laat zien dat zij vaak maar met één stem spreken. Uitgaande van het beginsel van meerstemmigheid zou er eigenlijk met meer stemmen in koor gesproken moeten worden. Bij meerstemmig organiseren komt het erop aan nieuwe vormen van samenwerken te ontwikkelen, waarin *verschil* de motor vormt van die ontwikkelingen en niet een te vermijden schrikbeeld.

In derde orde gaat het om harige droomdoelen. Het zijn geen smart geformuleerde veranderideeën met een heldere bestemming. Maar juist vergezichten, rafelig en diffuus. Vanzelfsprekend wordt hier het gezamenlijke betekenisverleningsproces van

groot belang. Wat willen we nu eigenlijk? Welke ambities delen we? Wat zijn onze gezamenlijke belangen? Welke doelen stellen we ons op langere en korte termijn? Zijn nog maar enkele vragen die aan het begin van het proces relevant zijn. En hoe verbindt je partijen die institutioneel nog 'loosely coupled' zijn. Hoe faciliteer je een dialoog tussen partijen die ver van elkaar afstaan en waar de belangen vanuit de huidige institutionalisering dwars op het open verkennen van nieuwe mogelijkheden staan. Dwarsdenken, omdenken, friskijken is nog zo makkelijk niet.

De gangbare praktijk van het organiseren blijkt vaak de aanwezige verschillen weg te drukken, in plaats van het proces van meerstemmigheid mogelijk te maken. Diversiteit lijkt zo alleen te bestaan voor bepaalde (beroeps-) groepen. Organiseren met verschil veronderstelt dat verschil en verschillen niet stereotiep gemaakt worden, maar opgevat als iets wat tegelijk alledaags en vreemd is. In dat licht moeten interventies niet langer benaderd worden als een vorm van 'management', maar als het regisseren van een 'praxis van verschil' (geïnspireerd door Janssens en Steyaert (2001)).

Maar als het lukt om de dialoog te voeren komen we stap voor stap verder. In de dialoog worden de verschillende referentiekaders en betekenissen duidelijk. Juist als die op tafel komen, verkend en besproken, wordt de inhoud rijker. Misschien is juist dat wel de kern van het dilemma inhoud en betekenis bij transitievraagstukken. Wat eenduidige inhoud leek, krijgt meerstemmig betekenis. Door die te verkennen en te bespreken worden de inhoudelijke verschillen en overeenkomsten uitgesproken en daardoor duidelijk(er).

40

4.3 Ratio en emotie: het verleggen van olifantenpaadjes

Dit dilemma geeft aan dat in veranderingsprocessen de spanningen meer onder dan boven tafel spelen. Toch wordt de kracht van emoties nogal eens onderschat. Recente inzichten in de neurowetenschappen leren dat de ratio langzamer is dan emoties. Ons rationeel denken verloopt in trager tempo dan het emotioneel reageren. Emoties komen dus van rechts en hebben voorrang. De uitdaging om ratio en emotie samen te brengen, terwijl het soms tegenstrijdige krachten zijn, blijft in veel veranderingsprocessen een uitdaging. Dat is zeker ook in derde orde veranderingen het geval!

In theorie en praktijk wordt hier overigens wel serieus mee geëxperimenteerd. Chip en Dan Heath hebben een inspirerend boek geschreven over hun gedachten en ervaringen hieromtrent. In 'Switch' introduceren zij een krachtige metafoor voor de manier waarop onze hersenen werken. Onze rationele kant wordt beschreven als de Berijder van onze emotionele kant; een Olifant. Boven op de Olifant lijkt de Berijder de baas en de teugels in handen te hebben. Hij is de leider. Maar de Berijder (gemiddeld nog geen 100 kilo) is in vergelijking met de Olifant (gemiddeld 6 ton) nogal klein. Als Olifant en Berijder het oneens zijn over de richting, verliest de Berijder het altijd. We weten rationeel dan wel beter, maar onze emoties gaan met ons aan de haal.

Veranderingen mislukken veelvuldig omdat de Berijder de Olifant niet lang genoeg op het pad kan houden om de bestemming te bereiken. De hang naar directe bevrediging van de Olifant wint het van de kracht van de berijder. Die ziet mogelijkheden op lange termijn te denken, te plannen en verder te denken dan het hier en nu. Maar het vergt enorm veel energie om de zes ton zware olifant op de goede weg te houden. En dat is nu net niet de kracht van de Berijder. Hij heeft weinig gewicht en energie. Juist het pad dat Berijder en Olifant lopen kan helpen het voor beide eenvoudiger te maken. De situatie (inclusief de omliggende omgeving) noemen de auteurs 'het Pad'. Ben Tiggelaar (2018) benoemt iets dergelijks met 'support', de ondersteuning die nodig is om je gedragsvoornemens echt uit te voeren. Technieken die gedrag op gang helpen en houden. Net als de broeders Heath ziet hij dit niet als een leuk extraatje, maar als een absolute noodzaak, zonder welke de verandering niet gaat lukken. Een olifant is niet dom en loopt niet dwars door een flat heen, maar kiest liefst slimme (olifanten) paadjes. Door het pad te effenen, maak je de verandering waarschijnlijker, ongeacht wat er met de Olifant en Berijder aan de hand is. Om gedrag te veranderen moet je de Berijder aansturen, de Olifant motiveren en het Pad effenen.

Juist de padoplossingen zijn relevant in organisaties die veranderen. Immers bij het verlaten van rotondes bestaat grote kans dat er negatieve emoties loskomen. Juist wanneer de gedroomde bestemming nog niet in concrete handelingstermen is benoemd (BHAG's) is het lastig voor de Berijder om energie te houden en de juiste weg te wijzen. Voor de Olifant bestaat de kans dat het verlaten van de comfortzone een ongemakkelijk negatief gevoel oproept. Als veranderaars kunnen we duidelijk maken dat het probleem ook niet in één keer opgelost kan worden. Een olifant eet je in stukjes! Het veranderproces bestaat uit 'wicked problems, clumsy solutions and baby steps' (Grint, 2010). We kunnen uitleggen dat, omdat de bestemming niet heel concreet is, eigenlijk elke stap een ervaring is waarvan we kunnen leren. Door te stellen dat veranderen een proces is en dat mislukkingen erbij horen, leggen we de (emotionele) lat lager.

De verandering wordt vervolgens makkelijker gemaakt als het pad wordt geëffend. In heel veel organisaties en de systemen waarin zij acteren wordt het gedrag beloond, bekrachtigd dat we nu juist willen veranderen. In universiteiten willen we dat het wetenschappelijk personeel het verzorgen van onderwijs serieus neemt, maar bij het maken van een wetenschappelijke carrière wordt vooral het verrichte onderzoek beoordeeld. Wil je het rendement voor de organisatie verbeteren, beloon dan de salesforce niet op omzet. Iedereen weet 'voorkomen is beter dan genezen', maar in de zorgsector betalen we op basis van behandelingen. In dergelijke situaties ligt een toewijzingsfout op de loer. Bij 'weerstand' schrijven we de fout toe aan het gedrag van mensen, aan hoe ze zijn, in plaats van aan de situatie waarin zij zich bevinden. Het pad effenen helpt om een situatie te bewerkstelligen waarin de gewenste verandering wordt vergemakkelijkt, in plaats van tegengewerkt. Zo zijn er veel padoplossingen denkbaar die ons een zetje in de goede richting geven (in het Engels een 'nudge'; Thaler, et al. (2008)).

41

Hoe kunnen we de gedroomde bestemming dichterbij brengen? Door paden aan te leggen, die gemakkelijk begaanbaar zijn en ons stimuleren om vb. veilig gedrag te vertonen. Er zijn voorbeelden te over. Holle bolle Gijs in de Efteling, kinderveilige doppen op medicijnflessen, automaat geschakelde auto's, verlichting op snelwegen, wegbewijzing, rijbaanafbakening, autogordels, airbags helpen de (verkeers) veiligheid te bevorderen. Afvallen doe je effectief door bijvoorbeeld eetgerei, borden, schalen en bekers te verkleinen. Het aroma van vers gezette koffie door je automatische koffiezetapparaat helpt je om je niet te verslapen. Het invriezen van je creditcard helpt tegen instant aankopen op internet of gokken in het internet casino. We kennen allemaal de YouTube-trailer 'pianostairs' van de bedenkers van de Funtheory, waardoor traplopen aantrekkelijker wordt dan de roltrap nemen. Bij het afslaan van de rotonde is het verleggen van bestaande paden in de gewenste richting dus een zetje in de goede richting. Nu nog voorbeelden in de derde orde?!

5. Bouwstenen voor transitie

Transitie vraagt om het fundamenteel herzien van onze manier van organiseren, vraagt om een andere orde van veranderen. De organisatiekundige opgave laat zien dat de verandering als inter-organiseer probleem moet worden benaderd. Vraagstukken worden vraagstukken *tussen* organisaties. Veranderkundig ronduit lastig, omdat er niet onmiddellijk een collectief platform is waarop alle spelers bijeengebracht kunnen worden. Bovendien staan spelers niet onder hetzelfde 'hiërarchische' gezag, zoals bijvoorbeeld in de eerste en tweede orde wel het geval is. Partijen moeten 'zonder sterren en strepen' worden verleid en met elkaar verbonden om gezamenlijk het systeem in beweging te brengen.

De transitie die zichtbaar wordt in niche ontwikkelingen laat ook zien dat we ons bevinden aan de grenzen van de veranderkunde. Natuurlijk is er inmiddels een breed scala aan experimenten en ervaringen, maar omgaan met deze vraagstukken behoort nog lang niet tot het gangbare veranderrepertoire. Daar ligt dus de grote uitdaging voor dit en het volgende decennium. Toch zijn er op basis van het voorgaande een aantal bouwstenen te noemen:

(1) Samen een 'open' beeld van de toekomst maken

Het samen ontwikkelen van een toekomstbeeld waarbij de complexiteit niet wordt gereduceerd. Een 'open' beeld opgebouwd uit meerdere invalshoeken, stemmen, gezichtspunten. Organiseren en veranderen en de businessmodellen die daaruit voort komen staan dan fundamenteel ter discussie.

(2) Bewust omgaan met deel en geheel en recht aan belangen

Het liefst zouden we het hele systeem in één keer veranderen, maar aangezien het hier gaat om inter-organiseervraagstukken en de verandering dus eigenlijk van iedereen en niemand is, ligt dat ver buiten ieders 'cirkel van invloed'. Werken met 'niches' die met elkaar verbonden worden in transitiearena's lijken een haalbaarder manier om met elkaar te ontdekken wat de gevolgen van een transitie zijn. Die niches opzoeken en daarin de 'mutual gains' zoeken is recht doe aan belangen. Het vormt de basisattitude voor ieder die in de derde orde iets wil bereiken.

(3) 'Get the system in the room'

Transitie heeft meer kans van slagen als de partijen op een platform worden verzameld ('get the system in the room') en ieder bereid is om haar of zijn belang op tafel te leggen. Recht doen aan belangen is in systeemtransities een 'must'. Pas dan kan gezocht worden naar de 'mutual gains' en lukt het wellicht om samen vertrouwen in elkaar te ontwikkelen. Dat is een cruciale voorwaarde om de competentie te ontwikkelen naar anders samenwerken. Tegelijkertijd laat de praktijk zien dat juist dat geen eenvoudige opgave is.

(4) Betekenisverlening in actie

In het schetsen en uitwerken van een gedroomde toekomst wordt het dilemma inhoud versus betekenis direct actief. Juist omdat het gaat om harige droomdoelen is de vraag naar 'wat betekent dit voor mij en voor wat we samen organiseren' niet eenvoudig te beantwoorden. Naarmate de inhoud minder richtinggevend is, gaat het om betekenisverlening in actie. Gaat het om het samen ontwikkelen en vormgeven van het proces.

(5) Afscheid van bestaande organisaties

Bij transities gaat het om veranderen van het systeem. Bestaande organisaties maken deel van uit van dat systeem. Het systeem anders organiseren heeft als gevolg dat er organisaties zullen verdwijnen en nieuwe organisaties zullen ontstaan. Maar misschien is het nog wel beter te spreken van nieuwe organiseervormen tussen partijen (bedrijven, burgers of overheid) en dat hoeven niet altijd noodzakelijkerwijs organisaties te zijn. Zo denken over transitie is niet vanuit één masterplan te managen of te sturen. Afscheid nemen van het bestaande gaat van 'au' en is ronduit lastig. Hoe verbinden we het denken (ratio) met de emoties van oude en nieuwe partijen en de situatie? Het minste is: met passie en lef!

(6) Afscheid van de geplande verandering

De consequentie is dat we 'verandermanagement' wel kunnen vergeten. Duurzame ontwikkeling is uiteindelijk de kunst van samen leren veranderen. In de derde orde passen geen geplande veranderingen als veranderkundige strategie. Het gaat eerder om continue veranderingsprocessen vol inspirerende experimenten onder het motto 'it is easier to act yourself in new ways of thinking, than think yourself into new ways of acting'. Het realiseren van 'harige droomdoelen', wat dat werkelijk betekent en hoe dat er in de praktijk uitziet, kunnen we vooraf toch niet bedenken. Wat rest is stap voor stap verkennend zoeken, ontdekken, leren. Lees: tegelijkertijd organisatiekundig en veranderkundig innoveren.

6. Naschrift

We hebben gepoogd om de veranderkundige uitdaging voor de 21^{ste} eeuw kleur te geven door vier veranderkundige kernvragen en drie centrale paradoxen stap voor stap te verkennen. Zoals we vooraf reeds aangaven is transitie een uitdagend vraagstuk. En dus zullen we het moeten stellen met een verkenning en de (slechts) voorlopige antwoorden die daarop kunnen worden geformuleerd. Prematuur als onze analyse is, het maakt duidelijk dat transitie meer vraagt dan het optimaliseren van de 'running business' en ook verder gaat dan het transformeren van organisaties. Het gaat om het ingrijpen in de arrangementen die de ecologie van relaties tussen burgers, bedrijven en overheden samenstelt. De lakmoesproef is dus of vanuit die insteek en op die veranderdiepte wordt ingestoken. Wordt daar systematisch op geïnvesteerd of blijkt ondanks alle mooie woorden dat het vooral gaat om het naar de buitenwereld verantwoorden met daaronder marginale koersaanpassingen?

Transitie vraagt parallel werken op twee niveaus; op het niveau van de maatschappelijke opgaven en de organisaties die daar deel van uitmaken. Helder is dat we afscheid moeten nemen van het bestaande, dat we moeten vertrekken en op ontdekkingstocht gaan. Ook al hebben we geen idee hoe we de lastige droomdoelen kunnen bereiken. We weten alleen zeker dat we ze vooraf niet kunnen ontwerpen. Het devies wordt ontwikkelend veranderen: de boot bouwen terwijl deze al in het water ligt. Experimenteren, 'tuinhuisjes installeren als aanpak' en werkende weg ontdekken en vormgeven zijn in deze allemaal uitingen van hetzelfde: vooraf weten we het niet en we komen er alleen maar achter door op weg te gaan. Als 'klein het nieuwe groot' is, verdienen al die experimenten en initiatieven het om gekoesterd te worden. Met tegelijkertijd de acceptatie in het achterhoofd dat niet alle plannen of projecten het zullen halen. Maar dat is bij ondernemen altijd al zo geweest. Met een permanent kritische blik op haalbaarheid, levensvatbaarheid en impact. Een pittige klus, waar we welbeschouwd nog maar net aan begonnen zijn. Maar wel een opgave die ertoe doet. Voorlopig blijft het tobben en prutsen we monter verder ...

Literatuur

- Cörvers, R. (2001) *Netwerksturing bij natuurontwikkeling. Bestuurskundige consequentieanalyse van gebiedsgerichte projecten*. Maastricht: Shaker Publishing (proefschrift).
- Covey, S. (1989) *The 7 Habits of Highly Effective People*. New York: Free Press.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., Os, J. van (2016) *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Ginneken, J. van (2009) *De kracht van de zwerm. Zelfsturing in de organisatie*. Amsterdam: Business Contact.
- Grint, K. (2010) Wicked Problems and Clumsy Solutions: The Role of Leadership. In: Brookes, S., Grint, K. (eds.). *The New Public Leadership Challenge*. London: Palgrave Macmillan.
- Heath, C., Heath, D. (2010) *Switch. Veranderen als verandering moeilijk is*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Herrero, L. (2008) Viral change. *The alternative to slow, painful and unsuccessful management of change in organisations*. United Kingdom: Meetingminds.
- Homan, T. (2005) *Organisatiedynamica*. Den Haag: Academic Service.
- Janssens, M., Steyaert, C. (2001) *Meerstemmig organiseren met verschil*. Assen: Koninklijke Va Gorcum.
- Leenaarts, H. (2014) *En wat als we onze economie opnieuw zouden uitvinden?* Arnhem: Netwerk-&. Geraadpleegd op 13 augustus 2014, www.unitedbypassion.com/publicaties/de-nieuwe-economie.
- Kaats, E.A.P., Opheij, W. (2012) *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Kramer, J. (2024) Tricky tijden. *Laat je niet gek maken*. Amsterdam: Boom.
- Lindt, M. van de, Loorbach, D., Rotmans, J. (2002) *De stad als systeem. Cahier reeks 'Duurzame stedelijke vernieuwing'*. Den Haag: NIDO, KEI.
- Meadows, D.H. (2009) *Thinking in systems. A Primer*. Edited by D. Wright. Sustainability Institute. London: Earthscan.
- Rotmans, J. (2014) Verandering van tijdperk Nederland kantelt. Den Bosch: Aeneas Media.
- Rotmans, J., Kemp, R., Asselt, M.B.A. van (2001) More evolution than revolution: transition management in *public policy*. *Foresight*, 3 (1), pp. 15-31.
- Scheer, W. van der (2023) *Gedeeld leiderschap in de zorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit (oratie).
- Senge, P., Smith, B., Kruschwitz, N., Laur, J., Schley, S. (2008) *De noodzakelijke revolutie. Hoe organisaties en individuen een duurzame wereld creëren*. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Sterling, VA., Rotmans, J. (2006) *Transitiemanagement. Sleutel voor een duurzame samenleving*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Thaler, R., Sunstein, C. (2008) *Nudge. Naar betere beslissingen over gezondheid, geluk en welvaart*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Business Contact.
- Tiggelaar, B. (2018) *De ladder. Waarom veranderen zo moeilijk is en ... welke drie stappen wel werken*. Soest: Tyler Roland Press BV.
- Torenvlied, R., (2012) *De mantra van coördinatie: of het optimisme over netwerken in de publieke sector*. Leiden: Universiteit Leiden (oratie).

Witte, M., Jonker, J. (2020) *De kunst van veranderen. Bewegen naar de kern.* Amsterdam: Boom.
Witte, M. de, Vink, M.J, Grinsven, M. van (2021) *Essenties van Verandermanagement. Een kleine canon van veranderkundige benaderingen.* Amsterdam: Boom.

Competent besturen, integraal of met CFO naast je?

dr. ir. Joost Zuurbier

“Het doel van de management control in een organisatie is om ervoor te zorgen dat het gedrag en de acties van het management bijdragen aan de missie, visie en doelstellingen van de organisatie.”

Hartmann et al., 2021



Competent besturen, integraal of met CFO naast je?

Joost Zuurbier, programmadirecteur van de Leergang Financieel Bestuur in de Zorg en docent bij de MHBA-module financieel management van zorgorganisaties

1. Inleiding

De inrichting van het financieel bestuur in de zorg heeft als gevolg van een aantal faillissementen¹ over de jaren heen meer aandacht gekregen. Dat heeft alles te maken met de toenemende risico's als gevolg van wetgevende veranderingen en daarmee veranderingen in de bekostiging van de exploitatie en de bouw, kostenstijgingen als gevolg van verzuim (PNIL), cao en energie, en de druk om te blijven innoveren (medische techniek) of het portfolio aan te passen (IZA).

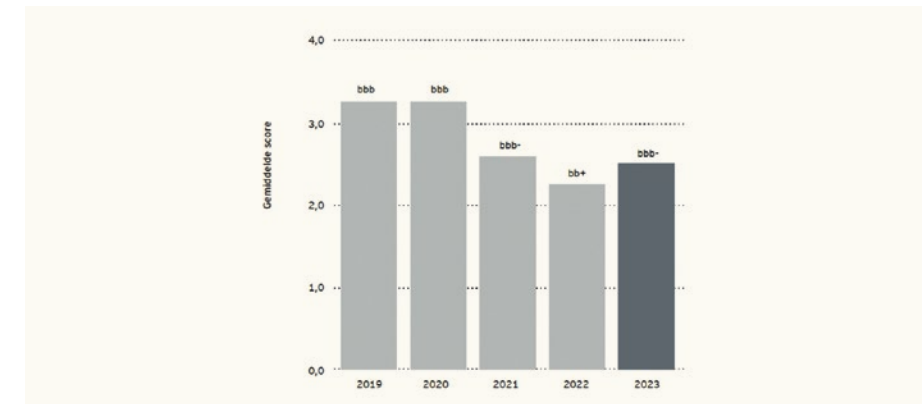
Dit leidt ertoe dat het vraagstuk van de inrichting van een competent financieel bestuur belangrijker is geworden voor zorgorganisaties. Hierbij kan ook de vraag worden gesteld in hoeverre hier een CFO voor nodig is binnen het bestuur, voor zover dat niet het geval is, en over welke competenties deze zou moeten beschikken. In deze bijdrage wordt dit vraagstuk geadresseerd. Vaak wordt de invulling ervan gekoppeld aan omvang. In deze bijdrage wordt gekozen voor een andere benadering, namelijk vanuit de management control uitdaging van een zorgorganisatie.

Hiertoe wordt allereerst de huidige financiële context geduid, en hoe deze is ontstaan als gevolg van de dynamiek in de tijd. Vervolgens wordt geschetst wat de basis van management control is, en wat management control instrumentarium is. De invulling hiervan is afhankelijk van de uitdaging waar een instelling voor staat. Dat wordt daarom uitgewerkt in een viertal kwadranten. De competenties welke benodigd zijn om de invulling van de management control concreet vorm te geven vormen het sluitstuk van deze bijdrage. De vraag is namelijk hoe deze competenties zijn belegd in de financiële kolom en of daar een CFO bij benodigd is. In de afsluitende reflectie komen we op deze vraag terug.

¹ Denk aan Meavita, Victas, Slotervaart, IJsselmeer Ziekenhuis, Zonnehuizen.

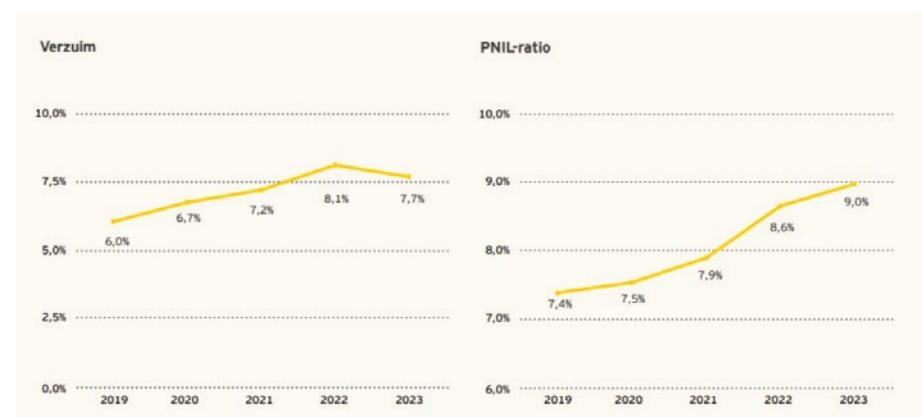
2. De financiële context

Naast de algehele trend dat de rendementen een dalende trend vertonen, ziet EY in de Barometer Nederlandse Gezondheidszorg grote verschillen tussen en binnen sectoren. Deze worden tot uitdrukking gebracht in een financiële beoordeling welke wordt aangeduid als "rating". Dit wordt door financiers op de internationale kapitaalmarkt gebruikt als basis voor een afweging om al dan niet te financieren. De Nederlandse gezondheidszorg kent over 2023 een gemiddelde rating van bbb. Deze is de afgelopen jaren gedaald, waardoor duidelijk wordt dat de financiële context moeilijker is geworden (EY, 2024).



Figuur 1: ontwikkeling kredietwaardigheid (bron: EY, 2024).

In 2023 spelen de oplopende loonkosten vanwege de nieuwe cao's een grote rol, naast het hoge ziekteverzuim en daarmee de PNIL-inzet. Bankconvenanten zijn hierdoor bij veel instellingen onder druk komen te staan dan wel niet gehaald. Het aantal zorgaanbieders met rode cijfers is daarentegen gedaald ten opzichte van het recordjaar 2022. Ongeveer 30% van de instellingen kent een negatief resultaat over 2023. Ook worden de verschillen tussen de zorginstellingen groter (EY, 2024).

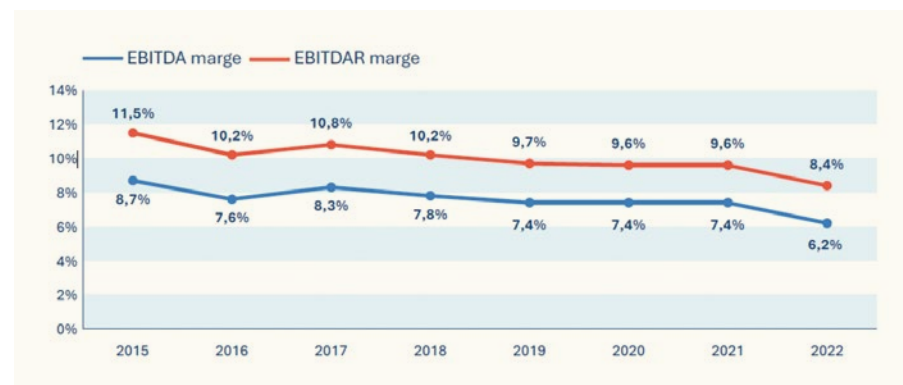


Figuur 2: oplopend verzuim en PNIL holt EBITDA-marge gehele sector uit (bron: EY, 2024).

3. De dynamiek in de tijd

Het toenemende financieel risico is in een aantal fases ontstaan. In 2006 is de Zorgverzekeringswet (ZVW) in werking getreden waardoor het budgetstelsel voor de ggz en de ziekenhuizen verleden tijd is geworden. De plafondcontracten hebben hun intrede gedaan waardoor er een contracteringsrisico is ontstaan. Overschrijdingen leiden in dit systeem wel tot kosten, maar niet tot opbrengsten. Onderschrijdingen leiden tot minder opbrengsten, bij gelijkblijvende vaste kosten en derhalve een lagere contributiemarge of dekkingsbijdrage. In 2007 werd de Wmo ingevoerd in het sociaal domein, deze wet is een samenvoeging van de Wet Voorzieningen Gehandicapten uit 1994, de Welzijnswet en het onderdeel huishoudelijke verzorging uit de AWBZ. Beschermd wonen is destijds niet onder de Wmo komen te vallen. De invoering van deze wet in het sociaal domein heeft onderhandelingen met de gemeenten noodzakelijk gemaakt. In 2015 werden de taken van gemeenten uitgebreid met de Jeugdwet en is de Wmo overgegaan in de Wmo 2015, onder gelijktijdige grote bezuinigingen. Liquiditeit is als gevolg van de hiermee geïntroduceerde contracteerisico's een belangrijk financieel risico geworden voor de zorginstellingen in het sociaal domein. De overgang van een institutioneel naar een ondernemend kader heeft aldus een aanzienlijke impact gehad op de financiële risico's van de zorginstelling. Deze veranderingen zijn overigens niet overal op hun urgentie gewaardeerd.

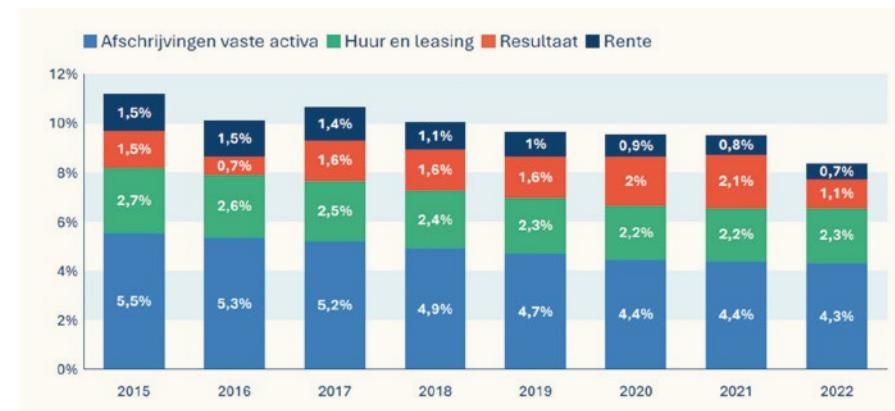
Onder andere als gevolg hiervan heeft de zorgsector tussen 2015 en 2022 te maken gehad met een teruglopende operationele winstgevendheid (bron: WfZ, 2024). De EBITDA-marge² (een maatstaf voor de winst die een onderneming haalt met haar operationele activiteiten) vertoont gemiddeld gezien een constante daling van 11,4% van de omzet naar 8,4% van de omzet. In deze periode zijn er ook sterk gestegen personele kosten. Met name de kosten van PNIL stijgen fors in deze periode van 3,2% van de omzet naar 6,0% van de omzet. Dit hangt sterk samen met het oplopende ziekteverzuim van 5,3% in 2015 tot 8,1% in 2022. Tegelijkertijd stijgen de reguliere personele kosten ook in relatieve zin.



Figuur 3: EBITDA / EBITDAR als percentage van de omzet (bron: WfZ, 2024).

² operationeel bedrijfsresultaat / som der bedrijfsopbrengsten

Ziekteverzuim, PNIL, oplopende personele kosten en een lagere EBITDA hangen dus sterk samen, vandaar dat een actieve agenderende rol van de financiële functie inzake vragen over het functioneren van de vitaliteitsprogramma's en het competentie management, op zijn plaats is. Dat overigens de afnemende EBITDA-marge niet in dezelfde mate heeft geleid tot evenredig afnemende exploitatie-resultaten, verklaart het WfZ vanuit de daling van de kapitaallasten, veroorzaakt door afnemende schulden, lagere rente, en afnemende investeringen.



Figuur 4: ontwikkeling kapitaallasten en resultaat als % van de omzet (bron: WfZ, 2024).

Op zichzelf is de geschetste ontwikkeling in de kapitaallasten verklaarbaar vanuit de ambulantisering in de ggz, de extramuralisering in de vvt, en de verlaging van de ligduur in de ziekenhuizen. Anderzijds geven duurzaamheid, regionalisering, concentratie, innovatie en renovatie naar de toekomst toe wel weer investeringsdruk, bij stijgende bouwkosten en een oplopende rente. Het financieel risicobeheer heeft hierdoor in belangrijke mate aan belang gewonnen en daarmee ook de management control van een zorgorganisatie.

4. Financieel risicobeheer door management control

Het doel van de management control in een organisatie is om ervoor te zorgen dat het gedrag en de acties van het management bijdragen aan de missie, visie en doelstellingen van de organisatie (Hartmann et al., 2021). Management control systemen zijn daarmee gericht op de implementatie van de met de raad van toezicht afgesproken strategische doelstellingen van de organisatie. Daaruit volgt dat een organisatie "in control" is als het op weg is zijn strategische doelen te bereiken. Het doel van een Management Control Systeem is om de processen intern zodanig te laten verlopen dat de organisatiedoelen bereikt worden.

De economische organisatie theorie welke hier betrekking op heeft is de agentschapstheorie. Deze theorie heeft zijn oorsprong in de sociologie waarbij agenten staan voor actoren in een sociale omgeving. De agentschapstheorie is evenals de transactiekostentheorie een economische organisatie theorie waarin contracten tussen opdrachtgevers (principalen) en opdrachtnemers (agenten) centraal staan.

Kern is dat de agent op basis van het contract werkzaamheden zal uitvoeren voor de principaal. Dit leidt tot inkomen voor de agent. De principaal zal proberen de agent zoveel mogelijk te richten op de belangen die hij als principaal heeft. Daartoe zal hij de beloningsstructuur zodanig inrichten dat er bepaalde prikkels (“incentives”) van uitgaan voor de agent, welke zijn gedrag in de gewenste richting sturen. Het verschil in informatie waarover principaal en agent beschikken (de informatie-asymmetrie), is het centrale thema in de agentschapstheorie. Hier komen namelijk twee problemen uit voort voor de principaal, welke op verschillende wijzen organisatorisch kunnen worden opgelost.

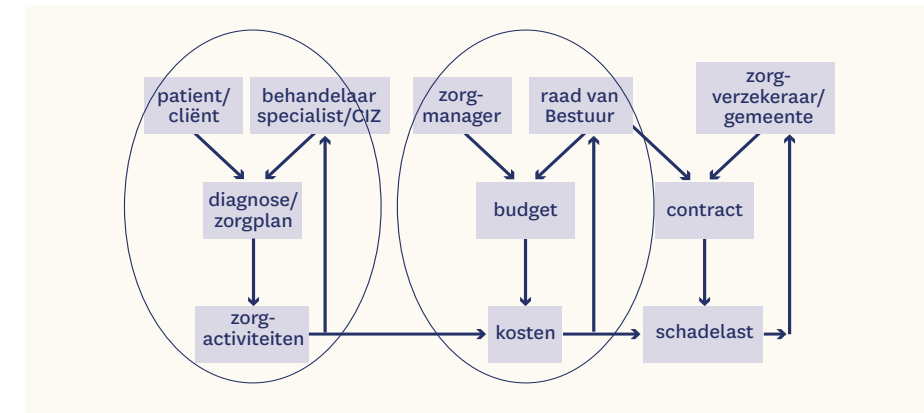
Het eerste probleem duidt men aan met tegendraadse keuze ofwel “adverse selection”. Men noemt dit ook wel het “hidden information” of “pre-contractual” probleem. Hierbij gaat het er om dat de agent informatie heeft welke niet beschikbaar is voor de principaal. De principaal kan niet beoordelen of deze informatie wordt aangewend op een wijze die tegemoetkomt aan zijn belangen. Er is dus sprake van een situatie van informatie-asymmetrie.

Het andere probleem voortkomend uit agentschapsrelaties is een beoordelingsprobleem. Dit wordt aangeduid als “moral hazard”. Hiermee wordt bedoeld op het risico voor de principaal dat hij bij de beoordeling van de performance van de agent een verkeerde keuze maakt. Hij kan namelijk de acties van de agent niet waarnemen, alleen het resultaat. Hij moet dus beoordelen of een gunstig of ongunstig resultaat is te wijten aan de omgeving of aan de acties van de agent. Dit beoordelingsrisico wordt ook wel aangeduid als het “hidden action” of “post-contractual” probleem.

De theorie veronderstelt dat een principaal zoals een raad van bestuur altijd op afstand betrokken is bij de dagelijkse activiteiten van de agent, in dit geval de zorgmanager. Omdat de agent altijd meer informatie heeft over de uitgevoerde werkzaamheden dan de principaal, en zij tevens een belangentegenstelling kunnen hebben als gevolg waarvan de agent niet geneigd is alle informatie te verschaffen, zal de principaal (opdrachtgever) zijn informatie-asymmetrie trachten op te heffen door onder andere een vorm van monitoring te introduceren. Het produceren van managementinformatie of verantwoordingsinformatie zijn voorbeelden hiervan. Dit leidt uiteraard tot beheerskosten, die worden aangeduid als agentschapskosten. Echter, ook bij optimale monitoring treden meestal toch bepaalde afwijkingen op tussen de beslissingen die de agent in werkelijkheid neemt en de beslissingen die de opbrengsten voor zijn principaal zouden maximaliseren. Dit verschil wordt aangeduid als het resterende verlies of “residual loss”. Feitelijk vormt dit het zogenaamde “ondernemersrisico”.

Uitgangspunt in dit paradigma is dat er een optimum is tussen de hogere beheerskosten enerzijds en de kostenreductie, die een gevolg is van een verbeterde contractvorming en monitoring, anderzijds. Het gaat er dus om een organisatievorm te vinden die de handelingen van de agent zodanig stuurt dat, gezien vanuit de organisatie of principaal, het risico van ongewenst gedrag bij de agent minimaal is tegen de laagste agentschapskosten. In die zin is het begrip “vertrouwen” een centraal uitgangspunt. Hoe groter het vertrouwen tussen de contractanten, en hoe kleiner de belangentegenstelling, hoe lager de verantwoordingseisen, en hoe

minder de beheerskosten. Vastgesteld kan worden dat vanaf 2006 in de zorg exact het tegenovergestelde het geval is geweest. De ontwikkelingen rond het Horizontaal Toezicht vanaf 2013 vormen hiervan een illustratie (zie Fizier, 2022). Grootschalige verantwoordingseisen, voortkomend uit wantrouwen, en gesteld in regelgeving, leiden tot enorme administratieve lasten in de gehele sector.

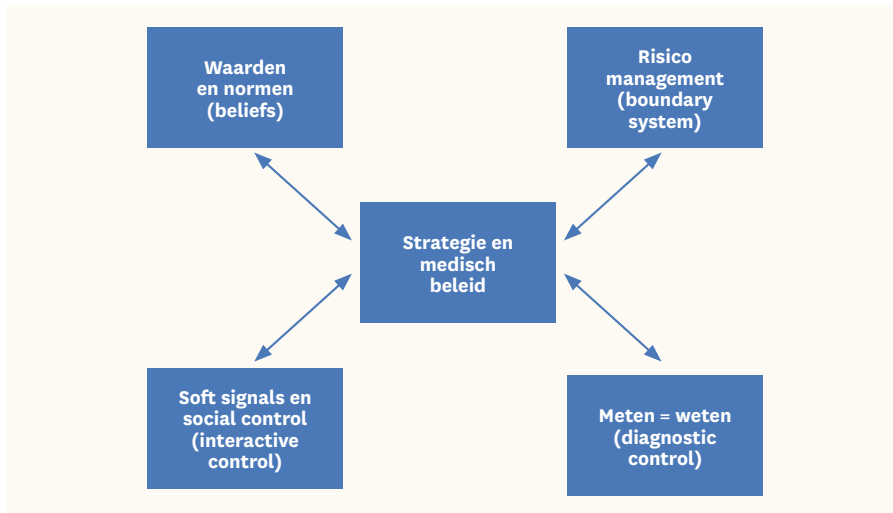


Figuur 5: agentschapsrelaties in de zorg (bron: Zuurbier et al., 2015)

5. Een modelmatige vertaling

Uit de theoretische benadering van het management control vraagstuk wordt duidelijk dat er een contractvorming tussen agent en principaal noodzakelijk is, zoals een budget, een management contract, een arbeidscontract, een zorgcontract, of een aanbesteding. Tevens is er een beloningssysteem nodig voor de uitvoering, zoals een zorgkostenplafond, een honorariummodel in het MSB, en FWG-systematiek, of een open-house in de Jeugdzorg. De informatie-asymmetrie richting de opdrachtgever (gemeente / zorgverzekeraar / RVB) leidt altijd tot monitoring en verantwoording en dus tot administratieve lasten. Hoe meer vertrouwen, hoe minder beheerskosten.

In de literatuur over management control systemen worden verschillende modelmatige vertalingen aangereikt op grond van de theorie over beheersvraagstukken. Deze modellen worden bij Erasmus Centrum voor Zorgbestuur behandeld in de financiële module van de Master of Health Business Administration (MHBA) en in de Leergang Financieel Bestuur in de Zorg. Een van de modellen is het management control model van Simons (zie Simons, 2000). Hierin wordt het financieel risicobeheer geoperationaliseerd in 4 soorten beheersvariabelen, te weten waarden en normen, risicomanagement, soft signals en social control, en prestatie meting.



Figuur 6: management control model van Simons (bron: Simons, 2000).

Waarden en normen zijn de fundamenteën van het financieel risicobeheer. Dit kan op vele manieren worden geoperationaliseerd, maar in ieder geval in de aansturing, dus in de verantwoordingsgesprekken, maar ook in de werving & selectie, en in het competentie-managementsysteem. Daarmee is het competentie-managementsysteem tevens een van de meest krachtige control variabelen in een management control systeem.

Risicomanagement bewaakt de grenzen van gedrag binnen een organisatie. In het kader van financieel risicobeheer gaat het o.a. om het procuratieschema, de zorgverkoop, en de (ver)bouwprocessen.

Soft signals en social control heeft betrekking op management by walking around, de signalen uit het informele systeem. Dat verklaart waarom thuiswerken een negatieve invloed kan hebben op management control.

Prestatiemeting gaat om meten is weten, ook wel aangeduid als diagnostic control. In veel zorgorganisaties gaat hier de meeste aandacht naar uit, waardoor er minder aandacht is voor de sturingskracht welke van de andere 3 beheersvariabelen uit kan gaan.

Wanneer vanuit de literatuur de verschillende management control modellen over elkaar heen worden gelegd, wordt een aantal uitgangspunten voor de inrichting van een Management Control Systeem zichtbaar. Samenvattend gaat het om de volgende 6 beheersvariabelen.

1. Normen & waarden
2. Competentiemanagement
3. Strategievorming
4. Planning & control cyclus
5. Resultaat verantwoordelijke eenheden
6. Inrichting van het risicomanagement

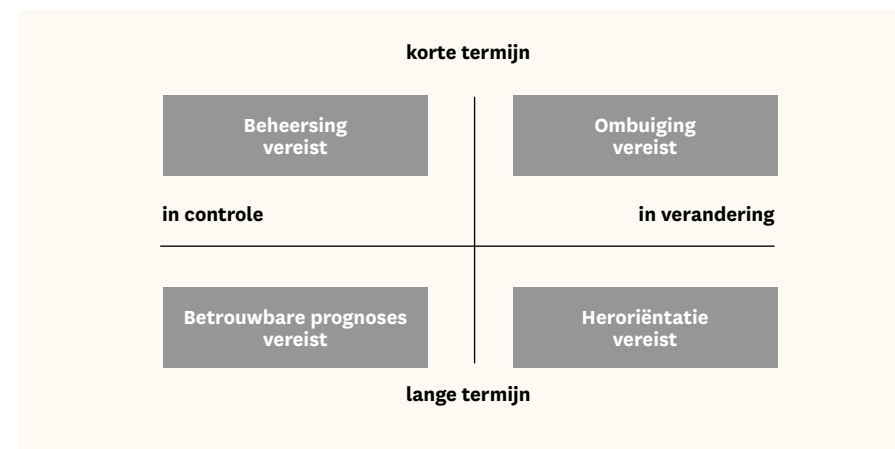
De keuzes die een raad van bestuur hierin maakt worden ook wel aangeduid als “besturingsfilosofie”. De 6 beheersvariabelen vormen tezamen 6 knoppen, welke op elkaar afgestemd dienen te worden. Wanneer op deze wijze een balans ontstaat in het financieel risicobeheer, neemt de kans op een gunstige uitkomst (financial performance) toe.

6. Verschillende typen financiële uitdagingen

Het type vraagstelling waarmee een zorginstelling zich geconfronteerd ziet op financieel gebied, als gevolg van de dynamiek in de tijd, kan worden getypeerd op 2 assen.

- Lange termijn versus korte termijn.
- In control komen versus in verandering komen.

Afhankelijk van het kwadrant waar de zorginstelling zich in bevindt binnen de onderstaande matrix, kan worden getypeerd wat het type vraagstelling is waarmee de financiële leiding wordt geconfronteerd. Vervolgens kan worden geduid wat de urgentie is van de vraagstelling, en het financieel risico dat daarvan het gevolg is.



Figuur 7: benodigde rolinvulling financiële leiding (bron: MAB, 2007).

In het kwadrant linksboven is sprake van een financiële crisis, waardoor het urgent geworden is om op korte termijn in control te komen. Na 2015 is deze situatie in de jeugdzorg veel voorgekomen, en na de invoering van het Zorg Prestatie Model per 2022 eveneens in de ggz. Zodanig zelfs dat de Nederlandse Vereniging van Banken NVB en de NBA, de beroepsvereniging van accountants, zich genoodzaakt hebben gevoeld om hier een brief over te sturen aan de Minister van VWS. Kenmerken van de casuïstiek in dit kwadrant zijn non-compliance, budgetoverschrijdingen waarvan de oorzaak niet duidelijk is, verrassingen in de cijfers, te laat beschikbare maandcijfers, en een gebrek aan begrotingsdiscipline binnen het zorgmanagement.

In het kwadrant linksonder is sprake van een noodzaak voor grootschalige bouw- en renovatieprojecten. Dit vereist een goede relatie met de banken en het WfZ, en deze is gestoeld op adequate maandcijfers, betrouwbare prognoses en financiële meerjarenplannen. Kenmerken van de problematische casuïstiek in dit kwadrant zijn grote afwijkingen tussen de jaarcijfers en de gerapporteerde maandcijfers, grote afwijkingen tussen begroting en realisatie, geen duidelijke inbedding van een financieel meerjarenplan, gebrek aan overleg en consensus tussen de stakeholders, gebrekkige relatie tussen zorgmanagement en controlling, en weinig draagvlak voor cijfers en business cases.

In het kwadrant rechtsboven is sprake van noodzakelijke ombuiging omdat de resultaten een aantal jaren achtereen negatief zijn en er sprake is van een structureel negatieve kasstroom. Dit kan het gevolg zijn van niet goed ingevulde fusietrajecten of een jarenlang slepend probleem op het gebied van beschikbare arbeidskrachten, oplopend ziekteverzuim en teveel PNIL, danwel een calamiteit zoals een niet-herfinancierbare lening of een aflopend energiecontract. Meestal kan een dergelijke situatie zich jarenlang voortslepen omdat de urgentie nog niet zodanig ernstig is dat de stakeholders een consensus kunnen bereiken over een oplossingsrichting. Vele scenario's zijn reeds beproefd maar er kan geen keuze worden gemaakt zodat de financiële problematiek langzaam oploopt. Kenmerken van de problematische casuïstiek in dit kwadrant zijn een niet goed samengesteld product portfolio (wat doen we, en waar, en wat is de marge), relatief hoge overheadkosten, geen kostprijnsinzicht, inefficiency, en een gebrek aan consensus over de strategische koers.

In het kwadrant rechtsonder is sprake van een noodzakelijke strategische heroriëntatie omdat het portfolio moet worden aangepast als gevolg van technologie, demografie, arbeidsmarkt of regionalisering. Soms moet gereageerd worden op fusies of functiedifferentiaties bij andere zorginstellingen in de omgeving. Kenmerken van de problematische casuïstiek in deze fase zijn dat zorginstellingen in de problemen komen doordat andere instellingen bewegen waardoor de zorgvraag verandert, het niet meer kunnen bekostigen van nieuwe technologie, of niet meer in staat zijn om voldoende gekwalificeerde medewerkers van de arbeidsmarkt aan te trekken.

Afhankelijk van het type vraagstelling kan beoordeeld worden in hoeverre de huidige financiële leiding in staat is om hieraan invulling te geven. Dat hoeft niet a priori het geval te zijn omdat de omstandigheden zich als gevolg van de dynamiek in de tijd kunnen wijzigen, en derhalve andere competentieprofielen in de financiële leiding worden gevraagd. De gevraagde competenties kunnen op een vijftal gebieden nader worden geconcretiseerd, als basis voor een doorontwikkeling van het management control systeem, met als doel het financieel risico te mitigeren.

7. Financieel risicobeheer nader ingevuld

Binnen de bestaande management control systemen van zorginstellingen zijn er als gevolg van het toenemend financieel risico diverse taken en verantwoordelijkheden urgenter geworden, waardoor een doorontwikkeling van de 6 knoppen van het management control systeem gewenst is. Deze taken en verantwoordelijkheden liggen op de volgende gebieden (bron: VRC, 2021).

1. Compliance en integriteit. De laatste jaren is er een enorme groei in de regelgeving in de zorg geweest, ondanks de initiatieven op het gebied van reductie van administratieve lasten. Dit kan worden verklaard vanuit de agentschapstheorie. Het eerder benoemde gebrek aan vertrouwen tussen de stakeholders is hiervan de oorzaak. In dit kader kan worden verwezen naar de Three Lines of Defense³, zoals deze zijn uitgewerkt voor het Horizontaal Toezicht. De 3rd Line of Defense bestaat uit een functie welke checkt of de 1^e en de 2^e lijn goed samen functioneren, en welke verbeteringen mogelijk zijn. Soms wordt dit belegd in een interne audit functie onder de raad van bestuur. Daarnaast gaat het in het kader van financieel risicobeheer o.a. om compliance met de volgende wetten en beleidsregels.
 - a. Kader goed bestuur IGJ/NZa
 - b. Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)
 - c. Wet Bestuur en Toezicht Rechtspersonen (WBTR)
 - d. Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTZa, vanaf 1-7-2021) o.a. strengere toelatingseisen nieuwe toetreders en uitbreiding eisen intern toezicht
 - e. Regeling jaarverantwoording WMG
 - f. Wetsvoorstel integere bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz)
 - g. Wetsvoorstel betere samenwerking Fraudebestrijding en Rechtmatige zorg (Wbsrz)
 - h. Een vernieuwde Governance Code Zorg 2022.
 - i. Duurzaamheidsverslaggeving CSRDDe taken en verantwoordelijkheden op het gebied van compliance en integriteit vragen in de toekomst alleen nog maar meer aandacht. Helaas dienen organisaties te voldoen aan steeds meer wet- en regelgeving, als gevolg van het gestolde wantrouwen, en de transitie naar duurzaamheid (CSRD). Dit uit zich onder meer in toenemende eisen op het gebied van verslaggeving. Dit moet adequaat worden belegd.
2. Leidinggeven aan de financiële functie. Het gaat hierbij om de aansturing van de financiële kolom, dus de inrichting van het financieel bestuur. De financiële kolom bestaat uit de AO/IC medewerkers aan de basis, de inrichting van de administraties, planning & control, business control, financial control, het Hoofd Finance & Control, internal auditing, en eventueel Treasury en de CFO. Het sluitstuk van de financiële kolom wordt gevormd door de auditcommissie van de raad van toezicht. Kortom: hoe zorgt de financiële leiding dat de verschillende posities adequaat bezet zijn. Dat omvat het toezien op het inrichten en naleven van het competentie management van de financiële kolom, de werving en selectie en

³ waarbij de 1^e lijn het operationeel management is, de 2^e lijn de raad van bestuur en de 3^e lijn de interne toezichthouder.

de functioneringsgesprekken. De leiding van de financiële functie vervult tevens een sleutelrol in het vertalen van de strategische doelstellingen naar financieel beleid, en anderzijds het aanpassen van de strategische doelstellingen op grond van de analyse van de financiële positie. Tenslotte gaat het om het ontwerp en de ontwikkeling van de informatie-infrastructuur die nodig is om huidige en toekomstige businessmodellen en processen succesvol te laten functioneren en nieuwe strategieën te ontwikkelen. Doordat ontwikkelingen steeds sneller gaan, wint deze informatie-infrastructuur aan complexiteit én belang.

3. Business partner voor de CEO. De zorgsector staat altijd financieel onder druk, en dit wordt steeds pregnanter. Om de continuïteit van de zorgorganisatie te waarborgen, is het belangrijk om tijdig en adequaat op deze ontwikkelingen in te spelen. Daarom zal de controller steeds vaker moeten optreden als adviseur van de raad van bestuur, directie en (zorg-)managers. Waarbij op basis van de cijfermatige analyse een proactieve opstelling volgt richting zorgmanagement en raad van bestuur. Bij het beoordelen van strategische opties door de financiële functie gaat het om drie aspecten. Ten eerste gaat het om de externe kansen en bedreigingen voor de organisatie, op basis van de analyse van de financiële positie van de organisatie. Ten tweede gaat het om de mogelijkheden en randvoorwaarden vanuit het Financieel Meerjaren Plan. Ten derde gaat het om het begeleiden en beoordelen van business cases op het gebied van nieuwe strategische opties.
4. Verandermanagement binnen de bedrijfsvoering. Dit heeft betrekking op het toepassen van nieuwe techniek om de bedrijfsvoering efficiënter en effectiever te maken. Hierbij kan worden gedacht aan Robotic Process Automation, Low Code, LEAN management, toepassing van AI en outsourcing van processen en bedrijfsfuncties. Het gaat ook om het vormgeven van samenwerkingsverbanden binnen een regio en om het vormgeven van publiek-private-samenwerkingen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan laboratoriumfuncties, maar ook aan radiologie en apotheekfuncties. In de vvt gaat het o.a. om het scheiden van wonen en zorg en samenwerkingen met woningbouwcorporaties en institutionele beleggers.
5. Prestatiemeting omzetten in actie. De financiële functie moet het performance-managementsysteem gebruiken om afwijkende uitkomsten te signaleren en op te volgen. Als de ingerichte dashboards een waarschuwing afgeven, moet controlling ervoor zorgen dat de bijbehorende vraagstukken worden geagendeerd voor besluitvorming en worden opgelost in samenspraak met het bestuur, zorgmanagement en de financiële organisatie. Het gaat derhalve om het faciliteren van het maken van proactieve keuzes om te kunnen blijven voldoen aan de met de banken afgesproken ratio's. In deze lijn heeft de financiële functie een urgente taak om het ziekteverzuim en de PNIL te blijven agenderen. De gerechtvaardigde vraag vanuit de financiële functie is welke vitaliteitsprogramma's worden opgetuigd en ook wat de staat is van het vigerende competentie management, gezien de grote importantie van deze variabele in de management control structuur.

Deze taken en verantwoordelijkheden zullen, gezien de urgentie van de casuïstiek zoals getypeerd in de vorige paragraaf, in een zorgorganisatie in voldoende mate belegd moeten zijn binnen de financiële kolom, en meer specifiek binnen de financiële leiding, uit oogpunt van financieel risicobeheer. Het doel hiervan is om het management control systeem actueel en relevant te houden. De financiële leiding kan bestaan uit Hoofd Finance & Control (F&C), Concern Controller, Directeur Bedrijfsvoering, en eventueel een CFO. Het sluitstuk hiervan is de auditcommissie binnen de raad van toezicht. Feitelijk is het de taak van een raad van toezicht en meer specifiek een auditcommissie, alsmede de voorzitter van de raad van bestuur, om te bewaken dat deze taken en verantwoordelijkheden worden herkend, en voldoende zijn belegd in een zorgorganisatie. Daarmee wordt dus een antwoord gegeven op de vraag "competent besturen, integraal of met CFO naast je?". Om competent te kunnen besturen moeten de verschillende urgent geworden taken en verantwoordelijkheden adequaat belegd zijn uit oogpunt van financieel risicobeheer. Dat kan separaat bij een CFO, maar afhankelijk van de aard en omvang van een zorgorganisatie kan dat ook bij een CEO en een Hoofd F&C of een Concern Controller zijn of de Directeur Bedrijfsvoering, al dan niet in combinatie met een CIO dan wel een Hoofd ICT. De vijf hierboven benoemde taken en verantwoordelijkheden geven voor deze afweging een helder analysekader. De risico-inschatting die de raad van toezicht in samenspraak met de voorzitter raad van bestuur zou moeten maken is of de benoemde vijf aandachtsgebieden dusdanig urgent zijn geworden dat uit oogpunt van financieel risicobeheer een separate CFO noodzakelijk is.

8. Reflectie

Het vraagstuk of al dan niet een separate CFO onderdeel zou moeten uitmaken van de raad van bestuur kent geen eenduidig antwoord, zoveel is duidelijk. In deze bijdrage is de vraag benaderd vanuit het management control systeem. Het antwoord krijgt daarmee dus een context afhankelijke invulling, want het management control systeem zelf is context afhankelijk. De urgentie van de vraag is wel toegenomen omdat de dynamiek in de tijd is toegenomen als gevolg van de wijziging van institutioneel naar ondernemend kader en de contracteerisico's welke hiervan het gevolg zijn. Parallel daaraan is ook het ziekteverzuim toegenomen en daarmee de kosten van PNIL. Tenslotte zijn ook de cao's sterk verbeterd met hogere kosten als gevolg. Hierdoor zijn de financiële risico's sterk toegenomen en is de EBITDA-marge uitgehold, hetgeen leidt tot een toenemende behoefte aan financieel risicobeheer en dus aan een behoefte aan doorontwikkeling van de 6 knoppen van het management control systeem.

Een doorontwikkeling van het management control systeem leidt meestal tot hogere beheerskosten, dit wordt in deze bijdrage verklaard en onderbouwd vanuit de agentschapstheorie, meer specifiek vanuit de informatie-asymmetrie. Echter, dezelfde agentschapstheorie geeft ook aan dat een aantoonbaar vertrouwen tussen opdrachtgevers (financiers) en opdrachtnemers (uitvoerders) leidt tot minder verantwoordingskosten en dus lagere beheerskosten. Het actief werken aan het bevorderen van vertrouwen tussen stakeholders of contractanten, door het gezamenlijk bespreken van casuïstiek, is daarmee essentieel in beheersrelaties. Daarnaast

kan ervoor worden gekozen bij de inrichting van een management control systeem sterker te leunen op social controls, soft signals, waarden en normen, waardoor er minder sterk geleund hoeft te worden op formele prestatiemeting, verantwoording, en risicomangement, hetgeen leidt tot lagere beheerskosten. Een management control model bestaat immers uit meerdere kwadranten, hetgeen dus ook kan leiden tot meerdere besturingsfilosofieën binnen dezelfde (zorg-)context.

De gewenste doorontwikkeling van het management control systeem is geoperationaliseerd op een vijftal gebieden van taken en verantwoordelijkheden. Deze taken en verantwoordelijkheden moeten adequaat worden opgepakt en ingevuld binnen de financiële kolom. Feitelijk gaat het in termen van risicomangement om het operationaliseren en invullen van de “2nd line of defense”, waarbij de 1^e lijn het operationeel management is en de 3^e lijn de toezichthouder.

Over het algemeen geldt dat hoe hoger het risicoprofiel van de organisatie, hoe belangrijker de 2nd line of defense, hoe belangrijker het maken van strategische keuzes wordt en hoe beter de operationele beheersmechanismen (planning & control) moeten functioneren. De kern van de beheersing moet zijn ingebed in het primaire proces en de 2e lijn moet dit adequaat kunnen ondersteunen met business control. In die zin dus niet leunen op 3 lines of defense maar op 2 lines of responsibility.

Of aldus voor het integraal besturen door de raad van bestuur wel of niet een CFO zou moeten uitmaken van de rvb, is daarmee context afhankelijk, want afhankelijk van de kwaliteit van de financiële kolom, en de competenties binnen deze kolom. De analyse en discussie tussen raad van bestuur en raad van toezicht, in hoeverre de genoemde taken en verantwoordelijkheden in voldoende mate zijn belegd binnen de financiële kolom, is daarmee dus altijd latent aanwezig en zal dus altijd manifest worden ten tijde van een financiële crisis.

Literatuur

- Anthony, R., Govindarajan, V., Management control systems, McGraw Hill, 12th ed., 2007.
- Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2024, EY Health Care, 2024.
- CFO of the future, Vereniging Register Controllers (VRC), 2021.
- Everts, A., Uiterlinden, R., De dilemma's van de CFO, Maandblad voor accountancy en bedrijfseconomie, pp. 540 – 554, november 2007.
- Financiële ontwikkelingen zorginstellingen 2015 – 2022 in beeld, WfZ, 2024.
- Financials spelen cruciale rol in veranderend zorglandschap (interview Richard Janssen in Fizier, 4, 2022)
- Hartmann, F.G.H., Kraus, K., Nilsson, G., Management control systems, McGrawHill, 2021.
- Simons, R., Performance measurement & control systems for implementing strategy, Prentice Hall, 2000.
- Zuurbier, J., Manschot, L., Lisdonk, C. van, Onderhandelen over zorgproducten, Reed Business, 2015

Besturen en toezien in situaties van bijzonder beheer

prof. dr. Richard Janssen

'When shit hits the fan.'



Besturen en toezien in situaties van bijzonder beheer

Richard Janssen, emeritus hoogleraar Sturing en management van instellingen in de zorg, programmadirecteur Governance Class en docent

1. Inleiding

Afgelopen jaren kwamen relatief veel zorgorganisaties in financiële problemen (WfZ, 2024). Met name ten tijde van de coronacrisis, maar ook bij de grote veranderingen in de bekostiging en macrobesturing. Denk aan de overdracht van jeugdzorg naar de gemeenten, een deel van de ggz zorg die van de AWBZ naar de Zvw ging, maar ook de impact van corona na het wegvallen van de coronasteun. Ook in deze tijd blijven de uitdagingen groot als gevolg van invulling geven aan de afgesproken transitie in de zorg, toenemende personeelsschaarste en beperkte investeringsruimte. Menig instelling teert op zijn vastgoed. Maar ook dat is eindig.

Deels gaat het om veranderingen die te typeren zijn als institutionele veranderingen en deels om veranderingen die Tessa van Dijk (2024) typeert als verdere financialisering. Een proces waarbij “financiële partijen, markten, praktijken, maatregelen en narratieven steeds dominanter worden” (Aalbers, 2019). Als gevolg daarvan kunnen andere waarden, zoals publieke en maatschappelijke, steeds verder naar de achtergrond verdwijnen. De interactie tussen beide is te typeren als een situatie waarin cruciale stakeholders, zoals banken, zorgverzekeraars en gemeenten, hun risico’s verplaatsen naar zorgorganisaties, waardoor er een stapeling van risico’s bij zorgorganisaties terecht komt. Een goed voorbeeld daarvan is dat de lasten van vastgoed overgedragen zijn aan de uitvoerende instellingen, als onderdeel van een integraal tarief, en daarmee ook de erbij horende financieringsopgave. Dit tarief wordt elk jaar weer opnieuw onderhandeld in het kader van contractering met diverse opdrachtgevende partijen.

Als gevolg van deze toegenomen onzekerheden moet de uitvoerende zorgorganisatie aan stringente eisen voldoen om aan de vereiste continuïteitsbepalingen van accountant en bank te blijven voldoen. Als een organisatie niet meer voldoet aan de contractuele voorwaarden van de bank, spreken we van *bijzonder beheer*. Een situatie waarin de bank eist dat er een zogenaamd herstelplan opgesteld en geïmplementeerd wordt, om weer binnen de contractuele voorwaarden te geraken. Zorg- en welzijnsinstellingen maken niet graag bekend dat ze het financieel zwaar hebben. Het is natuurlijk een precair onderwerp met mogelijk ongewenste reputatiegevolgen. Ik schat in dat tussen de 10 en 15% van de zorg- en welzijnsinstellingen in Nederland onder *bijzonder beheer* van de bank staat (benadering op basis van CBS, 2025). Tegen

deze achtergrond is het opportuun om meer aandacht te geven aan de governance aspecten van een dergelijke situatie.

Met deze bijdrage beogen we de situatie van *bijzonder beheer* in zorg- en welzijnsinstellingen aandacht te geven, bestuurders en raden van toezicht inzicht te bieden in hun rol bij de financiële ontwikkeling van de instelling en te onderzoeken wat dit betekent voor hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. We werken dit verder uit op basis van een faseringsmodel (zie figuur 1), waarin elke fase gekenmerkt wordt door een andere gradatie van ernst als het gaat om de financiële situatie. Met behulp daarvan verkennen we wat kenmerkende eigenschappen zijn van de rollen en handelingsperspectieven van het bestuur en de toezichthouder en op welke wijze deze aan verandering onderhevig (kunnen) zijn in elke fase.

We starten met een korte schets van de ontwikkelingen die aanleiding waren voor een ingrijpende dynamiek in de relatie tussen banken, zorgverzekeraars enerzijds en zorgorganisaties anderzijds. Vervolgens zullen we een faseringsmodel introduceren. In elke fase onderkennen we aandachtspunten en mogelijke valkuilen. Tot slot zullen we eindigen met een aantal aanbevelingen, die relevant zijn voor zowel het bestuur als de raad van toezicht.

2. Het onzekere voor het zekere

De introductie van marktmechanismen in de gezondheidszorg veranderde niet alleen de rol van banken en zorgverzekeraars, maar creëerde ook een complexe en gelaagde institutionele omgeving. Die zette de deur open voor verwikkelingen met onverwachte financiële ontwikkelingen, zoals de wereldwijde financiële crisis en internationale beleidsreacties daarop. Het gaat hierbij om Europese regelgeving die zich richt op het functioneren van banken en verzekeraars. Deze regelgeving wordt wel aangeduid met Basel III en Solvency 2. De doelstelling van Basel III is het terugdringen van de risico’s om als bank in een crisis te geraken. Daarvoor zijn de vereisten voor het aanhouden van eigen vermogen door de bank aanmerkelijk verhoogd (Dijk e.a., 2023a). Deze vereisten worden mede bepaald door het onderliggende risico dat bij de uitstaande leningen verondersteld wordt. De risicomodellen die daarvoor zijn opgezet hebben ingrijpende gevolgen op het gedrag van de banken.

Hier zullen we eerst verkennen hoe dergelijke gebeurtenissen de dynamiek tussen banken, zorgverzekeraars en zorgorganisaties hebben beïnvloed in de context van de Nederlandse gezondheidszorg. Vervolgens zullen we ingaan op twee trends die daarbij te onderscheiden zijn: de toenemende nadruk op risico’s en (on)zekerheid in interacties tussen banken, zorgverzekeraars en zorgorganisaties, en het belang de impact in te zien met betrekking tot de gevolgen van Basel III en Solvency II voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Als gevolg van de regelgeving in kader van Basel III intensiveren banken hun contact met zorgorganisaties en pasten ze hun kredietaanvraagprocessen aan. Banken gingen strengere kapitaaleisen hanteren, wat leidde tot een hogere risicopremie voor zorgorganisaties en een aanzienlijke verkorting van de looptijd van leningen (van 30-40 jaar naar 10-15 jaar). Daardoor zijn zorgorganisaties een herfinancieringsrisico op hun leningen gaan lopen. Daarnaast beperkten banken de totale hoeveelheid kapitaal die aan één individuele zorgorganisatie werd geleend. Dat leidde tot de vorming van bankconsortia voor grotere investeringsprojecten, zoals nieuwbouw van ziekenhuizen. Omdat er maar een beperkt aantal banken actief is in de Nederlandse gezondheidszorg hebben zorgorganisaties weinig andere keuze dan de gestelde nieuwe voorwaarden van de banken te accepteren.

Zoals we eerder al stelden, staan zorgverzekeraars eveneens bloot aan de Europese regelgeving genaamd Solvency 2. Zij moeten grotere buffers aanhouden in relatie tot de risico's die ze verzekeren en dat merken zorginstellingen op een indirecte wijze. Zorgverzekeraars gingen immers hun verzekerde risico's in het contract 'verpakken'. Dat kan allerlei vormen aannemen, zoals het afspreken van een maximaal budget waarbinnen alle gevraagde zorg geleverd moet worden, of het contract aanbieden in de vorm van een aanneemsom. De continue stroom van vooruitbetalingen, facturen, vergoedingen en terugbetalingen tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties resulteert in een wirwar van wederzijdse verplichtingen tussen beide partijen. Solvency II schreef voor dat zorgverzekeraars kapitaal moesten reserveren voor vertragingen in schuldaflossingen tussen hen en zorgorganisaties (d.w.z. het risico dat zorgorganisaties hun schulden/verplichtingen, als gevolg van te hoge voorschotten, aan zorgverzekeraars niet kunnen terugbetalen). Zorgverzekeraars werkten daarom aan een beter inzicht van onderlinge verplichtingen, zodat ze konden anticiperen op financiële risico's en de hoeveelheid solvabiliteitskapitaal konden verminderen. Dit inzicht bood zorgverzekeraars ook de mogelijkheid om periodiek de hoogte van vooruitbetalingen aan te passen en in te grijpen wanneer zorgorganisaties de afgesproken zorgprestaties onder- of overschreden. Zorgverzekeraars gingen daardoor sneller betalen en drongen er bij zorgorganisaties op aan om sneller te factureren.

In reactie op de veranderende eisen en strengere financiële processen van banken en zorgverzekeraars waren zorgorganisaties genoodzaakt om hun financieel management te professionaliseren (zie ook bijdrage Joost Zuurbier). Zorgorganisaties introduceerden of breidden hun financiële afdelingen uit, pasten hun interne processen aan en stelden professionals aan met financiële kennis en onderhandelingsvaardigheden. Als gevolg hiervan gingen zorgorganisaties zich ook steeds meer richten op risicobeheer en risicobeperking.

Het hierboven beschreven krachtenveld tussen banken, zorgverzekeraars en zorgorganisaties wordt zichtbaar in twee opmerkelijke trends. Ten eerste worden de acties en interacties tussen banken, zorgverzekeraars en zorgorganisaties steeds meer gemotiveerd door het beheren en minimaliseren van financiële risico's en een constante zoektocht naar zekerheden. Banken zoeken financiële zekerheden op hun uitstaande leningen en kredieten, zorgverzekeraars willen zekerheid over geleverde

zorg om hun "zorgplicht" te vervullen en zorgorganisaties zoeken continuïteit van hun bestaan door financiële stabiliteit.

Ten tweede, terwijl de bedoeling van Basel III en Solvency II is om het gedrag van de bank- en verzekeringssector te beïnvloeden, hebben de regelgevende kaders ook een onverwacht effect op de Nederlandse gezondheidszorg. De Nederlandse gezondheidszorg ondervond de gevolgen van de crisis indirect en vertraagd via de regelgevende kaders van Basel III en Solvency II, via de kapitaalverschaffing door banken en de inkooppraktijken van zorgverzekeraars. Voor de Nederlandse gezondheidszorg betekent dit dat toegang tot kapitaal nog uitdagender en mogelijk duurder kan worden. Het moge duidelijk zijn dat de hierboven geschetste dynamiek invloed heeft op de (financiële) bedrijfsvoering van zorgorganisaties. Risico's en onzekerheden worden verplaatst naar de individuele zorgorganisaties. Daar waar de relaties onder druk komen te staan vanwege het niet meer kunnen voldoen aan de contractuele voorwaarden van de bank kan een situatie van bijzonder beheer ontstaan. Nog erger, er kan een situatie ontstaan dat schuldeisers faillissement aanvragen, waarmee de eindigheid van de organisatie in zicht komt. Dat dit niet denkbeeldig is blijkt uit de krantenkoppen die we hieronder bij elkaar gebracht hebben.



3. Fasering van het risicopad

Gelukkig kunnen we constateren dat de meeste zorgorganisaties in staat zijn om de situatie van bijzonder beheer te vermijden. Dat kan bijvoorbeeld door niet zelf eigenaar te zijn van door leningen belast vastgoed en over voldoende werkkapitaal te beschikken.

Met andere woorden: er gaan bijna altijd strategische afwegingen aan vooraf, die al of niet bijdragen om afhankelijk te worden van vreemd vermogensverschaffers zoals banken. Nu is ook deze setting uitzonderlijk te noemen. Immers de meeste zorgorganisatie in Nederland hebben vastgoed in eigendom en dus op de balans staan, en over het algemeen is dat in belangrijke mate gefinancierd met vreemd vermogen verschaft door een of meerdere banken. Niettemin kan het in analytische zin helpen om vijf toestanden (zie figuur 1) te onderkennen, waarbij de organisatie strategische afwegingen maakt in een context met meer of minder vrijheidsgraden. De eerste toestand is dus een situatie dat men geen vreemd vermogen inzet. Als voorbeeld noemen we een zorgorganisatie voor begeleid wonen, die met een 12-tal woningbouwcorporaties strategische partnerschappen aangegaan is en op deze wijze voorziet in onderkomen voor hun cliënten. Maar, nogmaals, dat is relatief uitzonderlijk in het Nederlandse zorglandschap. Over het algemeen is er sprake van een situatie waarbij gebruik wordt gemaakt van vastgoed dat in eigendom is en gefinancierd met leningen van een bank. Aan die lening ligt over het algemeen een business case ten grondslag. De bestuurder heeft deze business case ter goedkeuring voorgelegd aan de raad van toezicht en de bank heeft deze beoordeeld als voorwaarde om de lening te verstrekken. De bank stelt daarnaast ook specifieke eisen aan bepaalde financiële ratio's waar de zorgorganisatie voor de duur van de lening aan moet voldoen. Deze worden vastgelegd in een bankconvenant. Voorbeelden van deze ratio's oftewel financiële parameters zijn solvabiliteit, EBITDA, liquiditeit en schulddekkingsratio (DSCR) (zie kader voor een toelichting). Na het afgeven van de lening zullen bestuurder(s) en toezichthouders middels rapportages, monitoring en een adequate (meerjaren) begroting intern sturing kunnen geven.

Treedt er een verschuiving op en krijgt de zorgorganisatie te maken met ratio's onder de afgesproken grenswaarden, dan zal de bank aandringen op maatregelen om die situatie te herstellen. De bank kijkt routinematig naar de genoemde financiële parameters die in het bankconvenant opgenomen zijn. In Basel III wordt de current ratio geassocieerd met een hoog risicoprofiel (McKinsey, 2018). Dat is ook de reden dat banken de beschikbaarheid van wat we gewoonlijk werkkapitaal noemen, fors beperkt hebben in het afgelopen decennium.

Afgelopen jaren zagen we dat er serieuze problemen ontstonden met de inkomsten van zorginstellingen, toen de ggz overstapte op het zorgprestatie model en de software om correct te declareren pas in mei of nog later beschikbaar kwam. Het waren de banken die het ministerie van VWS hiervoor waarschuwden (Skipr, 4 april 2023).



Figuur 1: Faseringmodel gebaseerd op financiële parameters

De eerder gemaakte business case kan juist dan een goed referentiekader bieden. Wat is de aanleiding voor deze ongewenste verschuiving? Gaat het om beïnvloedbare of onbeïnvloedbare factoren en in welke mate? Als voorbeeld van het eerste noemen we het achterblijven van de bezetting in een verpleeghuis, omdat men het in- en uitstroomproces niet goed op orde heeft. De bezetting is afgenomen van bijvoorbeeld 98% (beoogd) naar 92%. Op deze wijze zijn er minder inkomsten en kunnen de afschrijvingen niet volledig meer gedekt worden zoals in de business case voorzien was, en komen de financiële resultaten onder druk.

Het is daarom zaak dat men gedurende de looptijd van een lening alert blijft op ontwikkelingen en veranderingen die in de uitvoering aan de orde zijn. Het bestuur is hier uiteraard verantwoordelijk voor en stuurt dit aan en bij. De raad van toezicht dient er zich van te vergewissen dat het voorgaande adequaat gebeurt.

Door banken gehanteerde financiële ratio's

Daarbij moeten we denken aan ratio's als solvabiliteit (totaal eigen vermogen gedeeld door balanstotaal, totaal activa). De DSCR, de debt-service coverage ratio oftewel de schulddekkingsratio. Een ratio die uitdrukt hoeveel keer je op basis van de actuele kasstroom in staat bent om aan de bancaire verplichtingen te voldoen. De kasstroom omvat de inkomsten min de uitgaven over een bepaalde periode. Dit kan een maand zijn, maar ook een jaar. Let wel, dit heeft niets met winst of verlies te maken. Daarnaast is voor de bank de EBITDA van belang. EBITDA staat voor Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization en is een maatstaf voor de brutowinst van een organisatie,

zonder aftrek van de in de definitie genoemde kosten. De Nederlandse vertaling is inkomsten voor aftrek van rente, belastingen, afschrijvingen op activa en afschrijvingen op leningen en goodwill. Het wordt gebruikt als maatstaf voor de winst die een onderneming haalt met haar operationele activiteiten zonder dat hier kosten en opbrengsten van de financiering in verwerkt zitten. Tot slot is de current ratio over het algemeen ook een onderdeel van de bancaire kengetallen. De current ratio is een kengetal om de financiële toestand en specifiek de liquiditeit van een organisatie te meten. Het geeft de mate aan waarin de verschaffers van het kort vreemd vermogen (kortlopende schulden), bijna altijd banken, uit de vlottende activa kunnen worden betaald. Deze wordt geacht minimaal 1 te zijn.

De raad van toezicht kan zich bij de monitoring baseren op harde en zachte signalen. Harde signalen dienen onderdeel te zijn van de reguliere rapportages, denk daarbij aan cijfers over de bezetting, rendement, in- en uitstroom van personeel, percentage verzuim en managementletter van de accountant. Onder zachte signalen kunnen we verstaan een management dat druk is met ad-hoc-zaken, de PDCA-cyclus die niet wordt afgemaakt, ontevredenheid onder personeel en/of patiënten, veelvuldige wisselingen in managementlagen, cijfers die niet kloppen of actueel zijn. Dat laatste wijst erop dat de informatie om te sturen beperkt is en dat er geen gewoonte is om een verbetercyclus op te starten of af te ronden.

Overzicht van niet pluis indicatoren

Harde signalen	Zachte signalen
Liquiditeitstekorten	Financiële administratie niet op orde, veel handwerk
Bankconvenanten doorbroken	Management is veel bezig met ad-hoc-zaken
Geen accountantsverklaring	Hoog ziekteverzuim, hoog verloop
Teruglopende resultaten	Periodieke cijfers komen laat
Uitstel (vervangings-) investeringen	Cijfers blijken later niet te kloppen
	Verzoek tot financiering van reeds gepleegde investeringen
	Zorgkwaliteit onder druk, onderzoek NZA/IGJ

Voor de toezichthouder is het in een dergelijke situatie noodzakelijk om een escalatiepad in te slaan, de informatie-uitvraag te intensiveren en bovenal hierover met het bestuur in gesprek te gaan. Het perspectief dat dit model biedt, kan daarom een dimensie toevoegen aan beslissingen om schulden aan te gaan en helpend zijn in de beoordeling van de eigen financiële situatie. Het nodigt bestuurders en raden van toezicht uit om de belangen van geldschieters vooraf te onderzoeken en te wegen en deze in de uitvoering te blijven monitoren. We kunnen ons voorstellen dat een raad van toezicht baat heeft bij het beeld/de metafoor van een rivier die overgaat in een dodelijke waterval. Je wilt zo ver mogelijk bij de rand vandaan blijven. Als je over de

rand valt is er sprake van een existentiële crisis, is je continuïteit in gevaar en dreigt faillissement. Dus ook hier speelt de bereidheid om een bepaalde mate van risico's te aanvaarden een cruciale rol.

Afsluitend kunnen we stellen dat in deze eerste fase het cruciaal is om te bepalen in welke mate men de groei-doelstelling van de organisatie afhankelijk wil maken van vreemd vermogen. Ex-ante evaluatie en reflectie, stil staan en vertragen is in deze fase op zijn plaats. Dit geldt voor zowel bestuur als raad van toezicht. Specifiek aan de rol van de raad van toezicht is diepgaand stil te staan bij de voors en tegens, alvorens de definitieve goedkeuring te geven, en het bestuur uit te dagen alternatieven te presenteren om de maatschappelijke opdracht uit te voeren.

4. Hoe escalatie voorkomen?

In de fase dat de organisatie financiële ratio's boven de grenswaarde scoort, voldoet over het algemeen een routinematige controle waaraan tevens een risico-inventarisatie en -analyse gekoppeld is. Deze risicoanalyse dient betrekking te hebben op de operationele, ondersteunende en bestuurlijke processen. Deze trits laat zien dat er op diverse aspecten van de organisatie, dus niet alleen de financiële ratio's, afbreukrisico mogelijk is. Daarnaast is het belangrijk om de kansen en bedreigingen in de omgeving in kaart te brengen. De dynamiek op de markten waarop een gemiddelde organisatie actief is, is meervoudig te noemen. Immers het is niet alleen de zorgmarkt waarop een organisatie actief is, maar zij is ook actief op de arbeidsmarkt en de financieringsmarkt. En ook binnen de zorgmarkt kunnen deelmarkten onderscheiden worden naar gelang de verschillende typen zorg, die worden geleverd door de instelling. Op al deze markten kan er sprake zijn van ontwikkelingen die een indicatie zijn voor mogelijke risico's. Voorbeelden zijn diensten die uit het verzekeringspakket gehaald worden als gevolg van politieke afwegingen, schaarste op de arbeidsmarkt, of de renteontwikkeling op de financieringsmarkt.

Bovenstaande maakt duidelijk dat een adequate risicoparagraaf noodzakelijk is om tot een goede monitoring van deze risico's te komen. Met andere woorden, ook in een fase dat de organisatie voldoet aan de diverse kritische ratio's is het zaak om alle hierboven genoemde aspecten van de organisatie op te volgen en in diverse overleggen te brengen. Bijvoorbeeld in het kader van interne medezeggenschap, intern managementoverleg, bestuur dat rapporteert aan raad van toezicht, maar ook aan bank en belangrijke contractpartijen. De raad van toezicht dient dus alert te zijn op de beschikbaarheid en de mate van adequaatheid van een dergelijke risicoanalyse. In het fase model dient zich de vraag aan wanneer er sprake is van niet pluis signalen, die erop wijzen dat de ratio's van de organisatie dreigen onder de grenswaarden te geraken. Wanneer dit type signalen aan de orde zijn, is het zaak deze als raad van toezicht uitdrukkelijk met het bestuur te bespreken en zicht te krijgen op de onderliggende oorzaken.

Daarbij is het aan te bevelen om tot intensivering van informatievoorziening door de raad van bestuur te komen, waarbij mogelijk een hogere frequentie van overleg aan de orde is. Een additionele stap kan zijn een externe partij met specifieke expertise een analyse laten maken naar de vraagstukken die aan de orde zijn en een problematisch karakter hebben.

Wanneer er een plan van aanpak door het bestuur opgesteld is, is vervolgens de vraag of de organisatie in staat is om uitvoering aan het plan te geven en welke condities er daarvoor geschapen dienen te worden. Zijn hier extra hulpstroepen voor nodig of schiet de aansturing te kort? En wat kan het bestuur hieraan doen? Voelt de raad van toezicht nog comfort bij de aanpak door de raad van bestuur? Dit zijn vragen die uitdrukkelijk gesteld moeten worden in deze fase. Van belang is dat de analyse en het plan van aanpak tijdig gedeeld worden met interne stakeholders, mede vanwege medezeggenschap maar ook vanwege toetsing en beïnvloeding. Ook dient serieus in overweging genomen te worden om externe partijen als bank, verzekeraars, maar ook een IGJ te informeren. Ook al speelt hier schroom en angst voor reputatieverlies een rol, het belang om elkaar in vertrouwen te nemen is over het algemeen groter.

5. Toestand van bijzonder beheer

Normaliter zou de hierboven beschreven route voldoende moeten zijn om verdere escalatie in termen van *bijzonder beheer* te voorkomen. Echter als de organisatie niet meer voldoet aan de gestelde ratio's in het bankconvenant, eist de bank veelal inzet van een derde partij om dit zogenaamde herstelplan op te stellen of minimaal te toetsten. Tevens wordt het relatiebeheer door een speciale afdeling van de bank overgenomen. In een dergelijke situatie zal de accountant extra aandacht geven aan de continuïteitsparagraaf, waarbij het herstelplan een belangrijk referentiekader is. Dit kan leiden tot een *catch 22* situatie, omdat zowel de bank een vertrouwenwekkende continuïteitsparagraaf vraagt van de accountant en de accountant op zo'n moment een garantie van de bank wil hebben waarin zij verklaart de leningportefeuille te handhaven, ondanks het feit dat niet meer voldaan wordt aan de contractuele vereisten. Een dergelijke verklaring heet in het jargon een *waiver*.

Hier komen bestuurders en toezichthouders vaak in een situatie terecht, waarmee ze zelf geen directe ervaring hebben. Er is een risico voor handelingsverlegenheid of ander disfunctioneel gedrag, zoals ontkenning of paniek. Dat laatste klinkt groots maar kan een vorm aannemen waarbij de raad van toezicht erg dicht op de huid van de bestuurder gaat zitten en de laatste dat ervaart alsof het vertrouwen onder druk komt te staan. Het is zaak dat het bestuur in positie blijft en dat de raad van toezicht rust bewaart. Immers de uitvoering van het herstelplan impliceert dat de regie zich deels verplaatst naar externe stakeholders, zoals de bank, de contractpartijen, maar ook naar de vakbonden ingeval er sprake is van gedwongen ontslagen.

Van Dijk (2024) beschrijft op basis van onderzochte casuïstiek dat in zo'n situatie een element als vertrouwen tussen bestuurders en banken, mede gebaseerd op een evidente track record van bestuurders, cruciaal kan zijn. Dit kan een raad van toezicht zelfs in een positie brengen dat zij het wenselijk acht om de samenstelling van het

bestuur te veranderen. Het dilemma voor de raad van toezicht is daarbij enerzijds continuïteit van bestuur versus het inbrengen van een "frisse blik" en expertise in geval van crisis. Men kan zich voorstellen dat een element als continuïteit van bestuur, in een situatie die te typeren is als crisisachtig, versus een bestuurderswissel, precair en dilemmavol is. Dit vraagt dus deugdelijke en bedachtzame overwegingen, waarbij het (continuïteits) belang van de organisatie en daarmee de zorg aan patiënten en cliënten voorop zou moeten staan.

Overigens blijkt uit reflecties van bestuurders dat in een situatie van bijzonder beheer ingrijpende maar wenselijke veranderingen door de zorginstelling versneld mogelijk kunnen worden gemaakt. Als voorbeelden worden genoemd ingrijpende herziening van het dienstenportfolio of het verkopen van (onrendabel) vastgoed. Met andere woorden, de crisissituatie en druk van externe partijen zoals een bank, garantsteller en zorgverzekeraar/zorgkantoor helpen mee om oplossingsrichtingen versneld tot uitvoer te brengen. Met ander woorden: een situatie van bijzonder beheer wordt door bestuurders achteraf niet alleen negatief geduid (een vloek), maar ook wel getypeerd als een 'zegen'.

Dit laatste zou ook bij raden van toezicht tot reflecties mogen leiden over het wel of niet voldoende richting en tegendruk geven aan bestuurders om een situatie van bijzonder beheer te voorkomen. Maar ook of er voldoende oog is geweest voor het specifieke risicoprofiel van de organisatie bij het samenstellen van het bestuur en daarmee de benodigde competenties van het bestuur (zie op dit punt ook de bijdrage van Joost Zuurbier).

We kunnen stellen dat bijzonder beheer een voorlaatste trede van de escalatieladder is. Bij het niet succesvol implementeren van het herstelplan, kan de enige uitweg voor de organisatie faillissement of overname door een andere organisatie zijn. Bij een faillissement wordt het krachtenveld nog groter omdat men dan in principe met alle schuldeisers te maken krijgt. Dat kunnen niet alleen leveranciers zijn, maar ook pensioenfondsen, de belastingdienst, verhuurders, banken en andere contractpartijen. Over deze ultieme fase zullen we in het kader van deze bijdrage niet verder uitwijden. Duidelijk mag zijn dat we het hebben over een weinig benijdenswaardig perspectief, waarbij een aspect als continuïteit van zorg onder druk dreigt te komen.

6. Lessen voor bestuurders en toezichthouders

In deze bijdrage hebben we met behulp van het faseringsmodel laten zien dat naast strategische afwegingen, operationele bedrijfsvoering en de sturing daarvan cruciale elementen zijn in de diverse fasen. Dit in een context die dynamischer en complexer geworden is en waarbij er sluipenderwijs steeds meer risico's bij de uitvoerende organisatie terecht gekomen zijn. Dit maakt sturen en toezien op de automatische piloot tot een riskante bezigheid. Ook hier geldt voorkomen is beter dan genezen, met andere woorden proactief, anticiperend sturen is cruciaal. En het is juist de raad van toezicht die het bestuur daartoe kan entameren. Desondanks, eenmaal aangekomen in een setting van bijzonder beheer is de rolverdeling tussen het bestuur en de raad

van toezicht nog meer van belang. Het bestuur heeft de verantwoordelijkheid om de operationele zaken en strategische beslissingen te leiden, met een sterke focus op het herstel en stabilisatie van de organisatie. Dit betekent dat zij niet alleen een gedetailleerd herstelplan moet opstellen, maar ook moet zorgen voor een effectieve uitvoering ervan, veelal onder tijdsdruk.

De raad van toezicht, daarentegen, heeft een toezichthoudende en adviserende rol. Zij moet zorgen voor een kritische toetsing van de door het bestuur voorgestelde plannen en maatregelen en ervoor zorgen dat deze in lijn zijn met de langetermijnbelangen van de organisatie en de samenleving. Bewaken van de diepgang, onderkennen van blinde vlekken – ook bij zichzelf – voorkomen van schijnoplossingen, zijn allemaal aan de orde. Naast haar adviserende rol, kan haar werkgeversrol aan de orde zijn om te garanderen dat de juiste competenties en leiderschapsstijlen beschikbaar zijn en ingezet kunnen worden voor het bereiken van de langetermijndoelen.

In situaties van bijzonder beheer is het essentieel dat beide partijen een sterke communicatielijn onderhouden en nauw samenwerken om wederzijds vertrouwen te waarborgen en gezamenlijk de uitdagingen het hoofd te bieden. De raad van toezicht moet tegelijkertijd onafhankelijk blijven en objectief oordelen, terwijl het bestuur pragmatisch en daadkrachtig handelt. Deze interactie moet de kans vergroten dat de organisatie weer financieel solide wordt en dat de relaties met externe belanghebbenden, zoals banken en zorgverzekeraars, gekenmerkt worden door vertrouwen. Ook intern dient er draagvlak te zijn voor de ingezette en gerealiseerde verandering. Kortom, flexibiliteit en variatie in toe te passen leiderschapsstijlen in dienst van een effectieve sturing op alle fronten zal cruciaal zijn om tot de-escalatie te komen, uit een situatie van bijzonder beheer te geraken en tot een duurzaam gezonde bedrijfsvoering te komen.

De lezer zal aanvoelen dat het bovenstaande bepaalt geen eenduidig overdraagbaar recept is voor de situatie waarin men zich bevindt. Het is een dilemmavolle setting, waarin verschillende *checks and balances* aan de orde zijn, maar waarbij bepaalde factoren of partijen ook kunnen vertragen of versnellen. Soms vraagt dit om robuust handelen, maar soms ook een grote mate van sensitiviteit. Kortom, het gaat om de kunst van het observeren, interpreteren, afwegen, beslissen onder onzekerheid en te allen tijde kunnen verantwoorden waarom welke stappen zijn gezet in het proces. Het gezegde ‘When shits hits the fan’ verwijst naar een onverwachte en onwenselijke gebeurtenis, die niettemin vraagt om bedachtzaam en adequaat optreden. Dit artikel hoopt een bijdrage te leveren aan beperking van de handelingsverlegenheid in een dergelijke situatie en nog beter: hoe een dergelijk gebeurtenis te voorkomen. Om die reden nog eens kort de do’s en don’ts van bestuurder en toezichthouder.

7. Overzicht van do’s en don’ts voor het Bestuur:

Do’s:

- Maak een goed afweging op basis van alternatieven bij het aantrekken van vreemd vermogen.
- Blijf alert op ontwikkelingen en veranderingen tijdens de looptijd van een lening en stuur bij waar nodig.
- Professionaliseer het financieel management en richt je op risicobeheer en risicobeperking.
- Zorg voor een gedetailleerd herstelplan en effectieve uitvoering ervan, vooral onder tijdsdruk.

Don’ts:

- Vermijd handelingsverlegenheid of paniek in crisissituaties.
- Negeer niet de noodzaak van een robuuste risicoparagraaf, zelfs als de organisatie voldoet aan de kritische ratio’s.
- Laat de uitvoering van het herstelplan niet volledig over aan externen zonder zelf de regie te behouden.

8. Overzicht van do’s en don’ts voor de raad van toezicht:

Do’s:

- Zorg voor een kritische toetsing van de door het bestuur voorgestelde plannen en maatregelen.
- Onderken zowel harde als zachte signalen en intensifeer de informatie-uitvraag indien nodig.
- Onderhoud een sterke communicatielijn met het bestuur en werk nauw samen om wederzijds vertrouwen te waarborgen.
- Reflecteer op de samenstelling van het bestuur en de benodigde competenties, vooral in crisissituaties.

Don’ts:

- Vermijd schijnoplossingen en zorg ervoor dat de plannen in lijn zijn met de langetermijnbelangen van de organisatie.
- Negeer niet de noodzaak om diepgaand stil te staan bij de voors en tegens van strategische beslissingen voordat definitieve goedkeuring wordt gegeven.
- Laat de raad van toezicht niet te dicht op de huid van de bestuurder zitten, wat kan leiden tot een gevoel van wantrouwen.

9. Dankwoord

Auteur dankt Tessa van Dijk en Wilma van der Scheer voor het kritisch meelesen. Deze publicatie is deels gebaseerd op het promotieonderzoek van Tessa van Dijk en deels op jarenlang ervaring als bestuurder en toezichthouder in de zorg. Tevens droegen Stef Joosten en Martijn Groenewold, beiden lid van de Wetenschappelijke adviesraad van de NVTZ, bij aan het concept en toepassing van het faseringsmodel (figuur 1).

Literatuur

- Aalbers, M.B. (2019). Financialization. In D. Richardson, N. Castree and M.F. Goodchild (Eds.), *International encyclopedia of geography: People, the earth, environment, and technology* (pp. 1-12). Oxford: Wiley.
- CBS (2025), www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83670NED
- Dijk van, T.S. (2024). Money talks: Untangling the dynamics between banks, health insurers and healthcare organizations in the context of a regulated market. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Dijk van, T.S., Felder, M., Janssen, R.T.J.M. and Van der Scheer, W.K. (2023b). For better or worse: Governing healthcare organizations in times of financial distress. *Sociology of Health & Illness*, 1-22.
- Dijk van, T.S., Van der Scheer, W.K., Felder, M., and Janssen, R.T.J.M. (2023a). Health care reform and financial crisis in the Netherlands: Consequences for the financial arena of healthcare organizations. *Health Economics, Policy and Law* 18(3), 305-320.
- Governancecode Zorg 2022, <https://www.governancecodezorg.nl/>
- McKinsey (2018), *Basel III: The final regulatory standard*.
- Skipr, 4 April 2023, www.skipr.nl/nieuws/banken-en-accountants-niet-gerust-op-financiele-toekomst-ggz/
- WfZ (2024), *Financiële ontwikkelingen zorginstellingen 2015 - 2022 in beeld*, Utrecht.

Besturen in een witte jas

dr. Yolande Witman

“Collegiaal zijn betekent elkaar diensten verlenen – invallen bij diensten, onderwijs en dergelijke – en loyaal zijn – elkaar niet naar buiten toe afvallen.”



Besturen in een witte jas

Yolande Witman, programmaleider, docent en intervisiebegeleider bij diverse maatwerkprogramma's van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

1. Inleiding

Al jaren werk ik met dokters *in the lead*: bestuurders in een witte jas. Besturen staat voor leidinggeven aan een organisatie. Hoewel deze dokters *in the lead* vaak niet aan de top van een organisatie staan, is het speelveld waarin dit leiderschap zich afspeelt een organisatie op zich: de medische wereld, met een al jaren bestaande eigen logica met veel ongeschreven regels en omgangsvormen. Deze logica bepaalt de kaders, de ruimte en de invulling van leiderschap (Witman 2007). Dit waren belangrijke bevindingen in het onderzoek waar ik in 2008 op promoveerde. Dit onderzoek vond plaats in een UMC¹, waar ik werkte als intern adviseur van de afdelingshoofden als dokters *in the lead*. De aanleiding was de vraag hoe ik hen het beste kon ondersteunen. Het fascineerde mij waarom sommigen van hen veel meer invloed konden uitoefenen in hun vakgroepen dan anderen, waarbij managementkennis niet het belangrijkste leek. Zoals een afdelingshoofd verzuchtte: *'Ik heb een MBA gedaan, maar had beter psychologie kunnen studeren.'* Zelf opgeleid in de medische wereld vermoedde ik dat het socialisatieproces in de opleiding hierin een belangrijke rol speelde en mijn onderzoeksvraag luidde: hoe beïnvloedt de medische habitus, de specifieke medische professionele identiteit, het leiderschap in medische groepen en de relatie met de managementwereld?

Vanaf 2008 heb ik in ongeveer veertig verschillende algemene, topklinische en academische ziekenhuizen door het hele land gewerkt met vakgroepen en dokters *in the lead*. Als begeleider van heidagen en teamcoach van vakgroepen met samenwerkingsproblemen; als docent en begeleider van intervisiebijeenkomsten (ruim tweehonderd sessies met circa vierhonderdvijftig deelnemers); in leiderschapsprogramma's met medisch managers/afdelingshoofden/stafbestuurders (circa vijftientig); en als coach van dokters *in the lead*².

Deze ervaringen vormen een mooie vindplaats voor de vraag: is er in de afgelopen jaren iets veranderd in de dilemma's die deze dokters ervaren en in de strategieën om invloed uit te oefenen? En welke rol speelt de – al dan niet veranderende – context hierin?

Ik sta eerst stil bij de term logica en het gedachtegoed van Bourdieu en bespreek de ongeschreven regels – zoals gezagsverhoudingen en omgangsvormen – in de

¹ Universitair Medisch Centrum

² In dit hoofdstuk focus ik met name op de medisch managers / vakgroepvoorzitters als dokters *in the lead*

medische wereld die in mijn onderzoek naar voren kwamen. Is daar de afgelopen jaren iets in veranderd?

Dan ga ik in op het leiderschap in medische groepen. Ik leg ook hier mijn observaties van de afgelopen jaren naast de belangrijkste bevindingen uit mijn toenmalige onderzoek. Wat ben ik de afgelopen jaren tegengekomen in mijn werk met medische groepen en hun dokters *in the lead*? Welke rol speelt de context, zijn hun vraagstukken veranderd, en wat kan behulpzaam zijn in het omgaan daarmee?

2. Logica van de medische wereld

De term 'logica' van een bepaalde wereld verwijst naar een sociologische manier van kijken. Als referentiekader hiervoor gebruik ik het begrippenkader van de Franse socioloog Pierre Bourdieu. Zijn belangrijkste concepten zijn veld, habitus en kapitaal (Bourdieu 1977). Een bepaald veld, een bepaalde wereld, kenmerkt zich door een eigen interne logica. Een veld refereert aan de zichtbare externe structuren, de formele en geëxpliciteerde kenmerken. In de medische wereld gaat het dan bijvoorbeeld over de organisatiestructuren van ziekenhuizen, de wetenschappelijke verenigingen, de FMS³ en hun geëxpliciteerde visies; de landelijke, politieke en financiële kaders.

De interne logica van de medische wereld maken artsen zich eigen in een socialisatieproces, door in die wereld te worden opgeleid. Zij leren dan niet alleen dat wat zwart op wit staat, zoals de formele kaders, processen en competenties zoals beschreven in het formele curriculum, maar ook de ongeschreven regels, de eigen logica van die wereld. Het socialisatieproces intensificeert als de – aanstaande – artsen mee gaan doen in de patiëntenzorg. Opleiding en zorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, tijdens visites, op de OK en tijdens patiëntenbesprekingen.

In dit socialisatieproces, ook wel het verborgen curriculum genoemd, komt de habitus tot stand (Witman 2010). De habitus is een systeem van disposities: duurzame schema's van waarneming en waardering die aanzetten tot praktisch handelen en daar richting aan geven. Je maakt je een specifieke manier van kijken in die wereld eigen, je leert wat daarbij van waarde is (kapitaal) en handelt op basis daarvan. Deze sociale regels van de habitus zijn in zekere zin vergelijkbaar met de *basic underlying assumptions* zoals Schein die definieert: de basale, onderliggende vooronderstellingen die de ultieme bron van waarden en handelen vormen, en dus meer zijn dan attitudes of normen en waarden (Schein 1992). De disposities functioneren als een soort sociale – onderbewuste – regels, als een interne grammatica. Je doet als vanzelfsprekend wat er gedaan moet worden, en wat niet. Uit gemeenschappelijke omstandigheden kan een gemeenschappelijke habitus ontstaan, zoals een specifieke beroepsidentiteit (habitus) als tweede natuur, die deels onbewust is (Elias 2001). Hierdoor kunnen individuen in een bepaalde wereld hun praktijken in harmonie op elkaar afstemmen. Zonder expliciete norm en zonder directe interactie met elkaar: volgens de vanzelfsprekende gemeenschappelijke logica van de betreffende wereld.

³ Federatie Medisch Specialisten

Het verborgen curriculum in de geneeskunde heeft onderzoekers door de jaren heen altijd gefascineerd. Opvallend aan deze studies is dat de beschrijvingen van dit proces, ondanks verschillen in tijd en plaats, grote overeenkomsten vertonen (Witman 2007). Dit wijst op de ontwikkeling van een exclusieve gemeenschappelijke professionele identiteit, de medische habitus, tot stand komend onder de gemeenschappelijke omstandigheden van de opleiding. Socialisatie is dan ook te beschouwen als een vorm van sociale controle (Windolf 1981).

In mijn onderzoek destilleerde ik vier disposities van de medische habitus: de klinische, de wetenschappelijke, de professionele en de collegiale dispositie. Deze disposities liggen als grammaticale regels ten grondslag aan het klinisch en wetenschappelijk denken en handelen van de arts, maar ook aan de wijze waarop hij geacht wordt zich professioneel en collegiaal te gedragen. Deze ongeschreven – deels onderbewuste – regels betreffen meer dan sociaal gedrag in engere zin en beïnvloeden op verschillende manieren de groepsdynamiek.

2.1 Ongeschreven regels en groepsdynamiek

Ik herleidde drie belangrijke ongeschreven regels die de groepsdynamiek beïnvloeden: ‘we zijn gelijken’, ‘we zijn collegiaal’, ‘we geven geen openlijke kritiek’. Deze regels komen in het functioneren van groepen nog steeds dominant naar voren.

We zijn gelijken:

Het belang van deze regel komt bij verschillende thema’s naar voren. *Je geeft elkaar geen opdrachten of controleert elkaar.* Dit zou denigrerend zijn, alsof je je eigen verantwoordelijkheid niet zou of kan nemen. De eigen verantwoordelijkheid van de arts weegt zwaar in de patiëntenzorg, de arts voelt zich persoonlijk verantwoordelijk voor het handelen rond zijn patiënt (de professionele dispositie). Hieruit vloeit de regel voort: de eigen dokter beslist. Deze regel ligt ten grondslag aan het belang van autonomie. Dit zien we ook terug in *het belang van consensus in de besluitvorming*. Dit voorkomt dat een lid van de groep geacht wordt iets te doen of te laten waar hij niet achter staat, waar hij niet de verantwoordelijkheid voor wil of kan nemen.

Als je allemaal gelijk bent, *moeten ook de lusten en lasten eerlijk verdeeld worden.* Maar de draagkracht en mogelijkheden in bepaalde levensfasen kunnen verschillen en deze verschillen vormen vaak bronnen van conflicten. Daarbij wordt het verschil tussen gelijk en gelijkwaardigheid niet altijd gemaakt.

Tot slot zijn er in een groep van gelijken geen formele gezagsverhoudingen. Maar er bestaat in elke groep een *informele hiërarchie*. In de medische wereld speelt de klinische dispositie (de mens als patiënt zien) een belangrijke rol. Een arts gaat als een soort detective op zoek naar symptomen om een aandoening op te kunnen sporen en te behandelen. Het vermogen om dit goed te doen, neemt toe met ervaring, het zien van veel patiënten, omdat elke patiënt weer anders is. Collega’s herkennen in elkaar de mate waarin zij meer of minder over dit vermogen beschikken. Senioriteit staat voor ervaring, geeft daarom ook gezag en beïnvloedt zo de hiërarchie in de groep. Een ervaren arts kan laten zien te excelleren door bijzondere en afwijkende

gevallen te diagnosticeren, te behandelen of te opereren. Senioriteit is nog steeds de belangrijkste bron van gezag in medische groepen.

We zijn collegiaal

Collegiaal zijn betekent elkaar diensten verlenen – invallen bij diensten, onderwijs en dergelijke – en loyaal zijn – elkaar niet naar buiten toe afvallen. De vanzelfsprekendheid en schijnbare belangeloosheid hiervan is een grote investering in de onderlinge relaties. Bovendien voelen collega’s zich zo medeverantwoordelijk voor continuïteit en kwaliteit van zorg van elkaars patiënten. Deze collegialiteit brengt wel een verplichting mee voor de ontvanger: als het nodig is, moet die een wederdienst bewijzen. Wederkerigheid is cruciaal, zoals in elke cultuur.

Hoe belangrijk artsen de regel van collegialiteit ook vinden, dat betekent niet dat hij altijd gevolgd wordt. Twee factoren spelen hier een rol. De eerste hangt samen met de kwetsbaarheid van het principe van de wederkerigheid: noch de waarde van de verleende dienst, noch wanneer deze terugbetaald zal worden ligt precies vast. Als collega’s verleende diensten niet terugkrijgen, of in te geringe mate dan wel na te lange tijd, roept dat heftige emoties op. Bijvoorbeeld wanneer bepaalde collega’s zelden hun vinger opsteken als er ‘corveeklussen’ verdeeld moeten worden, of als er onverwacht diensten overgenomen moeten worden bij een zieke collega.

Onderlinge competitie is de tweede factor die collegialiteit bedreigt. Een gemeenschappelijke habitus voorkomt deze competitie niet, integendeel (Bourdieu 1990): iedereen streeft naar een betere positie en verschillen – die er in de groep zogenaamde gelijken toch onmiskenbaar zijn – roepen jaloezie en strijd op. Ook tussen verschillende vakgroepen: wie kan het beste deze patiëntengroep behandelen? In deze strijd kan het onthouden van collegialiteit of loyaliteit als machtsmiddel ingezet worden. Conflicten kunnen leiden tot kampvorming en de samenwerking bedreigen. Op deze momenten kan de patiëntenzorg in gevaar komen: collega’s dragen elkaar bijvoorbeeld niet goed over, springen niet voor elkaar in of brengen bij vakanties patiënten onder bij een arts-assistent in plaats van bij elkaar. In deze situaties kan de patiënt de dupe worden. De heftigheid van de hiermee samenhangende conflicten wijst erop dat artsen hun identiteit voor een belangrijk deel ontlenen aan hun lidmaatschap van de groep. Dit hangt samen met het gemeenschappelijke socialisatieproces.

We geven elkaar geen openlijke kritiek

De belangrijkste drempel om elkaar openlijk kritiek te geven hangt samen met de angst voor schaamte en gezichtsverlies. Deze angst fungeert als een belangrijk sociaal controlemechanisme en de vorming van het professionele geweten van de arts. De arts doet zijn uiterste best zonder expliciete druk van regels of andere dwang van buitenaf, om niet te falen en uitstoting uit de groep te voorkomen.

Gezichtsverlies moet ook bij de ander tegen hoge prijs voorkomen worden. Er is een grote identificatie met de ander, waardoor er op voorhand al sprake is van plaatsvervangende schaamte. De angst voor deze schaamte vormt een belemmering voor het leveren van openlijke kritiek. Door een collega gezichtsverlies te laten lijden laat de arts hem als persoon vallen. Dit is zeer bedreigend, ook voor de kritiekgever.

Het maken van fouten, maar ook het openlijk uiten van kritiek, appelleert via schaamte aan de angst om buitengesloten te worden. Een angst die ook de kritiekgever ervaart. Die drempel wordt nog hoger als de betreffende collega heftig reageert en er niet voor open lijkt te staan. Artsen zijn nogal eens geneigd zo'n collega te isoleren, of er iemand naast te zetten, liever dan dit openlijk te bespreken. Dit kan voor de buitenwereld lijken op een *conspiracy of silence*, terwijl dit proces zich grotendeels onbewust afspeelt.

Dit betekent niet dat men elkaar geen kritiek geeft. De kritiek wordt alleen verhuuld, vaak in de vorm van een vraag, zoals: 'Heb je een punctie overwogen?' Het stellen van een dergelijke vraag - als vorm van kritiek - leren artsen al in hun opleiding tijdens de overdracht en deze vragen spelen een rol in het overdragen van klinisch redeneren (Witman 2014). Het vraag-en-antwoordspel dat zich in deze fase afspeelt tussen junior en senior, moet zich uiteindelijk in het hoofd van de opgeleide arts gaan afspelen, als hij alleen met zijn patiënt in de spreekkamer zit.

2.2 Een medaille met twee kanten

De sterke informele gezagsverhoudingen en omgangsvormen vormen - nog steeds - een medaille met twee kanten. Het intensieve socialisatieproces tijdens de medische opleiding is een vorm van - informele - zelfregulatie, om de standaard van de professie hoog te houden. De kernwaarden van de professie worden overgedragen en de gemeenschappelijke medische habitus komt tot stand, waardoor artsen een sterke onderlinge afhankelijkheid ervaren en zij ook zonder formele afspraken voor elkaar inspringen. Ze geven elkaar feedback via vragen, zodat gezichtsverlies voorkomen wordt. Het strenge geweten entameert hard werken, je uiterste best doen en blijven leren. De gezagsverhoudingen betreffen respect voor ervaren collega's, naar wie geluisterd wordt, die mogen adviseren, besluiten en als inspirerend rolmodel fungeren. Met deze vooral geïnternaliseerde regels als basis voor handelen is de kwaliteit van zorg gediend.

De schaduwzijde van de medische logica vormen fenomenen als misbruik van autonomie en macht. Men spreekt bijvoorbeeld niet de collega aan die tijdens de overdracht een assistent zeer onheus bejegent, uit loyaliteit of omdat diegene een 'hogere' in de informele hiërarchie is. Men is handelingsverlegen als problematische collegae de patiëntenzorg in gevaar brengen, niet openstaan voor kritische vragen en openlijk aangesproken moeten worden; en idem bij problemen in de groepsdynamiek, zoals conflicten.

2.3 Verandering in de context

De logica zoals hierboven beschreven, gebaseerd op mijn eerdere onderzoek, manifesteert zich dus in de afgelopen jaren nog net zo duidelijk, ook in de algemene en topklinische ziekenhuizen. Recente resultaten uit de enquête naar de arbeidsomstandigheden van A(N)IOS door de Jonge Specialist geven eveneens aan dat structurele verbeteringen uitblijven. Dit betreft ook thema's als de schaduwzijde

van de informele hiërarchie, zoals ongewenst en seksistisch gedrag door supervisors, inclusief een veilig kader om collega's hierop aan te spreken (De Jonge Specialist 2025). Overigens is er, zoals altijd, sprake van een instroom van een jongere generatie, met wat andere waarden. De botsing tussen waarden wordt soms wat explicieter, komt meer naar buiten en wellicht zullen verschuivingen langzaam optreden, zoals bij elke nieuwe generatie.

Wel is er iets in de context veranderd: groepen zijn groter geworden, werken over meer locaties, dragen regelmatig digitaal over en er moet meer geëxpliciteerd en geformaliseerd worden. Dat betekent dat men elkaar fysiek minder tegenkomt, terwijl dat juist voor het goed functioneren van ongeschreven regels belangrijk is. Daarmee wordt de sociale controle, en het zelfregulerend vermogen minder.

Hoe beïnvloedt de beschreven logica het leiderschap van dokters *in the lead*, en is hierin iets veranderd de afgelopen jaren?

3. Dokters *in the lead*

Leiderschap in een medische groep staat in feite haaks op de ongeschreven regel 'we zijn gelijken'. Waar komt het principe van dokters *in the lead* dan vandaan?

Hoewel de regel 'wij zijn gelijken' een dominante ongeschreven regel is, zagen we in het voorgaande ook dat in medische groepen wel degelijk een informele hiërarchie met gezagsverhoudingen bestaat, met senioriteit - die staat voor ervaring - als belangrijkste bron van gezag. Deze informele hiërarchie, in de vorm van het principe van dokters *in the lead*, werd vanaf 1990 omarmd in Engeland. Maar ook elders, naar voorbeeld van het toonaangevende Johns Hopkins Hospital in Baltimore. Dit ziekenhuis koos voor *management from the inside*, voor de integratie van dokters binnen de ziekenhuisorganisatie. Men institutionaliseerde de senior medisch specialisten met een eigen budget vanuit het idee dat artsen meer beïnvloed worden door klinische dan niet-klinische managers. Seniorartsen namen immers de besluiten rond uitgaven of autoriseerden deze besluiten. Door hen als afdelingshoofden actief bij het management te betrekken, hoopte men meer grip op besluiten en uitgaven van artsen te krijgen (Jones & Dewing 1997). Ook in Nederland volgen ziekenhuizen steeds vaker strategieën om artsen in de managementstructuur van het ziekenhuis te integreren. Dat gebeurde onder andere door de toenemende druk om de publieke gelden te beheersen en de stijgende kosten in de gezondheidszorg te beteugelen, en om de kwaliteit en efficiëntie van de zorg te verhogen. Door artsen bij het management te betrekken, trachten ziekenhuizen invloed uit te oefenen op de kosten en kwaliteit van het klinische werk. Noordegraaf spreekt van de ontwikkeling van een hybride professionaliteit waarbij de professionele en organisatielogica vervlochten worden (Noordegraaf 2015).

Dus het principe van de dokter *in the lead* berust op twee uitgangspunten: 1. zij zouden, beter dan niet-medische managers, hun collegae kunnen beïnvloeden: leiderschap in de groep, en 2. deze dokters moeten de verbinding met het management in de ziekenhuisorganisatie leggen: verbinding met de organisatie.

3.1 Leiderschap in de groep

Leiderschap kan gedefinieerd worden als het vermogen interacties te beïnvloeden (Goudsblom 2001). Hoe dit te doen binnen de logica van de medische wereld? Als je elkaar geen opdrachten kunt geven en geen openlijke kritiek kan uiten?

In 2007 beschreef ik vijf strategieën om invloed uit te oefenen:

1. In de eerste plaats komt het erop aan dat zij voldoende gezag hebben, oftewel wise men/women zijn: het gezag van een goede dokter en collega die een voorbeeldrol vervult in de groep. Dit gaat over de eerdergenoemde informele hiërarchie. Dit gezag is persoonsgebonden en is een ander gezag dan dat van de spokesmen: iemand die namens de groep het mandaat heeft gekregen de groep te vertegenwoordigen, de contactpersoon van en naar het management bijvoorbeeld. Dit is een mandaat dat weer onmiddellijk overdraagbaar is.
2. Hanteren van de collegiale omgangsvormen; op basis van hun gezag voldoen collega's aan hun verzoeken en nemen zij hun adviezen en kritiek, verpakt in vragen, ter harte.
3. Gebruik van peer pressure; bijvoorbeeld door sommige kwesties (ongewenste afwezigheid, complicaties) niet individueel, maar in de groep te bespreken en zo de sociale druk van de groep te gebruiken om invloed uit te oefenen.

Deze eerste drie strategieën zijn nog in lijn met de medische habitus, maar soms moeten dokters *in the lead* nog een stap verder gaan en afwijken van de collegiale omgangsvormen:

4. Ingrijpen in groepsprocessen, bijvoorbeeld om knopen door te hakken als een definitieve consensus buiten bereik ligt; bij het eerlijk verdelen van taken en in conflictsituaties, waarbij zij zelf boven de partijen moeten staan. Dit is belangrijk omdat conflicten een risico vormen voor het functioneren van de groep en daarmee voor de patiëntenzorg.
5. Soms moeten zij meer expliciete druk uitoefenen door openlijk kritiek te leveren op een collega wiens klinisch handelen of gedrag onder de maat is.

Collega's binnen een vakgroep of maatschap krijgen als eersten signalen over mogelijk disfunctioneren van een collega. Zij klagen over hun collega, maar willen zelf niet de collegiale omgangsvormen schenden. Dokters *in the lead* overtreden dan deze collegiale regels wel. Zij kunnen ook op reguliere basis evaluatiegesprekken houden met collega's, om in een vroeg stadium signalen te bespreken en tijdig afspraken te maken. Een enkele keer gaan zij nog een stapje verder: ze dreigen met 'uitstoting'. Uitgestoten worden uit de groep is wellicht één van de zwaarste straffen. Dit is een grote stap, waartoe men zich gedwongen kan voelen uit verantwoordelijkheid voor de groep en kwaliteit van zorg. Dokters *in the lead* moeten hierin ook daadwerkelijk steun en mandaat krijgen van hun groep. Want zij lopen altijd het risico dat de groep zich tegen hen keert en dat zij geïsoleerd raken. Wanneer zij deze invloed kunnen en vooral ook durven aanwenden, hebben zij een belangrijke rol in het bewaken van kwaliteit en de sociale hygiëne in de groep.

Deze laatste twee strategieën zijn het meest ingewikkeld, juist omdat hier de ongeschreven regels geschonden moeten worden. In 2007 constateerde ik dat afdelingshoofden het vooral moeten hebben van hun informele gezag als *wise men*, en niet van hun formele posities in de managementhiërarchie. De informele medische logica is hierin meer bepalend dan de formele managementlogica. Daarnaast beïnvloedt de medische habitus niet alleen het leiderschap van dokters *in the lead*, maar gebeurt dit ook andersom: de habitus van deze dokters verandert ten gevolge van de verantwoordelijkheid die zij voelen voor het goed functioneren van hun groep en voor kwaliteit van zorg. Zij voelen zich gedwongen dit zwaarder te laten wegen dan de individuele collegialiteit en moeten dan omgangsvormen hanteren die strijdig zijn met de medische habitus. Zij staan voor het dilemma te moeten kiezen tussen twee kwaden: de autonomie van een collega schenden of de groep in gevaar brengen (Van Oorschot 1995). Dokters *in the lead* moeten bij uitstek met dit dilemma om kunnen gaan. Slechts in het uiterste geval zetten zij de collegiale verhouding op het spel, in het belang van het functioneren van de groep en kwaliteit van zorg. Er zijn geen simpele regels wanneer zij moeten kiezen voor een strategie passend bij de medische habitus en wanneer zij hierbuiten moeten treden. Zij zijn hierbij hun eigen persoonlijke meetlat.

Het kost vaak tijd om zelfverzekerd deze positie in te kunnen nemen. Dan gaat deze wijze van handelen tot hun tweede natuur behoren. Zij kunnen niet anders, ondanks de prijs die het soms kost⁴. Dergelijke leiders kunnen hun stempel drukken op de gang van zaken en veel invloed uitoefenen op hun collegae en de kwaliteit van opleiding en klinische activiteiten. Ze spelen daarmee een cruciale rol in de sociale controle, en daarmee in de zelfregulatie van de medische wereld.

In de afgelopen jaren merkte ik dat de dilemma's voor dokters *in the lead* rond het leiderschap in de groep in de algemene en topklinische ziekenhuizen nog lastiger zijn. Dit hangt vooral samen met hun positionering, onderwerp van de volgende paragraaf: verbinding met de organisatie.

3.2 Verbinding met de organisatie

In Nederland integreert men artsen in het management volgens twee verschillende, elkaar onderling uitsluitende principes (Scholten & Van der Grinten 2002). Er zijn ziekenhuizen die de medisch specialisten integreren binnen de ziekenhuisorganisatie; dan zijn zij in de hiërarchie van het ziekenhuis opgenomen. Dit is typerend voor de situatie in een UMC, waarin mijn eerdere onderzoek plaatsvond. Hoewel het hier belangrijk blijkt voor collega's dat de afdelingshoofden meer als één van hen beleefd worden en niet als één van het management, hielp de formele positie als bron van gezag zeker ook: het afdelingshoofd wordt geacht jaargesprekken te voeren⁵, en is niet zomaar te passeren. Maar het blijft balanceren tussen twee werelden (Witman 2011).

⁴ Dit leiderschapsvermogen ontwikkelt zich trouwens niet bij iedereen.

⁵ Hoewel soms ook weer feedbacksystemen zijn ingevoerd in de UMC's die ook in de niet academische huizen voorkomen, meer passend bij een andere opvatting van leiderschap in relatie tot autonomie

Volgens een ander principe integreren medische specialisten mét het ziekenhuis; hier zijn de specialisten en de ziekenhuisorganisatie nevenschik, een positionering die voor de meeste niet-UMC's geldt. Ook hier is de integratie van dokters de afgelopen jaren steeds prominenter geworden (Van Montfort 2024). Met de invoering van de integrale bekostiging in 2015 heeft het merendeel van de vrijgevestigde medisch specialisten zich in Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's) georganiseerd, met een samenwerkingsovereenkomst met de raad van bestuur. Hiervan zou je grote impact kunnen verwachten. Zo onderhandelt nu het ziekenhuisbestuur, en niet meer de specialisten, met de zorgverzekeraars over het totale omzetplafond/budget, waarvan de honoraria van de vrijgevestigde specialisten onderdeel zijn. Het MSB onderhandelt jaarlijks met het ziekenhuisbestuur over het totale honorariumbedrag van de vrijgevestigde medisch specialisten als groep en verdeelt onderling de totale som. Toch heb ik niet ervaren dat dit van grote invloed is op de bestaande medische logica. Het is eerder zo dat medisch specialisten zich nog meer tot elkaar veroordeeld weten: de onderlinge afhankelijkheid wordt nog sterker ervaren en bevestigd daarmee de medische logica. Wel hebben deze ontwikkelingen in veel huizen tot meer bewustwording van het belang van goed opgeleide medisch managers/leiders geleid. Waar bijvoorbeeld medisch managers eerst meer als doorgeefluik van informatie tussen vakgroep en organisatie fungeerden, kregen zij steeds meer een rol in het bewaken van kwaliteit van zorg en het managen van afdelingen in duaal management met een bedrijfskundig manager. Bijvoorbeeld in een RVE-structuur (resultaat verantwoordelijke eenheden) of vergelijkbare constructies, specialisme gebonden⁶. Inmiddels worden sommigen ook geacht om functionerings- of jaargesprekken met collega's te voeren. Daarmee lijkt leiderschap van dokters een vanzelfsprekend thema geworden in de medische wereld en de ziekenhuizen.

Deze roep om leiderschap staat deels haaks op het gekoesterde principe van zelfregulatie. Zelfregulatie – formeel en informeel - is een belangrijk principe in de medische wereld. Het is tegelijkertijd een recht en plicht. Instrumenten van formele zelfregulatie zijn bijvoorbeeld registratie van medisch specialismen, verplichte bij- en nascholing en het tuchtrecht, naast de informele zelfregulatie: socialisatie. Het belang van de zelfregulatie zien we terug in de nevenschikking van de twee hiërarchische lijnen: het medisch stafbestuur en de raad van bestuur. De meer prominente rol van medisch managers, met hun eigen relatie met het management, kan daarmee wel leiden tot de vraag: wat betekent dit voor de invloed van de Vereniging Medische Staf, wie gaat waarover? Hier is sprake van een hybride, en ambigue structuur. Deze hybride structuur kan die dokters *in the lead*, zoals medisch managers, ook in een lastig parket brengen. Aan de ene kant weegt de informele hiërarchie zwaar. De medisch manager of vakgroepvoorzitter zit de vergadering voor, maar een ervaren senior knikt en bepaalt de besluitvorming. Aan de andere kant zijn zij formeel/juridisch, anders dan de andere leidinggevendenden in het ziekenhuis, niet de formele leidinggevendenden van hun collega's. Dit beperkt hun mandaat en maakt hen kwetsbaar, terwijl er steeds meer van hen verwacht wordt. Het schenden van collegiale regels in het belang van de groep of patiënt is voor hen een ingewikkeld

⁶ Inmiddels is er een tendens naar het clusteren van specialismen met duaal management van een cluster. De in het cluster ondergebrachte vakgroepen hebben dan geen medisch manager meer, maar alleen een vakgroepvoorzitter.

vraagstuk. Ze aarzelen vaak zelf om hun leiderschapsrol in te vullen als het gaat om het beïnvloeden van de eigen collegae ten aanzien van kwaliteit van zorg. Hoe om te gaan met functioneringskwesties van collega's is ook bij hen één van de meest voorkomende onderwerpen tijdens intervisie. Op een goede tweede plek staat het ingrijpen in de groepsdynamiek. Bij problemen in de samenwerking - hoog oplopende emoties, 'onderstromen' in vergaderingen, gemor in de wandelgangen - betreft het vaak kwesties als onvrede over oneerlijke verdeling (van corveetaken bijvoorbeeld), collegialiteit of functioneren van collega's. De drempel om deze onvrede expliciet te bespreken is hoog, en nog hoger als informele hiërarchie een rol speelt. Daarnaast voelen zij het ook niet altijd evident als hun verantwoordelijkheid om in te moeten grijpen, maar hun collega's durven het vaak ook niet. Dit zijn momenten waarop de zelfregulatie tekortschiet. Zoals een medisch manager recent opmerkte: "Je hebt wel het mandaat om rotklusjes te doen, niet om een collega aan te spreken." Ook ligt de focus - van deze dokters *in the lead* - en vanuit de organisatie - vaak op het management. Als zij met de beste bedoelingen de urgentie van organisatiekwesties voelen, en hun collega's niet meekrijgen, speelt ook voor hen het vraagstuk: ben je *one of them or one of us*? Of zij voelen zich zo verantwoordelijk dat zij alle gaten dichtlopen, waarbij zij niet altijd voldoende tijd krijgen om hun managementtaken erbij te doen. Deze combinatie van factoren maakt dat medisch managers regelmatig afhaken.

Er ontstaan vooral ingewikkelde situaties als problemen te lang niet opgelost worden: samenwerkingsproblemen in de groep of een functioneringsprobleem (van een collega) dat binnen de groep niet wordt aangepakt, ook niet door de medisch manager; of als de betreffende collega zich niets gelegen laat liggen aan de medisch manager. Dan blijkt de stap naar het VMS⁷-functioneringsreglement erg groot, waardoor er vaak te lang gewacht wordt met ingrijpen⁸. Dan komen het stafbestuur en raad van bestuur in beeld. In situaties waarin langdurig sprake is van een slecht functionerende groep, is leiderschap met meer formeel mandaat, vaak de enige oplossing. Er wordt bijvoorbeeld een gezaghebbende senior (van buiten) ingevlogen die informeel gezag met formeel gezag (mandaat) combineert. Waarbij stafbestuur en raad van bestuur deze leider van de groep meer expliciet steunen met formele mandaten.

Er wordt dus veel gevraagd en verwacht van dokters *in the lead*. De logica van de medische wereld is nog niet erg veranderd en bepaalt nog steeds kaders, ruimte en invulling van dit leiderschap. Veranderingen in de context waarin dokters elkaar minder fysiek (en informeel) tegenkomen, maakt enerzijds dat ongeschreven regels wellicht minder krachtig werken: minder informele sociale controle (onderdeel van zelfregulatie), terwijl het leiderschap van dokters in de meeste ziekenhuizen niet echt geformaliseerd is. Wat helpt dokters *in the lead* in het bewaken van de sociale hygiëne in de groep en in een goede verbinding met de organisatie? Een goed functionerende groep is immers een belangrijke garantie voor kwaliteit van zorg en werkplezier.

⁷ Vereniging Medische Staf

⁸ Sommige ziekenhuizen maken als tussenstap gebruik van bijvoorbeeld een *soft signal procedure* waarin laagdrempeliger gemeld kan worden.

4. Wat helpt?

Verschillende wegen kunnen alle op hun eigen manier bijdragen om dokters *in the lead* meer te equiperen voor hun taak en het nemen van verantwoordelijkheid.

In de eerste plaats helpt bewustwording: de bewustwording van de logica van de medische wereld, de ongeschreven regels; de kracht en functionaliteit ervan, en de keerzijde van deze medaille. Van de realisatie dat deze verantwoordelijkheid dilemma's met zich meebrengt voor degenen die de groepshygiëne willen beïnvloeden, zoals moeten kiezen tussen waarden: de loyaliteit naar een collega versus het belang van patiënten en de groep. Maar ook je bewust zijn van de mogelijkheden. Dit is cruciaal om impact te hebben binnen een groep collega's. In elke groep bespreek ik dat je niet *niet* kan communiceren (naar een axioma van Watzlawick): het niets zeggen bij grensoverschrijdend gedrag uit loyaliteit naar een collega, communiceert dat je dit gedrag legitimeert.

Ten tweede is het behulpzaam het handelingsrepertoire te vergroten, juist voor situaties waarin ze de regels van hun groep moeten/willen overtreden in het belang van zelfregulatie. Inhoudelijk betreft dit theorie en vaardigheden met betrekking tot thema's als groepsdynamiek, leiderschapstijlen, conflicthantering, feedback geven en krijgen en vergadertechnieken. Dit kan in de vorm van training, coaching en intervisie, die alle hun eigen accenten hebben. Intervisie speelt, naast het klassieke doel van reflectie en leren van elkaar, ook een belangrijke rol in het relativeren van een gevoel van incompetentie. Dat het gevoel van onvermogen niet (per se alleen) met jezelf te maken heeft, maar vanuit het systeem begrepen kan worden.

In veel leiderschapsopleidingen is kennisoverdracht een belangrijk derde element, voor de relatie met de organisatie, management en bestuur. Zoals rond financiën, management, organisatie- en verandkunde. Deze kennis uit andere werelden heeft een andere taal en draagt daarmee ook een andere logica over (Oakes ea 1998). Het is belangrijk je te kunnen verhouden tot andere logica's, en meervoudig te kunnen kijken om een goede rol te spelen in de organisatie. Dit maakt het ook meer vanzelfsprekend en logisch met anderen (uit andere werelden) samen te werken (Berghout ea 2019). Zo kunnen zij binnen en buiten de organisatie een rol als bruggenbouwer vervullen.

In de vierde plaats is er de rol van de context. Dit is een ingewikkeld vraagstuk. In de afgelopen jaren werd er meer verwacht van dokters *in the lead*. Toch houdt men bij de selectie van kandidaten, de invulling en de ondersteuning van deze rol niet altijd voldoende rekening met bestaande medische omgangsvormen en gezagsverhoudingen. De vraag is of je voor die situaties waarin het niet goed gaat, de structuur en positionering voor iedereen moet veranderen. In situaties dat de sociale controle goed werkt als zelfregulatie, neemt de groep als geheel verantwoordelijkheid, en fungeert als een 'volwassen' groep. Wat raak je kwijt als er structureel gekozen wordt voor formeel leiderschap? En hoe verhoudt zich dat tot de nevenschikking en het belang daarvan?

In elk geval zou het goed zijn als stafbesturen en raad van bestuur ervoor zorgen medisch managers explicieter te steunen in hun mandaat, ook als dit niet geformaliseerd is.

Dan kunnen deze dokters *in the lead* hun rol robuuster invullen en staan zij er minder alleen voor. Zwakke plekken in deze keten staan ook daadkrachtig handelen bij het disfunctioneren van een medisch specialist in de weg, waardoor kwaliteit van zorg onnodig lang in het geding kan komen (Externe onderzoekscommissie MST 2009).

5. Tot slot

Wanneer ik terugkijk op de afgelopen jaren is de belangrijkste conclusie dat de logica in de medische wereld nauwelijks veranderd is in vergelijking met het eerdere onderzoek. Wel is er in de context iets veranderd: minder onderlinge sociale controle waardoor de kracht daarvan afneemt. Aan de andere kant wordt er meer van dokters *in the lead* verwacht terwijl de formele positionering dit niet ondersteunt. Dit is een gemiste kans. Gezaghebbende specialisten als leiders kunnen hun stempel drukken op de gang van zaken en veel invloed uitoefenen op hun collegae en de kwaliteit van klinische activiteiten. Ze spelen daarmee een belangrijke rol in de zelfregulatie. Dit leiderschap moet goed ingebed zijn in de structuur van de ziekenhuisorganisatie. Deze inbedding verdient meer aandacht.

Literatuur

- Berghout, M.A., Oldenhof, L., Scheer van der, W.K., Hilders C.G.J.M. (2019). From context to contexting: professional identity un/doing in a medical leadership development programme. *Sociology of Health & Illness* 42 (2): 359-378
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Oxford: Polity Press.
- De Jonge Specialist (2025). Nationale A(N)IOS-enquête gezond en veilig werken 2024. Trots op het werk, niet op de omstandigheden.
- Elias, N. (2001). Het civilisatieproces. *Sociogenetische en psychogenetische onderzoeken*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Externe onderzoekscommissie MST (2009). *En waar was de patiënt...? Rapport over het (dis) functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving*.
- Goudsblom, J. (2001) *Stof waar honger uit ontstond. Over evolutie en sociale processen*. Amsterdam: Meulenhof
- Jones, C. S., Dewing, I.P. (1997) The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls. *Financial Accountability & Management* 13 (3), August: 261-280
- Montfort, van G. (2024). *De integratie van (vrijgevestigde) medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie. Een stapsgewijs proces*. Uitgeverij SWP.
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond. (New) forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2. DOI 10.1093/jpo/jov002
- Oakes, L. S., Townley B. and Cooper, D. J. (1998) 'Business Planning as Pedagogy: Language and Control in a Changing Institutional Field', *Administrative Science Quarterly* 43: 257-92.
- Oorschot, J.A. Van, Jaspers, F.C.A., Schaaf, J.H., Linnebank, F., Oostveen, C.A.G., Braaksma, J.T. (1995) *Professionele autonomie van de medisch specialist*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Schein, E.H. (1992). *Organizational culture and leadership*. Second edition. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Scholten, G.R.M., Van der Grinten, T.E.D. (2002) Integrating medical specialists and hospitals. The growing relevance of collective organisation of medical specialists for Dutch hospital governance. *Health Policy* 62: 131-139
- Windolf, P. (1981). *Berufliche Sozialisation: zur Produktion des beruflichen Habitus*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Witman, Y. (2007). *De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus*. Assen: Van Gorcum.
- Witman, Y. (2010). Het verborgen curriculum, een onderschat fenomeen. *M&O Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 64 (4), p. 21-35.
- Witman Y, Smid GAC, Meurs PL & Willems DL. Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization*. 2011;18:477-95.
- Witman Y. What do we transfer in case discussions? The hidden curriculum in medicine.... *Perspect Med Educ*. 2014;3:113-23.

Governance van zorginnovatie: organiseren in onzekerheid

Dr. Maarten Janssen

“In innovation we constantly encounter the unintended consequences of our best intentions. Over and over again the deeds and works of individual people, woven into the social net, take on an appearance that was not premeditated. Again and again therefore, people stand before the outcome of their actions like the apprentice magician before the spirits he has conjured up and which, once at large, are no longer in his power. They look with astonishment at the convolutions and the formations of the historical flow which they themselves constitute but do not control.”

(Aangepast van Elias 2001:62 in Garud et al., 2015).

Beluister ook onze
podcast met de auteur
van deze bijdrage



Governance van zorginnovatie: organiseren in onzekerheid

Maarten Janssen, programmadirecteur Master of Health Business Administration (MHBA) en docent en leer- en procesbegeleider voor verschillende leergangen en maatwerk bij Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

1. Inleiding

Verwachtingen over de effecten van innovatie op de zorg zijn structureel hoog, zeker in tijden van grote maatschappelijke uitdagingen. Zichtbaar zijn de effecten ook: zo verbeteren nieuwe technologieën onze gezondheid, helpen diagnostische instrumenten ernstige ziekten in een vroeg stadium te ontdekken, zijn behandelingen beschikbaar voor ziekten waarvan lang werd gedacht dat deze ongeneeslijk waren en verbeteren sociale innovaties de zorgverlening voor zowel professionals als cliënten, patiënten of burgers. Dit maakt de verwachtingen over de bijdrage van innovaties aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg structureel hooggespannen. Het verlangen naar baanbrekende innovaties zorgt voor een enorme belofte die met de term 'innovatie' gemoeid is.

Waar het eerder vooral de belofte van eHealth & domotica betrof, gaat het tegenwoordig in het bijzonder over 'Artificial Intelligence' (AI). Hoewel de technologie veranderd is, lijkt er eenzelfde onderliggend idee zichtbaar: vroegtijdige en grote verwachtingen over hoe deze technologie de zorg radicaal gaat veranderen. Vaak worden technologische innovaties gezien als dé oplossing voor de uitdagingen waar de zorg voor staat. Steeds vaker wordt deze roep om innovatie versterkt door te benadrukken dat de zorg als geheel in transitie is. Het zorgsysteem zelf staat zo onder druk dat simpele en enkelvoudige innovaties niet meer volstaan voor het vinden van een antwoord op ontwikkelingen als een toenemende vraag naar zorg; een sterk vergrijzende bevolking en de bijbehorende toename van co-morbiditeit; de toegenomen technologische mogelijkheden en kosten die daarmee gemoeid zijn; en een ernstig knellende arbeidsmarkt. Tezamen versterken deze ontwikkelingen de roep om een transitie of transformatie van de zorg als geheel: een verandering op systeemniveau die daarmee het niveau van individuele innovaties overstijgt (Hekkert et al., 2007). Ook in een transitie staat het belang van innovatie buiten kijf, echter maakt diezelfde transitie ook dat de mogelijkheden om innovatie te organiseren onder druk staan. Middelen als tijd, geld en energie zijn beperkt in tijden van sterke schaarste en met een krappe arbeidsmarkt. Tegelijkertijd wordt er van (een optelsom van) innovaties verwacht dat zij bijdragen aan de transitie in de zorg, oftewel dat innovaties systeem veranderend zijn (Avelino, 2021; Loorbach et al., 2020).

Deze ontwikkelingen leiden tot een fundamentele vraag over het organiseren van innovatie: hoe zorgen we dat innovatieve ideeën die ook daadwerkelijk meerwaarde opleveren, geborgd worden in de zorgpraktijk? Met nieuwe innovaties die dagelijks op de zorg afkomen, met technologische mogelijkheden die komen met nieuwe uitdagingen en met vele professionals die dagelijks werken aan het continue verbeteren van hun werkpraktijk, is het relevant om een antwoord te vinden op de vraag hoe we innovatie zo kunnen organiseren dat het daadwerkelijk bijdraagt aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en wat dat vraagt van direct betrokkenen. Dit is in essentie een governance-vraag die professionals, managers, bestuurders en beleidsmakers in de zorg bezighoudt en mij persoonlijk al fascineert sinds het begin van mijn proefschriftonderzoek naar innovatie (looptijd 2009-2016). Die professionele en persoonlijke fascinatie op dit thema vindt haar oorsprong in wat ik zie als een inherente spanning bij innovatie: de wens om innovatie te organiseren en te sturen terwijl het tegelijkertijd een onzeker proces is. Sterker nog, het is die onzekerheid wat innovatie in potentie systeemdoorbrekend maakt.

Wat is innovatie?

Innovatie, een term met net zoveel definities als onderzoekstradities die zich erover hebben gebogen (e.g. (Hekkert et al., 2007; Schumpeter, 1934; Pijl, 2016). Een vast element in deze definities is dat het 'iets nieuws' betreft, ook al kan de mate van nieuwigheid verschillen. Ook gaat het over 'meer dan een uitvinding'. Pas als er sprake is van een implementatie en/of borging spreekt men van innovatie (Greenhalgh & Stones, 2010; Sørensen & Torfing, 2011). Dit maakt innovatie 'de succesvolle toepassing van iets nieuws'.

Governance van innovatie gaat voor mij over deze inherente paradoxale relatie tussen innovatie en sturing. Binnen - en in toenemende mate tussen - organisaties probeert men innovatie te stimuleren, organiseren en te sturen, terwijl we weten dat innovatieprocessen rommelig, onvoorspelbaar en onzeker kunnen verlopen, en zich vaak voltrekken in een non-lineaire cyclus van activiteiten (Castellaci et al., 2005). Sturing is gewenst om bijvoorbeeld keuzes te maken over op welke innovaties moet worden ingezet, terwijl te strakke sturing diezelfde creatieve innovatieprocessen kan belemmeren. Deze spanning tussen ruimte voor creatieve innovatie en de grip op een onzeker proces leidt tot een governance uitdaging: het organiseren van innovatie terwijl men rekening houdt met het onzekere verloop van innovatieprocessen. Hoewel governance een breed en veelgebruikt concept is (e.g. Rhodes, 2007), focus ik hier op de organisatie- en sturingsvraag in relatie tot zorginnovatie. De kernvraag voor dit hoofdstuk is daarbij: hoe kunnen innovatieprocessen worden geïnitieerd, gemonitord, beïnvloed en bijgestuurd zodat zij bijdragen aan publieke waarden zoals kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. In dit hoofdstuk werk ik dit uit en laat ik zien hoe het momenteel gesteld is met de governance van innovatie in de Nederlandse zorgpraktijk.

Leeswijzer

Om tot een antwoord te komen op de kernvraag introduceer ik in deel 2 een benadering die behulpzaam kan zijn in het omgaan met de geschetste inherente spanning in de governance van innovatie: de 'gesitueerde procesbenadering' (Janssen, 2016). Deze benadering, gebaseerd op kwalitatief onderzoek naar innovatieve zorgpraktijken, laat zien hoe een op processen gestoelde benadering bij kan dragen aan de governance van innovatie op zowel innovatie- als organisatieniveau. Daarnaast geeft het handvatten voor innovatiebeleid in het licht van de transitie in de gehele zorgsector. De gesitueerde procesbenadering is daarmee een alternatief voor wat ik 'de innovatiologica' noem, die - zoals ik laat zien in deel 3 - dominant is in ons denken en handelen op het gebied van zorginnovatie. Op basis van recente ervaringen met vraagstukken rondom innovatie en een secundaire inhoudsanalyse van ≥ 150 analyses van hoe Nederlandse zorgorganisaties innovatie organiseren, beschrijf ik enkele observaties en trends in hoe organisaties omgaan met de governance van innovatie. Gecombineerd met inzichten uit recente internationale literatuur kom ik tot twee ontwikkelingen die nu en in de nabije toekomst relevant zijn als het gaat over de governance van zorginnovatie: (1) meer aandacht voor de darkside/ nadelen van innovatie en (2) een explicitering van de relatie tussen innovatie en brede maatschappelijke vragen. Tezamen leiden deze inzichten tot een conclusie over hoe er 'grip te krijgen is op innovatie' en daarmee over hoe men kan organiseren in onzekerheid. Het hoofdstuk sluit af met enkele praktische aanbevelingen en een slotwoord.

96

2. De gesitueerde procesbenadering

Veel academische kennis over innovatie en de wijze waarop dat op micro-, meso- en macroniveau kan worden georganiseerd, is verzameld in het vakgebied van de *innovatiewetenschappen*. Een vakgebied op het snijvlak van sociologie, economie, technologiestedies en bestuurskunde. Hoewel er binnen dit vakgebied aandacht is voor de sociale kant van innovatieprocessen, wordt het ook bekritiseerd voor het onderwaarden van sociale, contextuele, ethische en institutionele aspecten van innovatie (Hacklin & Wallin, 2013; van Lente et al., 2017). In mijn promotieonderzoek naar innovatieve praktijken in verschillende zorgcontexten (looptijd 2009-2016) maakte ik daarom naast de innovatiewetenschappen gebruik van inzichten uit processtudies (Hernes, 2014); institutionele theorie (Dacin et al., 2002; Scot, 2001) en wetenschaps- en technologiestedies (Czarniawska, 2009; B. R. Martin, 2012b). Mijn promotieonderzoek leerde mij vier dingen over hoe we in de zorg omgaan met innovatie en erover spreken.

Allereerst zag ik hoe innovatie te vaak als synoniem wordt gebruikt voor *technologische* innovatie, en hoe dat vervolgens gepaard gaat met een technologie-optimisme leidend tot enorme verwachtingen over de bijdrage van innovatie. Recente uitspraken van Fleur Agema, de oud-minister van VWS, over de waarde van AI voor de zorg zijn hier een uiting van. Een focus op technologie maakt dat de waarde van sociale innovatie ondergewaardeerd wordt, of dat het enkel als voorwaarde wordt gezien voor het slagen van technologische innovatie. Andere vormen van waardevolle innovatie, waaronder organisatorische, institutionele, gedragsmatige, sociale of

praktische, blijven relatief onderbelicht terwijl er uit deze vormen van innovatie juist veel 'winst' te behalen is. Zo worden er op vele plekken goede resultaten geboekt met professionele innovaties als de introductie van verpleegkundig specialisten, wordt zelfregie op veel plekken in de vvt succesvol ingevoerd en leiden organisatorische innovaties zoals een structurele inspraak voor verpleegkundigen tot mooie resultaten.

Ten tweede zag ik hoe grote beloftes en enorme verwachtingen ervoor zorgen dat innovatie als inherent goed wordt gezien. Innovatie wordt gemaakt tot een panacee voor de grote problemen waar onze samenleving, economieën en zorgsystemen mee te maken hebben (Dixon-Woods et al., 2011; Moors, 2013). Dit terwijl zowel de praktijk als onderzoek laat zien dat er ook nadelen aan innovatie zitten (Coad et al., 2021; Meijer & Thaens, 2021; Weggelaar-Jansen, 2023). Zo is de teleurstelling en verspilling van middelen groot als torenhoge verwachtingen niet worden waargemaakt; als innovatie enkel kostenopdrijvend blijkt te werken en als er direct nadelige gevolgen naar boven komen bij implementatie van innovatie. Zo kan innovatie leiden tot een groeiende kloof in toegang tot technologie en daarmee zorg, zijn er issues rondom duurzaamheid en worden waardevolle innovaties soms verdrongen (Coad et al., 2021).

Ten derde zag ik in innovatiebeleid een sterk geloof in lineariteit en maakbaarheid in zowel de onderbouwing als de uitwerking van beleidsinstrumenten als innovatieprogramma's (Dolphin & Nash, 2012). Lineariteit veronderstelt dat er duidelijke afgebakende fases zijn in een innovatieproces en maakbaarheid gaat ervanuit dat rationele actoren hier sturing aan kunnen geven. Dit leidt o.a. tot programma's om 'best-practices' op te schalen of uit te rollen naar andere contexten, terwijl het werk dat daarvoor nodig is werd onderschat. Gefragmenteerde implementatie was het gevolg, veelal binnen tijdelijke programma's die zelden leidden tot een structurele versterking van het innovatievermogen van een organisatie of sector. De vele subsidies, stimulerings- en innovatieprogramma's, experimenteerruimtes en proeftuinen die zijn ontwikkeld vormen zo tijdelijke vrijplaatsen voor innovatie, zonder blijvende effecten.

Ten vierde en tot slot, leerde ik dat veel innovatieonderzoek naar *succesvolle* innovatie resulteert in lijstjes van succes- en faalfactoren. Vaak gevat in een opsomming van cruciale randvoorwaarden voor innovatie (e.g. Martin, 2012; Smits, 2002). Niet alleen zag ik hoe deze lijstjes vaak abstract bleven en zelfs tegenstrijdigheden bevatten – zo worden tegenovergestelde factoren als doorslaggevend gezien waar men *zowel* flexibiliteit en experimenteerruimte *als* efficiëntie en sturend leiderschap aanbeveelt – maar ook zag ik dat deze studies in de kern vergelijkbaar zijn. Ze gaan alle uit van een onderliggende logica die pretendeert dat er met onderzoek tot een soort 'succesrecept' gekomen kan worden waarin alle factoren, voorwaarden en barrières zijn gevat. Echter, zo'n recept bestaat niet, zo laat de praktijk keer op keer zien¹. Op abstract niveau leren deze studies ons dat het voor innovatie belangrijk is om oog te hebben voor cultuur, leiderschap en financiële middelen (Thakur et al., 2012), maar tegelijkertijd beschrijven ze niet hoe je dat doet in de praktijk.

¹ Mocht iemand het recept wel hebben gevonden: ik houd me aanbevolen om het resultaat te komen 'proeven'.

97

Deze vier constatering tezamen zie ik als een verzameling aannames over innovatie die het begrip van, het denken over, en het handelen in innovatiepraktijken in de zorg domineert en – in mijn ogen – negatief beïnvloedt. Ik noem het ‘de innovatielogica’. Mijn overtuiging is dat we niet veel verder komen in het stimuleren van *waardevolle* innovatie als deze logica leidend blijft. Op basis van kwalitatief onderzoek naar innovatieve praktijken in de zorg ontwikkelde ik een alternatieve benadering: ‘de gesitueerde procesbenadering’. Deze benadering redeneert vanuit een begrip van wat innovaties *zijn*, wat betrokken actoren *doen*, en hoe waarde wordt *gecreëerd* in de praktijk (Janssen, 2016). Centraal in de benadering staan drie kernaspecten die ik nader toelicht: (1) innovatie is een gesitueerd proces; (2) innovatie is inherent normatief en (3) het organiseren van innovatie is een continue activiteit.

2.1 Innovatie is een gesitueerd proces

Een innovatie ontwikkelen en implementeren vergt werk van betrokkenen. Niet eenmalig maar elke keer opnieuw. Ook als bestaande innovaties in een nieuwe praktijk, team, context of organisatie worden geïmplementeerd, moet er opnieuw werk worden verzet (Janssen et al., 2015). Dit werk wordt wel ‘de translatie’ van een innovatie genoemd als tegenhanger van adoptie en diffusie van innovaties (Bijker, 1988; Callon, 1984; Condorelli, 2016; Miller, 2018; Tatnall, 2009, 2011). Translatie beschrijft hoe innovaties aangepast worden voordat en terwijl ze verspreiden, in plaats van te veronderstellen dat de diffusie van innovatie simpelweg het gevolg is van een eenmalig en rationeel besluit tot acceptatie. Translatie beschrijft dat er continu gewerkt wordt aan aanpassingen, dat actoren dit werk verzetten en dat dit werk niet neutraal is. Innovatie bestaat hiermee uit een actief proces van aanpassen, itereren, exploreren en daarbij stug doorzetten. Deze processen maken het definiëren van een duidelijk begin en einde van een innovatieproces dan ook enigszins misleidend.

Tijdens processen van translatie krijgt dat wat wordt gezien als ‘de innovatie’ lokaal betekenis en waarde. Het is niet zo dat impact en effecten van innovatie lokaal worden gevoeld, de aard, werking en waarde van een innovatie wordt in lokale processen van werk gemaakt. In Janssen et al. (2015) laat ik dit zien door te beschrijven hoe innovaties lokaal betekenissen krijgen, en hoe dat verschilt van de notie dat innovatie gaat over de simpele acceptatie van iets nieuws. Innovatie kan daarom lokaal verschillende dingen betekenen voor betrokkenen. Voor sommigen is innovatie vooral een ‘bak extra werk’ terwijl het voor anderen een ontwikkelmogelijkheid of zelfs een directe bedreiging van de beroepsidentiteit kan zijn. Dat laatste laat zich o.a. illustreren door de introductie van de physician assistant – een HR-innovatie. Op de ene afdeling werd de PA gezien als een zegen, terwijl zij elders een directe professionele bedreiging vormen voor de status, de positie en het werk van aio’s. Ook bleek de invoering van een digitale behandeling in de ggz veel meer dan enkel een vormverandering. De gevolgen voor betrokken professionals waren veel groter. Zo vraagt online behandelen om nieuwe vaardigheden, maar had online behandelen ook invloed op de inhoud, organisatie, beleving en context van het werk. Sterker nog, het stelde noties van wat als goede zorg wordt gezien opnieuw ter discussie en greep in op de rolopvatting en het identiteitsniveau van behandelaren.

Innovatieprocessen zijn dus gesitueerd in die zin dat betekenis lokaal wordt bepaald en dus kan verschillen per context. Innovaties zijn ‘ambidextrous’: zij hebben een vaste essentie die bestaat uit de verandering die zij beogen, en tegelijkertijd zijn zij flexibel in hun verschijningsvorm. Omdat betekenisgeving lokaal plaatsheeft, kunnen innovaties niet worden beschouwd als eindproducten die relatief eenvoudig te verplaatsen zijn naar andere contexten. In een innovatieproces wordt het probleem steeds opnieuw geduid, de focus steeds verlegd en wordt er steeds tot nieuwe (deel) oplossingen gekomen. Dit maakt het willen uitrollen of opschalen van ‘best-practices’ op zijn minst problematisch. Het negeert namelijk al het werk dat betrokkenen verzetten om een innovatie geïmplementeerd te krijgen. Men kan leren van andere contexten door op zoek te gaan naar lessen en werkende principes, maar zoals Dylan Wiliam – een vooraanstaande pedagoog – het al eens formuleerde: “alles werkt wel ergens en soms, en niets werkt altijd en overal.” Innovaties vragen daarom steeds opnieuw om actief te vertaald naar nieuwe contexten.

Kortom, innovatieprocessen zijn gesitueerd omdat wat er in een innovatieproces gebeurt, hoe het gebeurt, waarom het gebeurt, wie ervoor zorgt dat het gebeurt en tot waar het toe leidt, altijd afhankelijk is van waar, wanneer en onder welke omstandigheden het gebeurt (Janssen et al., 2015).

2.2 Innovatie is inherent normatief

In lokale werkprocessen worden niet alleen innovaties, maar ook hun waarde door betrokkenen geconstrueerd. De waarde – vaak uitgelegd in termen van de consequenties die toepassing van de innovatie heeft voor patiënten, cliënten en professionals – is namelijk geen onveranderlijk gegeven (Janssen et al., 2015). Dit is een fundamenteel principe en gaat verder dan het belang van ethische vragen die men kan stellen bij de wenselijkheid van een innovatie (Lente, 2010; Van den Hoven, 2013, 2014; van Lente et al., 2013, 2017). Het gaat namelijk niet over de vraag of een innovatie wenselijk is vanuit een ethische beoordeling van diens implicaties en waarden trade-offs die het tot gevolg heeft, (Van den Hoven, 2013), maar over het inherente normatieve aspect van de innovatie zelf. Daarmee doel ik op het feit dat een innovatie een oordeel over de huidige praktijk in zich heeft. Innovatie gaat over het nieuwe en daarmee over wat er anders en beter kan. Impliciet communiceert een innovatie daarmee dat de huidige praktijk niet (meer) voldoet. Sterker nog, de legitimatie voor zorginnovatie is daarmee gegrond in ideeën over hoe ‘het ook kan of zelfs moet zijn’ en daarmee over hoe goede zorg eruitziet. De waarde van een innovatie is dus niet gelegen in het feit dat innovatie nieuw is, maar in dat het daarmee een waardeoordeel uitspreekt over het verschil met het bestaande. Innovatie is dus normatief in zichzelf.

De positieve connotatie met ‘innovatie’ en de beloftes die er vaak mee gepaard gaan, hebben het risico in zich dat ze juist het lokale proces van waardecreatie verwaarlozen. Een innovatie *is* niet waardevol maar wordt waardevol *gemaakt*. Op basis van een dialoog – of conflict – over ideeën van hoe goede zorg eruitziet tussen hen die geraakt zijn door een innovatie, kan worden bepaald wat goed is, en op welke manier het goed is. In de zorg speelt hierbij een maatschappelijk belang een grote

rol. Hoewel *het* maatschappelijk belang niet bestaat, moeten ook maatschappelijke effecten onderdeel zijn van het proces van waardecreatie.

Omdat innovatie veranderingen teweeg kan brengen in structuren, machtsverhoudingen, waarden en werkwijzen is reflectie op de overall wenselijkheid van een innovatie zonder deze brede effecten niet compleet. Het gebruik van een nieuwe innovatieve diagnostische test bijvoorbeeld, heeft bredere gevolgen dan enkel voor de patiënt bij wie deze test wordt afgenomen. Nieuwe ethische en sociale vraagstukken over de toegankelijkheid van zorg en bijvoorbeeld de psychologische impact van vroegtijdige diagnoses gaan met deze innovatie gepaard.

Kortom, innovatie is inherent normatief omdat het impliciete oordelen over de huidige praktijk bevat, de waarde van de innovatie wordt bepaald in een innovatieproces en omdat de wenselijkheid van de gevolgen of implicaties breed kan worden bediscussieerd (Janssen, 2016). De waarde van een innovatie wordt daarmee in lokale processen van continu werk en reflectie gemaakt.

2.3 Het organiseren van innovatie is een continue activiteit

Een derde kernaspect van de ‘gesitueerde procesbenadering’ stelt dat governance van innovatie gaat over *het goede* continu proberen *goed* te doen. Lijsten met succes- en faalfactoren voor innovatie krijgen pas waarde als er een handelingsperspectief is, omdat enkel kennis van factoren weinig zegt over *hoe* je daar wel, of juist niet, mee om kan gaan in de praktijk. Het goede steeds proberen goed te doen kan alleen met een continu proces van organiseren, reflecteren en leren, zowel op niveau van een specifiek innovatieproces als op het niveau van het innovatievermogen van een organisatie. Dit maakt de governance van innovatie tot een continue activiteit op verschillende niveaus.

Op het niveau van een specifiek innovatieproces is continue aandacht voor het (bij)sturen van het proces wenselijk. Continue aandacht is noodzakelijk omdat innovatieprocessen zelden volgens een vaststaand stappenplan of vaste fase verlopen en vaak geen duidelijk begin- en eindpunt hebben.

Governance wordt zo adaptief omdat het lopende innovatieprocessen modelleert en gaandeweg bijstuurt in plaats van controleert op de realisatie van vooraf bedachte doelen. Door te doen leert men wat werkt, ook voor de wijze van organiseren. Reflectie en een lerende houding helpen te onderzoeken welke passende interventies er zijn. Wenselijke en gedragen uitkomsten komen tot stand als men in een innovatieproces datzelfde innovatieproces bespreekbaar maakt en dus werkt volgens een vorm van adaptieve verantwoording. Dit kan men doen door belanghebbenden te informeren en actief te betrekken, door het benodigde werk te faciliteren en door te reflecteren op de gekozen aanpak. Het vermogen om te kunnen leren van reflectieve gesprekken is daarmee een cruciale vaardigheid en zelfs voorwaarde voor succesvolle en waardevolle innovatie. De governance van innovatie vraagt niet om eenmalige structuurinterventies, maar om een continu reflectief (leer)proces. Dit maakt het zowel tot een bescheiden als tot een ambitieuze activiteit. Bescheiden vanwege de

beperkte sturingsmogelijkheden, en ambitieus in de overtuiging dat het mogelijk is om complexe innovatieprocessen te beïnvloeden in een complexe omgeving als de gezondheidszorg (Rip & Joly, 2012; Sabel & Zeitlin, 2012).

Op het niveau van een organisatie gaat de governance van innovatie om het vermogen om innovatieprocessen *herhaaldelijk* zodanig in te richten dat er steeds weer ruimte is voor reflectie, leren en bijsturen. Innovatievermogen gaat over een handelingsperspectief, over een focus op de vaardigheden die nodig zijn om op individueel- en organisatieniveau herhaaldelijk te kunnen werken aan innovatie. Zonder elke keer helemaal opnieuw te beginnen, dien je wel elke keer ruimte te bieden aan het gesitueerde proces van leren². Conditie en randvoorwaarden moeten in orde zijn, maar goede governance van innovatie gaat over het handelen in concrete innovatieprocessen.

Samenvatting van de gesitueerde procesbenadering

Ik heb beschreven hoe de governance van innovatie volgens de gesitueerde procesbenadering gaat over het continu faciliteren van een inherent onzeker proces. Dit is een activiteit en een vaardigheid. Een geloof in een probleemloze aard van innovatie, een reductie naar succesfactoren en een soepele implementatie als gevolg daarvan is niet alleen onjuist, maar draagt niet bij aan succesvol innovatiemanagement in de zorgpraktijk. Ter samenvatting van dit deel heb ik in onderstaande tabel de belangrijkste eigenschappen van innovatie en de governance daarvan volgens de gesitueerde procesbenadering samengebracht (Janssen et al., 2015).

#	Innovatie is...	Governance van innovatie gaat over het...
1	... een gesitueerd proces	...continu faciliteren in onzekerheid: bijsturen i.p.v. sturen
2	...per definitie normatief	...continue reflectie op inhoud, waarde en proces
3	...iets dat lokaal betekenis en waarde krijgt	...een cruciaal lerend vermogen van betrokkene
4	...‘ambidextrous’ van aard	...werken aan het innovatievermogen v/d organisatie

Tabel 1: Inzichten over innovatie en de governance van innovatie vanuit de ‘gesitueerde procesbenadering’

2 Literatuur over ‘innovation capacity’ (Prajogo & Ahmed, 2006); ‘interne innovatiesystemen’ (Martin & Mate, 2018) en ‘innovation readiness’ (Van den Hoed & Daniëls, 2024) biedt aanknopingspunten om te zorgen dat innovatie goed is belegd en georganiseerd in termen van structuur, afspraken en randvoorwaarden. Tezamen geven deze concepten inzicht in zowel de bovenstroom – denk aan zaken als een herkenbaar en afgebakend proces; heldere verantwoordelijkheidsverdeling; een proces om prioriteiten te bepalen en beslissingen te nemen; een gefaciliteerde experimenteerterruimte – als in de onderstroom – denk aan een gedeeld idee over het belang van innovatie; een innovatiestrategie, passend leiderschap en een innovatieve cultuur (Stam, 2019; M. W. van den Hoed et al., 2022).

3. De governance van innovatie in de zorgpraktijk

In de afgelopen tien jaar was ik op verschillende manieren betrokken bij vraagstukken rondom innovatie in zorg- en welzijnsorganisaties. Als docent innovatiemanagement, als begeleider in leer- en ontwikkelprogramma's, als gespreksleider en facilitator in strategiesessies over innovaties en in interviews met professionals, (midden-)managers, netwerkers en bestuurders. Vanuit deze rollen zie ik dat vaak dezelfde vragen worden gesteld over innovatie. Veelal luidt de kernvraag: hoe organiseer je innovatie? En specifieker: hoe maak je tijd en ruimte voor innovatie in een sector die onder hoge druk staat en in organisaties die worstelen met zaken als een hoog ziekteverzuim, stijgende werkdruk en beperkte investeringsruimte? Het gaat immers 'te slecht om niets te doen, maar te goed om alles te veranderen', is een veelgehoorde uitspraak. Hoewel men de noodzaak om te innoveren voelt, worstelt men met de vertaling naar de zorgpraktijk. De afgelopen jaren heb ik met veel mensen gesproken over deze uitdagingen. Altijd vanuit een rol waarin ik hen uitdaagde te reflecteren op de wijze van het organiseren van innovatie.

Aangevuld met uitkomsten van een analyse van beschrijvingen van het innovatiemanagement in Nederlandse zorginstellingen, gebruik ik de opgedane inzichten om hier enkele opvallende zaken uit te werken. Voor de analyse gebruikte ik meer dan 150 opdrachten van deelnemers aan de MHBA-opleiding van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur waarin zij het innovatiemanagement van hun organisatie beschrijven³. Een zogeheten secundaire inhoudsanalyse – d.w.z. een gerichte inhoudelijke analyse van bestaande bronnen die met een ander doel zijn opgesteld en verzameld – leverde verschillende verdiepende inzichten op over de huidige praktijk van de governance van innovatie. Met de hiervoor beschreven gesitueerde procesbenadering (Janssen, 2016) als analysekader bespreek ik hier de inzichten op geaggregeerd niveau en daarmee anoniem en niet herleidbaar naar individuele organisaties of personen. Het maakt duidelijk hoe innovatie wordt georganiseerd en aangestuurd in de Nederlandse zorgpraktijk.

3.1 Observaties over innovatiemanagement in de zorgpraktijk

De secundaire inhoudsanalyse laat drie opvallende zaken zien. Wat als eerste opvalt, is dat het geloof in de eerdergenoemde innovatielogica onveranderd sterk is gebleven. De behoefte om innovatie te sturen, de gebrekkige ondersteuning voor de processen die daarvoor nodig zijn en de grote waarde die wordt gehecht aan de maakbaarheid van innovatie met bijbehorend gefaseerd en lineair innovatieproces is opvallend groot en stabiel over de jaren. Innovatie wordt anno 2025 nog altijd en veelvuldig benaderd alsof het maakbaar is.

³ Deelnemers van de tweejarige Master of Health Business Administration, allen werkzaam in hoger middenmanagementposities in Nederlandse zorg- en welzijnsinstellingen, beschrijven in deze opdracht hoe de governance van innovatie in hun eigen organisatie is vormgegeven. Hiertoe beantwoorden zij vragen over hun visie op innovatie en hoe deze al dan niet aansluit bij de wijze waarop innovatie in hun organisatie wordt georganiseerd en aangestuurd. Ook doen zij daarin aanbevelingen voor verbetering.

Ten tweede valt op dat veel organisaties in de uitwerking van hun strategie niet ingaan op het belang van innovatie daarin. Organisaties hebben lang niet altijd een expliciete visie op (het belang van) innovatie en hebben die zelden uitgewerkt in een separate innovatiestrategie. Dit draagt het risico in zich dat innovatie – als men eraan doet – een ongerichte activiteit wordt, met veel uiteenlopende projecten in een eclectisch portfolio zonder helder beeld van hoe innovatie noodzakelijk en/of wenselijk is voor de organisatie en/of het realiseren van hogere (maatschappelijke) doelen. Innovatie kan zo een doel op zich worden in plaats van een middel om die doelen te realiseren. Innovatie verliest als het losgezongen is van het hogere doel van waardecreatie – voor zowel de organisatie als de zorg als maatschappelijke sector – haar waarde. Ook kan het ontbreken van een innovatiestrategie het draagvlak voor innovatie ondermijnen. Voor je het weet wordt innovatie 'iets van de innovatie-afdeling' en is die afdeling de plek waar je de nieuwste technologie kan uitproberen. Of erger nog, waar de nieuwe technologische gadgets ongebruikt in de kast staan en waar eindgebruikers niet of nauwelijks komen of van weten. Een uitwerking van een innovatiestrategie is juist een goede plaats om te reflecteren op de waardecreatie door innovatie en daarmee op de hogere doelen die men ermee nastreeft.

Ten derde valt op dat als het belang van innovatie is ingedaald, dit lang niet altijd wordt doorvertaald naar de organisatie. Zij die het werk moeten doen, worden niet altijd gesteund of voldoende in staat gesteld om de taak op gebied van innovatie goed te vervullen. Vaak ligt er een sterke nadruk op 'de voorkant' van een innovatieproces. Het ophalen van ideeën bij medewerkers voor innovatie krijgt meer aandacht dan de implementatie, borging en het onderhoud van diezelfde innovatie. Een innovatieproces wordt daarmee versmald tot een ideeëngeneratie en niet gezien als een proces waarin ook doorontwikkeling en implementatie een plek krijgen. Men ervaart daarnaast niet altijd ruimte om fouten te maken en ziet veelal een sterke focus op het nieuwe, en niet op de afbraak van datgene wat de innovatie moet vervangen. Wat hierin niet helpt is dat de financiële middelen om te investeren in innovatie vaak beperkt zijn in de zorg. Hierdoor is innovatie in veel instellingen afhankelijk van tijdelijke subsidies en is structurele financiering de belangrijkste bottleneck en reden waarom innovatieprojecten vroegtijdig worden beëindigd en nieuwe werkwijzen niet beklijven (Allers, 2024). Dit alles maakt dat innovatie lang niet altijd als inherent onderdeel van het 'gewone' werk van professionals wordt of kan worden gezien.

Tezamen laten deze drie observaties zien dat er nog altijd een sterk geloof is in de eerdergenoemde innovatielogica en dat die ook nu nog leidt tot een grote behoefte om innovatie te sturen en tot een gebrekkige ondersteuning en facilitering van innovatieprocessen in zorgorganisaties. Dit maakt ook dat de governance vraag – die de basis vormde voor mijn promotieonderzoek (Janssen, 2016) – nog altijd relevant is. In zichzelf leidt dit tot een interessante paradox: wordt er wel geleerd van (onderzoek naar) innovatie? Leren is een belangrijk aspect van de gesitueerde procesbenadering, maar dat is misschien wel het meest lastig in de praktijk waarin innovatie wordt georganiseerd. Ook roept het bij mij een vraag op over mijn rol in innovatievraagstukken. We hebben onderzoek nodig om tot kennis te komen, maar deze analyse laat misschien ook wel zien dat het meer (innovatie?) vraagt om deze kennis toegankelijk en waardevol te maken voor de zorgpraktijk.

Nu kunnen deze drie observaties tot een sombere conclusie over de staat van het innovatievermogen van zorgorganisaties leiden. Is dat terecht? Is het allemaal negatief als we kijken naar de stand van zaken? Nee, zou ik zeggen. Ik zie namelijk ook een toenemende professionalisering van de organisatie van innovatie. In de wijze waarop zorgorganisaties innovatie organiseren zie ik vier ontwikkelingen die men als vorm van deze professionalisering kan zien en die – gezien vanuit de gesitueerde procesbenadering – hoopvol te noemen zijn. Allereerst maakt een herwaardering van het belang van innovatie dat innovatie steeds vaker in samenwerking wordt aangevlogen. Vraagstukken zijn te groot om alleen op te lossen, ze overstijgen steeds vaker het organisatiebelang. Innovatievraagstukken worden zo steeds vaker een samenwerkingsvraagstuk. Ik zie een toenemend aantal samenwerkingen ontstaan die invulling proberen te geven aan concrete innovatieve ontwikkelingen. Ten tweede zie ik hoe vanuit een frustratie over pilots die geen blijvend effect sorteren een toenemende aandacht voor borging ontstaat, in eerdere fases van een innovatie-experiment. Het besef lijkt in te dalen dat structurele inbedding van een innovatie na de pilot, al tijdens de pilot aandacht vraagt. Zo is het bij ZonMw-onderzoeksprojecten een eis dat gebruikers - meestal zorgvragers of professionals - betrokken zijn bij het gehele innovatieproces, van ideevorming tot implementatie en evaluatie. Ten derde lijkt er een groeiende aandacht voor het belang van sociale innovatie te zijn. Niet als voorwaarde voor technologische innovatie, maar als waardevolle vorm van innovatie in zichzelf. Bovendien is het streven naar een innovatievriendelijke cultuur een vorm van sociale innovatie in zichzelf. Ten vierde en tot slot zie ik een groeiende structurele aandacht voor innovatie. Steeds vaker zie ik organisaties die innovatie een plek hebben gegeven, aangeduid met termen als een innovatieafdeling, -team, -figuur of hub. Een plek waar toegewijde professionals werken aan (het organiseren van) innovatie. Nu gaat het er natuurlijk vooral om hoe deze plaatsen voor innovatie werken, maar het is symbolisch voor de meer structurele aandacht die er is voor innovatie in zorgorganisaties.

Naast de drie observaties en vier vormen van professionalisering zie ik twee ontwikkelingen in het denken over innovatie over de tijd die ik hier graag uitlicht. Ik zie een groeiende aandacht voor de nadelen van innovatie (ook wel ‘the dark side’ genoemd) en voor de relatie tussen innovatie en bredere maatschappelijke opgaven. Beide worden in de zorgpraktijk echter wel verschillend opgepakt; ik licht dat hier voor beide ontwikkelingen toe.

3.2 The Dark Side van innovatie

Innovatie heeft voor velen een positieve connotatie terwijl het niet een inherent positieve term is. Eerder beschreef ik al dat de negatieve aspecten van innovatie eenvoudig worden onderschat en pleitte ik voor meer aandacht voor het normatieve element van innovatie (Janssen, 2016). Innovatie is normatief, en daarmee niet per definitie goed en waardevol. Innovatie heeft ook een meer donkere kant. Nu kan men natuurlijk teleurgesteld zijn als een innovatieve ontwikkeling de initiële belofte niet waarmaakt – ook wel beschreven in termen van bedoelde en onbedoelde of verwachte en onverwachte effecten (Weiss, 1998) - maar hier bedoel ik het fundamenteeler. Een

succesvolle innovatie maakt nog geen waardevolle innovatie (Dixon-Woods et al., 2011; Janssen et al., 2015).

In de praktijk lopen betrokkenen bij innovatie tegen uiteenlopende nadelen aan: zo is bekend dat innovaties de kosten van zorgverlening kunnen verhogen, kan inzet van innovatie leiden tot een onwenselijke medicalisering van welzijn en gezondheid of onpersoonlijkere zorg, leidt innovatie vaak tot extra drukte en niet altijd tot meer werkplezier, kunnen oncontroleerbare dynamieken leiden tot negatieve uitkomsten en worden er op zijn minst veel energie, tijd en middelen verspild met niet waardevolle innovaties (Coad et al., 2021; Essén & Lindblad, 2013; Meijer & Thaens, 2021). Tegelijkertijd zijn er innovaties met twijfelachtige waarde die zich juist snel lijken te verspreiden (Dixon-Woods et al., 2011). Zo weten we dat innovaties op kleine schaal positief kunnen zijn terwijl diezelfde innovaties op macroniveau maatschappelijke, ecologische en economische schade kunnen veroorzaken. Dit is bijvoorbeeld waarneembaar in de zin dat de zorgkloof – uitgelegd als een ongelijke toegang tot zorg - door technologische innovatie kan worden vergroot omdat niet ieder individu of groep dezelfde toegang heeft tot deze nieuwe mogelijkheden (de Bakker et al., 2025). Terwijl voor een individu diezelfde technologische innovatie van waarde kan zijn. Zo kan de inzet van AI de (arbeids)productiviteit vergroten maar ontstaan er nieuwe zorgen op gebied van bijvoorbeeld duurzaamheid, privacy en nieuwe machtsconcentraties. Veelal worden deze gevolgen niet gelijk verdeeld, zowel nationaal als internationaal (Meijer & Thaens, 2021)⁴. Ook zijn er in de zorg voorbeelden te over van nieuwe behandelingen die snel door het veld worden opgenomen maar waarvan later blijkt dat deze niet voldoende meerwaarde opleveren (Dixon-Woods et al., 2011). Waar het hier om gaat is dat dit illustreert dat succes en waarde van een innovatie niet hetzelfde is. Er zullen altijd bedoelde en onbedoelde of onverwachte effecten van innovatie zijn (Weiss, 1998) maar we zien ook dat innovaties met (overwegend) negatieve gevolgen voor betrokkenen uitermate succesvol kunnen zijn in termen van de wijdverspreide toepassing, terwijl het ook nog andersom voorkomt.

In mijn proefschrift pleitte ik om deze reden al voor een meer genuanceerde discussie over de waarde en normatieve aspecten van innovatie (Janssen, 2016). Nu valt mij op dat – wellicht mede ingegeven door de grote maatschappelijke uitdagingen waar de zorg momenteel voor staat – er over de jaren meer aandacht voor dit aspect komt. Ondanks dat innovatie in het publieke en politieke discours nog altijd vaak wordt gezien als *de motor van vooruitgang* zeg ik als ware optimist dat ik een verschuiving waarneem van optimisme naar meer hoop en realisme. Het besef daalt in dat innovatie ook verantwoordelijk is voor talrijke negatieve trends en dat nadelige gevolgen ongelijk zijn verdeeld (Coad et al., 2021). De hoop zit in het feit dat er bijvoorbeeld ook in de wetenschap tegenwoordig meer wordt gepleit voor een genuanceerd perspectief op innovatie, dat zowel de voordelen als de nadelen in overweging neemt (Coad et al., 2021; Essén & Lindblad, 2013; Meijer & Thaens, 2021).

4 In (Meijer & Thaens, 2021) identificeren de auteurs 10 perverse effecten van innovatie: ongewenste verstoring; illegale praktijken; corruptie; verspilling; afwezigheid democratische controle; schade aan lokale initiatieven; ongewenste verstoring machtsverhoudingen; ongewenste uitkomsten; technocratische dominantie en onvoorziene veiligheidsrisico's.

Los van de directe negatieve gevolgen is het ook nog zo dat de inherente onzekerheid in innovatieprocessen ervoor zorgt dat we gewoonweg niet weten wat de langetermijneffecten zijn voor volksgezondheid, milieu en economie. Deze onzekerheid maakt het mijns inziens nog belangrijker om vragen te stellen bij de wenselijkheid van innovatie. De oproep van Coad et al. (2021) om innovatie niet standaard als ‘kracht voor het goede te zien’ lees ik dan ook als een aanvulling op mijn eerdere oproep om het normatieve karakter van innovatie serieus te nemen (Janssen, 2016). Er is meer actie nodig op dit onderwerp. In de praktijk, door dit onderwerp van gesprek te maken met betrokkenen. En in de wetenschap, door onderzoek te doen naar morele acceptatie van innovaties, incl. de onbedoelde effecten en de ‘dark side’. Men kan hierbij aansluiten bij de concepten van Responsible Research and Innovation (Burget et al., 2017) en gedeeld leiderschap in de zorg (Van der Scheer, 2023) die beiden pleiten voor een meer democratische en responsieve vorm van governance met een scala aan stakeholders in een actieve rol. Deze beweging om (eind)gebruikers een substantiële rol te geven is van belang om de balans tussen de voor- en nadelen van innovatie helderder te hebben en om de verdeling van opbrengsten en schade eerlijker te maken. Met het uiteindelijke doel om innovatie beter en blijvend te laten bijdragen aan de maatschappelijke opdracht van de zorgsector.

3.3 Innovatie in relatie tot maatschappelijke vraagstukken

Steeds vaker observeer ik dat innovatie wordt besproken in het licht van een maatschappelijke noodzaak tot een transitie van de zorg als geheel. De zorg staat onder druk door o.a. oplopende kosten, dubbele vergrijzing, co-morbiditeit en stijgende kosten van nieuwe behandelingen en technologische mogelijkheden. Dit leidt ertoe dat er in het denken over oplossingen wordt verbreed van het niveau van (technologische) innovatie naar het niveau van het zorgsysteem (Loorbach, 2007; RVS, 2022). Een transitie van het zorgsysteem wordt noodzakelijk geacht om de sector toekomstbestendig te maken. De huidige situatie vraagt niet alleen om innovaties, maar om dat deze innovaties leiden tot het herzien van bestaande structuren, culturen en systemen. Deze beweging wordt verschillend beschreven met uiteenlopende concepten als systeeminnovatie, transitie en transformatie⁵. Wat hier van belang is, is dat ze alle worden gebruikt om te wijzen op een noodzaak tot structurele verandering van de zorg als geheel en dat er daarvoor innovaties noodzakelijk zijn. Vanuit deze link tussen innovatie en de maatschappelijke vragen in de sector vallen in de praktijk een tweetal zaken op.

Allereerst: de noodzaak om te innoveren wordt gevoeld, gevoed door de druk die volgt uit maatschappelijke ontwikkelingen en de wens voor een transitie.

⁵ In de theorie worden de concepten ‘innovatie’, ‘transitie’ en ‘transformatie’ verschillend gebruikt, vooral in beschrijving van het effect dat ze sorteren. Waar *innovatie* gaat over implementatie van nieuwigheden zoals technologie of processen in een bestaand systeem, beschrijft *transitie* een overgang van het ene naar het andere systeem en *transformatie* een fundamentele en duurzame verandering van een sector of systeem als geheel. Transformatie betreft daar ook onderliggende waarden, structuren, culturen, werkwijzen en instituties bij. Weggelaar-Jansen (2023) ziet deze concepten als opvolgend door te stellen dat opgetelde innovaties het proces van transitie beschrijven om tot transformatie te komen; innovatie als motor voor transitie dus. In de veranderkunde worden deze drie vormen vaak aangeduid als 1^e, 2^e en 3^e orde veranderingen (de Witte & Jonker, 2019)

Hoewel innovatie voor organisaties om verschillende redenen interessant kan zijn, wordt vaker dan voorheen het belang van innovatie uitgelegd op basis van verwijzingen naar de druk waar de sector onder staat. Het valt echter op dat het niet vanzelfsprekend maakt dat dit wordt vertaald naar een concrete innovatiestrategie in bestaande zorgorganisaties. Nu is het zo dat weinig organisaties een expliciete innovatiestrategie hebben die is gekoppeld aan de strategie van de organisatie, nog zeldzamer is het echter dat daarin expliciet wordt ingegaan op het maatschappelijk effect van die innovatiestrategie. Innovatie wordt, zo lijkt het, nog altijd veel gezien als middel voor de organisatie om relevant te blijven gegeven de maatschappelijke ontwikkelingen en vragen. De richting in de redenering is zelden andersom, in die zin dat wordt geëxpliciteerd hoe de innovatiestrategie zich vertaalt in maatschappelijk wenselijke uitkomsten.

Ten tweede valt op dat betrokkenen vaak frustratie uiten als zij zien dat goede oplossingen en voorbeelden van innovatie niet succesvol worden overgenomen door anderen in de sector. Ondanks de grote externe druk hoor je vaak: “*we zijn steeds overal het wiel opnieuw aan het uitvinden*”. Hoewel die frustratie begrijpelijk is vanuit het gewenste maatschappelijke effect van innovatie, pleitte ik in de gesitueerde procesbenadering juist voor ruimte voor lokale processen van betekenisgeving met en voor professionals. Leren van anderen op basis van werkende principes en geleerde lessen vraagt juist om oog te hebben voor dat lokale proces. In de praktijk constateer ik echter nog altijd een grote behoefte aan afgebakende antwoorden en kant-en-klare oplossingen. Schaalbaarheid betekent volgens de gesitueerde procesbenadering dat principes en lessen moeten worden vertaald naar een nieuwe context, niet dat innovatieve technologieën of oplossingen zomaar kunnen worden overgenomen. De les dat lokale processen van betekenisgeving nodig zijn, lijkt nog niet geland. Dit heeft tot gevolg dat men nog altijd zoekt naar afgebakende antwoorden en kant-en-klare oplossingen in plaats van dat men het werk dat hiervoor nodig is faciliteert. Om tot structurele verandering te komen is ook structurele aandacht voor innovatie nodig, oftewel er moet sprake zijn van een innovatiecultuur.

Deze twee observaties tezamen zijn uitingen van wat ik zie als een latente en hernieuwde behoefte aan taal en concepten die de relatie tussen innovatie en bredere maatschappelijke vragen, belangen en doelstellingen kunnen duiden, en beter helpen te begrijpen (Robinson et al., 2024). Als tegenhanger van de beroemde theorie van ‘the diffusion of innovations’ van Everett Rogers (1931-2004), krijgt het aloude concept van ‘translatie’ opnieuw aandacht (Tatnall, 2009, 2011). Volgens Robinson et al. (2024) kunnen we in de context van maatschappelijke opgaven echter nog beter spreken over ‘generalisatie’ omdat dat de systemische complexiteit van transitievraagstukken het best omvat (Miller, 2018; Robinson et al., 2024). Voor dit hoofdstuk is het niet van belang om de heilige graal voor de conceptualisatie van maatschappelijk relevante innovatie te vinden. Wat wel van belang is, is dat beide

een verschuiving weergeven in het denken over innovatie: het kan niet meer worden gezien los van de systemische betekenis daarvan⁶.

Oog hebben voor de systemische betekenis van innovatie is niet eenvoudig en vraagt veel van bestaande zorgorganisaties. Het landschap in de zorg verandert, organisatievormen verschuiven van individuele organisaties naar netwerken en nieuwe spelers treden toe. Innovatievragen worden steeds vaker samenwerkingsvragen, terwijl onze kennis over het innovatievermogen van netwerken beperkt is. Dit maakt het op zijn minst een uitdaging voor professionals, managers en andere betrokkenen om de kennis en vaardigheden op te doen om met de toenemende complexiteit van innovatie om te gaan. Het risico bestaat dat men als reactie hierop weer in zichzelf gekeerd raakt in plaats van dat men investeert in het ontwikkelen van nieuwe en wezenlijk andere vaardigheden om in netwerkverbanden aan innovatie te werken. Nu zijn er in het land vele initiatieven die proberen juist dit vorm te geven. Het concept van 'samenvaardigheden' (Van der Scheer, 2023) kan behulpzaam zijn om in steeds pluriformere netwerken - met nieuwe spelers als private organisaties, ondernemers, investeerders en durfkapitalisten (Wallenburg, 2024) - hieraan te werken. Een lerende aanpak is en blijft ook hierin cruciaal om dit nieuwe spel op een goede manier te spelen, over de grenzen van de eigen organisatie heen.

Samenvattend; in dit deel van het hoofdstuk heb ik laten zien dat innovatie belangrijk is voor grotere maatschappelijke uitdagingen en dat er een lerende aanpak gericht op nieuwe vaardigheden nodig is om daar succesvol vorm aan te geven. Op die manier kunnen we zorgen dat we een balans vinden tussen de bedoelde en onbedoeld en tussen de verwachte en onverwachte effecten en daarmee van de voor- en nadelen van innovatie. Zo kunnen we ervoor zorgen dat waardevolle innovatieve oplossingen ook breed worden gedragen. De gesitueerde procesbenadering, de inzichten uit recentere literatuur en de beschrijving van de huidige praktijk zoals in dit hoofdstuk beschreven, kunnen hopelijk de start vormen van een nieuwe aanpak voor de governance van innovatie waarbij transformatieve verandering door middel van innovatie en maatschappelijke vooruitgang hand in hand gaan. De belangrijkste inzichten uit dit deel van dit hoofdstuk over de governance van zorginnovatie in de zorgpraktijk heb ik in onderstaande tabel samengevat.

6 Robinson et al. (2024) definiëren acht maatschappelijke factoren van deze systemische betekenis van innovatie: diversiteit van typen innovatie; actieve betrokkenheid van eindgebruikers; continue lokale aanpassingen; uiteenlopende snelheden van generalisatie; ethische acceptatie; de uitfasering van niet-waardevolle of schadelijke innovaties; en de nodige gelaagdheid tussen praktijk, sector en systeem.

#	Observaties	Professionalisering	Ontwikkelingen
1	Sterk geloof in maakbaarheid	Samenwerking	The dark side' van innovatie
2	Gebrekkige link met de organisatiestrategie	Borging	Link innovatie en maats. opgaven
3	Focus op voorkant van het innovatieproces	Sociale innovatie	
4	Innovatie vaak een doel i.p.v. middel	Structurele aandacht	
5	(Financiële) middelen beperkt beschikbaar		
6	Gebrekkige facilitering van een leerproces		

Tabel 2: Observaties en trends uit de secundaire inhoudsanalyse van de verwerkingsopdrachten

4. De governance van innovatie in de zorgpraktijk – en nu?

“We say ‘The wind is blowing’, as if the wind were actually a thing at rest which, at a given point in time, begins to move and blow. We speak as if the wind were separate from its blowing, as if a wind could exist which did not blow.”

(Elias 1978: 112)

In dit vierde en laatste deel van dit hoofdstuk trek ik enkele conclusies over de governance van innovatie in de zorg en ga ik in op hoe de inzichten zich vertalen naar de praktijk. Hoe kan de governance van innovatie eruitzien en wat kunnen betrokkenen er actief mee in hun dagelijks werk? Na enkele slotopmerkingen over de gesitueerde procesbenadering beantwoord ik deze vragen door in te gaan op enkele principes en praktische aanbevelingen. Ik sluit het hoofdstuk af met een slotoverweging.

Het citaat aan het begin van dit deel vormt een perfecte beschrijving voor de wijze waarop in dit hoofdstuk innovatie wordt geconceptualiseerd: innovatie kan men niet los zien van het innovatieproces. Vanuit de ‘gesitueerde procesbenadering’ heb ik laten zien hoe de governance van innovatie draait om het beïnvloeden van een dynamisch proces met voortdurende actie en reflectie. De gesitueerde procesbenadering erkent de paradoxale relatie tussen governance en innovatie, zonder deze te reduceren tot een van beide extremen. Het bevindt zich in het midden van een continuüm met aan de ene kant onvoorspelbare innovatieprocessen met ultieme vrijheid of faciliterend management op afstand en aan de andere kant voorspelbare innovatieprocessen met doelgericht en top-down sturend management (Essén & Lindblad, 2013). Ik pretendeer hier overigens niet dat de gesitueerde procesbenadering *de enige juiste* invulling is van de governance van innovatie in het licht van het onvoorspelbare proces van de maatschappelijke transitie. Wel stel ik dat het juist vanwege de

onvoorspelbaarheid een waardevolle en aanvullende benadering kan zijn. Ondanks dat transities gepaard gaan met grote onzekerheid, weten we dat maatschappelijk relevante innovaties, en de wijze waarop we innovatieprocessen organiseren, een rol gaan spelen in het gaandeweg vormgeven van die transitie (Weggelaar-Jansen, 2023).

De governance van zorginnovatie – enkele principes

De gesitueerde procesbenadering pleit voor een losse manier van sturen die recht doet aan het onzekere en onvoorspelbare karakter van innovatieprocessen. In een metafoor is dit te vergelijken met een ritje op een mountainbike, in het bos, heuvelaf. Hoe harder en directer men probeert te sturen, hoe groter de kans dat je onderuitgaat. Juist als je controle dreigt te verliezen moet je enigszins loslaten om weer grip te krijgen op de richting. Dit vermogen om contra-intuïtief te handelen en slechts bij te sturen op basis van een globaal gevoel van richting en dus niet terug te vallen op strakke controlemechanismen als een uitgebreide set aan gedetailleerde KPI's, is een cruciale vaardigheid voor de governance van innovatie waar niet iedereen in dezelfde mate over beschikt. Deze benadering van de governance van innovatie vertoont grote overeenkomsten met het bestuurskundige concept van 'experimentalist governance' wat beschrijft hoe sturen binnen brede kaders kan plaatsvinden waarbij men een flexibele, iteratieve en lerende vorm van sturen aanhoudt, gestoeld op opgedane praktijkervaringen (Eckert & Börzel, 2012; Sabel & Zeitlin, 2012). Een grote mate van lokale vrijheid maakt dat betrokken actoren in specifieke contexten zelf bepalen hoe zij beoogde doelen willen behalen en hoe onwenselijke effecten worden gemitigeerd. Zeker in domeinen met een hoge mate van complexiteit en waarin snelle verandering gevraagd, en aan de orde van de dag is, is dit een waardevolle aanpak. In lijn met de mountainbike-metafoor en het concept van experimentalist governance gaat de governance van zorginnovatie volgens de gesitueerde procesbenadering over...

- het beïnvloeden en faciliteren van een emergent en onvoorspelbaar proces binnen brede kaders
- het gaandeweg aanpassen en bijsturen i.p.v. top-down sturen o.b.v. vooraf bepaalde doelen.
- het ondersteunen en geleidelijk vormgeven van een innovatie en haar waarde.
- het faciliteren van een leerproces voor betrokkenen i.p.v. over organiseren van randvoorwaarden
- het bieden van ruimte aan experimenteren en daar gaandeweg van leren wat 'goed' is;
- het reflecteren op het proces, de effecten en de waarde van innovatie met betrokkenen

De governance van zorginnovatie – enkele aanbevelingen

De gesitueerde procesbenadering en de principes van experimentalist governance kunnen samen een basis vormen waarlangs organisaties de governance van innovatie kunnen inrichten. Dit gaat echter enkel werken als professionals, managers, bestuurders en andere betrokkenen dit ook kunnen vertalen naar hun dagelijks handelen. De zes praktische aanbevelingen hieronder zijn een aanzet om hen daarbij te helpen.

- (1) *Ga voorbij aan het denken in het uitrollen of opschalen van 'best-practices'.* Focus op het innovatieproces waarin lokaal betekenisgeving plaatsvindt. Dit is niet strijdig met de wens om tot schaalbare innovatie te komen, maar stelt een andere route voor. Een die het noodzakelijke werk in het vertalen van een innovatie serieus neemt, juist om het elders ook succesvol te kunnen laten zijn. Ga dus op zoek naar werkende principes, goede voorbeelden en leer daarvan. Neem hen die de status quo challengen met innovatie serieus en heb oog voor het werk dat zij doen i.p.v. zoals het was bedacht.
- (2) *Deel voorbeelden van en lessen over innovatieprocessen.* Focus daarbij niet alleen op de successen maar vooral op hoe die wel of juist niet zijn gerealiseerd. Deel je ervaringen met innovatie omdat we enkel zo een collectief leerproces kunnen vormgeven dat uitgaat van werkende mechanismen en principes in plaats van lijstjes van succes- en faalfactoren. Beperk je in deze zoektocht niet tot de zorg; inspiratie kan men ook vinden in waardevolle cross-overs met andere sectoren.
- (3) *Heb oog voor het proces waarin men vormgeeft aan innovatie.* Biedt ruimte voor experimenten en zorg dat je daarvan leert. Staar je niet blind op het creëren van de juiste randvoorwaarden maar focus op het faciliteren van het werk dat inherent is aan innovatie. Wees ontvankelijk voor continue en incrementele veranderingen in de innovatie zelf en formuleer enkel brede kaders waarbinnen actoren kunnen werken aan de innovatie.
- (4) *Maak onderscheid tussen het succes en de waarde van een innovatie.* Neem het normatieve aspect van innovatie serieus en faciliteer een innovatiedialoog waarin over de wenselijkheid en waarde van de innovatie kan worden gesproken. De evaluatie van innovatie dient niet enkel te gaan over cijfermatige output en (financiële) resultaten die volgen uit kwantitatieve kosten-effectiviteitsstudies; laat juist zien hoe een innovatie het bredere individuele en collectieve welzijn beïnvloedt en bespreek dat. Betrek een breed scala aan betrokkenen bij deze reflectie juist vanuit het besef dat in die dialoog de waarde wordt gecreëerd. Een continue reflectie maakt evaluaties zo meer instrumenten van reflectie dan verantwoordingsinstrumenten.
- (5) *Prioriteer vaardigheden boven verantwoordelijkheidsverdelingen.* Innovatie is een continue activiteit die zich niet laat vangen in eenmalige structurele interventies. Leren innoveren is actiegericht en experimenteel, faciliteer hiervoor zowel individuele als collectieve leerprocessen. Sluit aan op de intrinsieke ontwikkelbehoefte van professionals en reken hen niet af op onzekere resultaten maar op de geleverde inspanning en de geleerde lessen.
- (6) *Organiseer continue reflectie op het eigen handelen.* Maak letterlijk plek en tijd voor je eigen reflexieve ruimte. Gebruik die ruimte om te reflecteren op de waarde van de innovatie zelf maar zeker ook op het verloop van het innovatieproces en de wijze van aansturing. Leer gaandeweg wat werkt in het aansturen van het innovatieproces en pas je gedrag aan.

Handelen volgens deze aanbevelingen is geen sinecure. Het vraagt veel van betrokkenen om de attractiviteit van de innovatielogica – daar het de complexiteit en onzekerheid van innovatie reduceert – te weerstaan en met deze aanbevelingen diezelfde complexiteit en onzekerheid juist te omarmen en toch te handelen. De aanbevelingen bieden enige zekerheid in het innovatieproces, niet direct in de uitkomsten. Maar juist in dat proces is de legitimiteit voor innovatie gelegen en kunnen we gaandeweg ontdekken welke innovaties we op welke manier nodig hebben in de zorg om een antwoord te vinden op de grote maatschappelijke uitdagingen van nu.

Slotoverweging

Tot slot en ter relativering: graag zou ik willen oproepen om het belang van innovatie ook niet te overschatten. Veel verandert ook niet, en dat gaat niet vanzelf. Continuïteit moet men voortdurend en actief construeren (Hernes, 2014). In een sector onder druk is continuïteit op zich al een uitdaging. Bovendien is oog hebben voor continuïteit ondersteunend voor de maatschappelijk opgaven waar we voor staan. Oog hebben voor hoe het oude, het behoud van het goede en creatieve processen van afbraak voorkomen dat er enkel innovaties worden toegevoegd aan wat toch al een drukke praktijk is (Hebinck et al., 2022; Schumpeter, 1934).

Net als een innovatieproces, zal ook het denken over innovatie niet stoppen. In theoretische zin niet, maar vooral in praktische zin niet. Juist de komende jaren zullen grote veranderingen in zorg en maatschappij vorm krijgen. We zullen iedereen die met innovatie probeert bij te dragen aan een toekomstbestendigere zorg en gezondere samenleving moeten blijven ondersteunen in onzekere innovatieprocessen. Zelf blijf ik daar graag op actief en ben ik daarop aanspreekbaar. Hierbij houd ik de quote aan het begin van dit hoofdstuk in mijn achterhoofd: 'ik heb het niet onder controle maar ben er zelf onderdeel van'. Ik kijk uit naar wat volgt.

Literatuur

- Allers, S. (2024). *Paying for healthcare innovation: Switching the focus from commercial value towards value for health and society*. [Doctoral thesis]. Erasmus University Rotterdam.
- Avelino, F. (2021). Theories of power and social change. Power contestations and their implications for research on social change and innovation. *Journal of Political Power*, 14(3), 425–448. <https://doi.org/10.1080/2158379X.2021.1875307>
- Bijker, W. E. (1988). Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society by Bruno Latour. *Technology and Culture*, 29(4), 982–983. <https://doi.org/10.1353/tech.1988.0102>
- Burget, M., Bardone, E., & Pedaste, M. (2017). Definitions and Conceptual Dimensions of Responsible Research and Innovation: A Literature Review. *Science and Engineering Ethics*, 23(1), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s11948-016-9782-1>
- Callon, M. (1984). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review*, 32(1_suppl), 196–233. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x>
- Castellaci, F., Grodal, S., Mendonca, S., & Wibe, M. (2005). Advances and Challenges in Innovation Studies. *Journal of Economic Issues*, 39(1), 91–121. <https://doi.org/10.1080/00213624.2005.11506782>
- Coad, A., Nightingale, P., Stilgoe, J., & Vezzani, A. (2021). Editorial: the dark side of innovation. *Industry and Innovation*, 28(1), 102–112. <https://doi.org/10.1080/13662716.2020.1818555>
- Condorelli, R. (2016). Complex Systems Theory: Some Considerations for Sociology. *Open Journal of Applied Sciences*, 06(07), 422–448. <https://doi.org/10.4236/ojapps.2016.67044>
- Czarniawska, B. (2009). Commentary: STS Meets MOS. *Organization*, 16(1), 155–160. <https://doi.org/10.1177/1350508408098927>
- Dacin, M. T., Goodstein, J., & Scott, W. R. (2002). Institutional Theory and Institutional Change: Introduction to the Special Research Forum. *The Academy of Management Journal*, 45(1), 43. <https://doi.org/10.2307/3069284>
- de Bakker, E., van Kampen, L., & van Belkom, R. (2025). Digitaal vervlochten, maar ook verbonden? *De toekomst van sociale cohesie in het licht van digitalisering, ongelijkheden en individualisering*.
- de Witte, M., & Jonker, J. (2019). *De kunst van veranderen - bewegen naar de kern* (Vol. 1). Boom.
- Dixon-Woods, M., Amalberti, R., Goodman, S., Bergman, B., & Glasziou, P. (2011). Problems and promises of innovation: why healthcare needs to rethink its love/hate relationship with the new. *BMJ Quality & Safety*, 20(Suppl 1), i47–i51. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.046227>
- Eckert, S., & Börzel, T. A. (2012). Experimentalist governance: An introduction. *Regulation & Governance*, 6(3), 371–377. <https://doi.org/10.1111/j.1748-5991.2012.01163.x>
- Essén, A., & Lindblad, S. (2013). Innovation as emergence in healthcare: Unpacking change from within. *Social Science & Medicine*, 93, 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.035>

- Greenhalgh, T., & Stones, R. (2010). Theorising big IT programmes in healthcare: Strong structuration theory meets actor-network theory. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1285–1294. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.034>
- Hacklin, F., & Wallin, M. W. (2013). Convergence and interdisciplinarity in innovation management: a review, critique, and future directions. *The Service Industries Journal*, 33(7–8), 774–788. <https://doi.org/10.1080/02642069.2013.740471>
- Hebinck, A., Diercks, G., von Wirth, T., Beers, P. J., Barsties, L., Buchel, S., Greer, R., van Steenbergen, F., & Loorbach, D. (2022). An actionable understanding of societal transitions: the X-curve framework. *Sustainability Science*, 17(3), 1009–1021. <https://doi.org/10.1007/s11625-021-01084-w>
- Hekkert, M. P., Suurs, R. A. A., Negro, S. O., Kuhlmann, S., & Smits, R. E. H. M. (2007). Functions of innovation systems: A new approach for analysing technological change. *Technological Forecasting and Social Change*, 74(4), 413–432. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2006.03.002>
- Hernes, T. (2014). *A Process Theory of Organization*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199695072.001.0001>
- Janssen, M. (2016). *Situated Novelty: a study on healthcare innovation and its governance*. <http://hdl.handle.net/1765/93264>
- Janssen, M., Stoopendaal, A. M. V., & Putters, K. (2015). Situated novelty: Introducing a process perspective on the study of innovation. *Research Policy*, 44(10), 1974–1984. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2015.06.008>
- Lente, H. Van. (2010). Supporting and evaluating emerging technologies: a review of approaches. *International Journal of Technology, Policy and Management*, 10(1/2), 104. <https://doi.org/10.1504/IJTPM.2010.032857>
- Loorbach, D. (2007). *Transition Management: New mode of governance for sustainable development* [Doctoral thesis]. Erasmus Universiteit.
- Loorbach, D., Wittmayer, J., Avelino, F., von Wirth, T., & Frantzeskaki, N. (2020). *Transformative innovation and translocal diffusion*. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 35, 251–260. <https://doi.org/10.1016/j.eist.2020.01.009>
- Martin, B. R. (2012a). Innovation Studies: Challenging the boundaries. *Lundvall Symposium on the Future of Innovation*.
- Martin, B. R. (2012b). *The evolution of science policy and innovation studies*. *Research Policy*, 41(7), 1219–1239. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2012.03.012>
- Martin, L. A., & Mate, K. (2018). IHI Innovation System.
- Meijer, A., & Thaens, M. (2021). The Dark Side of Public Innovation. *Public Performance & Management Review*, 44(1), 136–154. <https://doi.org/10.1080/15309576.2020.1782954>
- Miller, R. L. (2018). Rogers' Innovation Diffusion Theory (1962, 1995). In *Technology Adoption and Social Issues* (pp. 1558–1571). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-5201-7.ch073>
- Moors, E. H. M. (2013). *Duurzaam Innoveren: de kunst van het verbinden*. Universiteit Utrecht.
- Pijl, J. (2016). *Strategie = Executie: Sneller verbeteren, vernieuwen en innoveren in een nieuwe tijd*. Boom Uitgevers.
- Prajogo, D. I., & Ahmed, P. K. (2006). Relationships between innovation stimulus, innovation capacity, and innovation performance. *R&D Management*, 36(5), 499–515. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9310.2006.00450.x>
- Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding Governance: Ten Years On. *Organization Studies*, 28(8), 1243–1264. <https://doi.org/10.1177/0170840607076586>

- Rip, A., & Joly, P. B. (2012). *Emerging Spaces and Governance, a position paper*.
- Robinson, D. K. R., Borrás, S., & Boon, W. P. C. (2024). Reimagining diffusion: Eight building blocks for reconceptualising the generalisation of innovation into society. *Technological Forecasting and Social Change*, 123844. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2024.123844>
- RVS. (2022). *De kunst van het innoveren - tijd voor een maatschappelijk perspectief op zorginnovatie*.
- Sabel, C. F., & Zeitlin, J. (2012). *Experimentalist Governance*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199560530.013.0012>
- Schumpeter, J. A. (1934). The theory of economic development. *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology*, 3(2).
- Scot, W. R. (2001). *Institutions and Organizations*. Sage Publications.
- Smits, R. (2002). Innovation studies in the 21st century; *Technological Forecasting and Social Change*, 69(9), 861–883. [https://doi.org/10.1016/S0040-1625\(01\)00181-0](https://doi.org/10.1016/S0040-1625(01)00181-0)
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2011). Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. *Administration & Society*, 43(8), 842–868. <https://doi.org/10.1177/0095399711418768>
- Stam, J. J. H. B. (2019). *Tegen de stroom mee: Vol. 2e druk*. Uitgeverij het Noorderlicht.
- Tatnall, A. (2009). Innovation Translation and Innovation Diffusion. *International Journal of Actor-Network Theory and Technological Innovation*, 1(2), 67–74. <https://doi.org/10.4018/jantti.2009040105>
- Tatnall, A. (2011). Innovation Translation, Innovation Diffusion and the Technology Acceptance Model. In *Actor-Network Theory and Technology Innovation* (pp. 52–66). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-60960-197-3.ch004>
- van den Hoed, M., & Daniëls, R. (2024). Voorbereid om te innoveren. *TVZ - Verpleegkunde in Praktijk En Wetenschap*, 134(5), 23–25. <https://doi.org/10.1007/s41184-024-2360-0>
- van den Hoed, M. W., Backhaus, R., de Vries, E., Hamers, J. P. H., & Daniëls, R. (2022). Factors contributing to innovation readiness in health care organizations: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 997. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08185-x>
- Van den Hoven, J. (2013). Innovatie als moreel concept. In T. Van Opijnen & M. Geels (Eds.), *Nederland in ideeën*. Maven Publishing.
- Van den Hoven, J. (2014). Responsible Innovation: A New Look at Technology and Ethics". In M. J. Van den Hoven (Ed.), *Responsible Innovation* (pp. 3–13). Springer.
- Van der Scheer, W. (2023). *Gedeeld leiderschap in de zorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- van Lente, H., Spitters, C., & Peine, A. (2013). Comparing technological hype cycles: Towards a theory. *Technological Forecasting and Social Change*, 80(8), 1615–1628. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.12.004>
- van Lente, H., Swierstra, T., & Joly, P.-B. (2017). Responsible innovation as a critique of technology assessment. *Journal of Responsible Innovation*, 4(2), 254–261. <https://doi.org/10.1080/23299460.2017.1326261>
- Wallenburg, I. (2024). *De zorg een asset? Een sociologische blik op de zorg (Oratie)*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Weggelaar-Jansen, Anne Marie. (2023). *Samen Leren Transformeren*.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies* (Second Edition). Prentice Hall.

Wanneer veranderen falen wordt: vier onderliggende patronen

Dr. Relinde de Koeijer-Gorissen

“Falen als daad van verzet”



Wanneer veranderen falen wordt: vier onderliggende patronen

Relinde de Koeijer-Gorissen, adjunct-directeur, programmadirecteur en senior onderzoeker bij Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

1. Inleiding

Laatst sprak ik een zorgmanager die treffend de veranderkracht in haar organisatie typeerde: *'Er is veel zin, maar weinig realisme'*. Waarmee ze bedoelde dat er veel initiatieven worden gestart, maar weinig worden afgemaakt. En daarin staat deze organisatie niet alleen. De notie dat meer dan zestig procent van de veranderingen faalt, ondanks veel discussie hierover, is wijdverbreid. Sommige moeizaam verlopen veranderingen in de zorg zijn landelijk zichtbaar. Denk aan de ontwikkeling van het ZorgPrestatieModel in de ggz, de aanpassing van de beroepenstructuur voor verpleegkundigen en verzorgenden en de op veel plekken teruggedraaide invoering van zelforganisatie. Gefaalde veranderingen binnen zorgorganisaties zijn minder zichtbaar. Als organisatie houd je die liever binnenskamers, bij voorkeur etaleer je successen. Dit hoofdstuk biedt een uniek inkijkje achter de voordeur van ruim 100 zorgorganisaties.

2. Perspectieven op gefaalde veranderingen

Veranderen en falen zijn twee veelomvattende begrippen. In dit hoofdstuk hanteer ik verandering als de overkoepelende term voor verbeteren (eerste-orde verandering)¹, vernieuwen (tweede-orde verandering) en transitie (derde-orde verandering). Het falen van verandering is de afwijking van gewenste en verwachte doelen en resultaten (Schwarz e.a., 2021). De lading die falen heeft, hangt af van hoe je naar falen kijkt. Zo kan falen zowel negatief - gebrek aan succes - als positief - kans voor groei, herdefiniëring en nieuwe mogelijkheden - bezien worden. Het eerste, negatieve perspectief kennen we vanuit de media. Denk aan de decentralisatie naar Jeugdzorg in 2015 ('mislukt') en het verkorten van de wachtlijsten in de ggz ('geen zichtbaar effect').

¹ Bij de eerste-ordevraagstukken gaat het om het verbeteren van een bepaald aspect in de bestaande organisatie. In de tweede orde vernieuwt de organisatie. De derde-orde verandering heeft betrekking op systeemverandering, op transitie. De essentie van de derde orde is eigenlijk het loslaten van de eerste en tweede orde en het systeem opnieuw inrichten (De Witte & Jonker, 2013).

Het tweede, positieve perspectief, dat falen kansen biedt voor groei en nieuwe mogelijkheden, vindt weerklank bij filosofen: *'What doesn't kill me makes me stronger'* (Friedrich Nietzsche, 1882) en *'Ever tried. Ever failed. No matter. Try again. Fail again. Fail better.'* (Samuel Beckett, 1983). Minder filosofisch van aard zijn de adviezen van het Dutch Research Institute for Transitions (DRIFT), het Instituut voor Brilljante Mislukkingen en het Instituut voor Faalkunde. Zij voegen een derde perspectief op het falen toe, namelijk dat falen een gegeven is dat omarmd moet worden, omdat het inherent is aan fundamentele veranderingen in een dynamische en complexe wereld (Rotmans, 2017; Iske, 2023). Daarbij is falen geen eindpunt maar een onvermijdelijk en integraal onderdeel van organisatieverandering. Waarbij adapteren en leren nauw verweven zijn met elkaar. Deze zienswijze wordt in de zorg - in het licht van taaie vraagstukken als personeelstekorten, dubbele vergrijzing en stijgende kosten - steeds vaker onderschreven². Amy Edmondson brengt in haar recente boek *'Right kind of wrong'* (2023) de drie perspectieven bij elkaar en maakt onderscheid tussen basic failure (het negatieve perspectief: falen is ongewenst, vermijdbaar en duidt op incompetentie), *complex failure* (het onvermijdelijke perspectief: falen hoort bij complexe systemen) en *intelligent failure* (het positieve perspectief: falen is een waardevol onderdeel van leren en transitie). Zij betoogt dat gefaalde veranderingen niet zomaar op één hoop gegooid kunnen worden. Goed begrijpen waarom veranderingen falen vraagt een diepgaande analyse van de verandering zelf, het moment dat veranderen falen wordt en achterliggende patronen die daarbij een rol spelen. En dat is precies waar de volgende paragrafen over gaan.

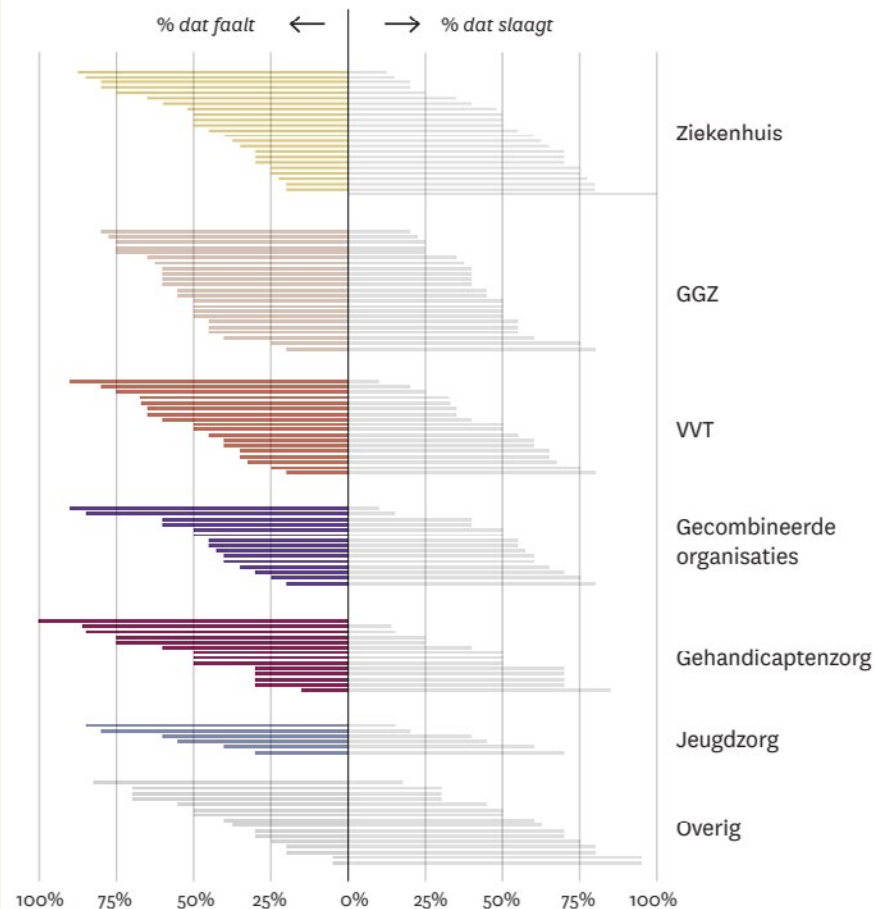
3. Hoe vaak falen veranderingen in de zorg?

Als ik tijdens een lezing vraag of toehoorders een schatting kunnen geven van het percentage gefaalde veranderingen in hun organisatie, dan liggen de antwoorden vaak ver uit elkaar. De één roept 10% en de ander 90%. De respondenten in dit onderzoek lijken op het eerste gezicht eensgezinder: zij geven aan dat gemiddeld 50% van de veranderingen in hun sector faalt (zie ook casus 1, 2 en 3). Inzoomend zien we aanzienlijke verschillen tussen organisaties (zie figuur 1).

² Rapport Raad van Volksgezondheid en Samenleving 'Kwaliteitsdenken in de zorg: verleden, heden en toekomst' (2023)

Veranderingen falen voortdurend en volop in de onderzochte zorgorganisaties

Elke horizontale staaf toont het gemiddelde faal- en slagingspercentage over alle veranderinitiatieven binnen één organisatie



Figuur 1.

Wat maakt dat veranderingen falen? Een veelgehoorde uitspraak is 'We zijn goed in Plan en Do, maar slecht in Check en Act'. Echter, deze uitspraak geeft weinig houvast om de slagingskans van veranderingen te vergroten. Hiervoor is een diepere analyse nodig. In de volgende paragrafen ga ik daarom in op de volgende vier patronen (onderliggend aan gefaalde veranderingen), die uit het onderzoek naar voren komen: veranderdrift, transitie met ongelijke op- en afbouw, gebrekkige responsiviteit, en veranderonbekwaam en -onbevoegd.

Casus 1 (medisch leider, vvt)

Een verandering waar heel veel misging was de invoering van de WZD (Wet Zorg en Dwang). In 2019 hadden we als toenmalige Bopz-commissie (Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) ons redelijk voorbereid op de komst van de WZD. In de wet zat echter nog een flink aantal onduidelijkheden die we niet alleen konden oplossen. Dit ging bijvoorbeeld om de rol die de psychiatrie zou blijven spelen in de IBS (Inbewaringstelling) en RM (Rechterlijke Machtiging)-beoordelingen. Toen de wet in 2020 van start ging werden we eigenlijk direct overspoeld door COVID. Zowel binnen onze eigen organisatie als binnen alle buurorganisaties was iedereen vanaf toen alleen maar bezig met overleven. We hebben in 2020 nog wel een halve poging gedaan om iets aan de implementatie van de WZD te doen, maar dat was, zeker achteraf gezien, meer voor de bühne dan dat het echt iets om het lijf had. De medewerkers op de werkvloer waren onvoldoende geïnformeerd en hadden geen idee van onvrijwillige zorg of het stappenplan. Rol en taken van de betrokken medewerkers waren niet duidelijk en de afstemming met andere organisaties en instanties, over wie in de nieuwe situatie welke rol zou pakken, lag eigenlijk helemaal stil. Goed en wel zijn we pas halverwege vorig jaar begonnen met de implementatie.

Casus 2 (manager, gehandicaptenzorg)

Een gefaalde verandering was het openen van externe dagbesteding. Dit was niet eerder gedaan. Het was een oud pand dat omgetoverd moest worden om cliënten te kunnen ontvangen. Cliënten waren al geïnformeerd en waren enthousiast over de nieuwe plek en het vooruitzicht even weg van hun huis te zijn. Twee dagen voor de opening van de locatie werd er verteld dat er geen spullen waren gekocht om cliënten te vermaken op het gebied van dagbesteding. Er was geen fornuis om te koken en de lunch te verzorgen. Er was geen vervoer om de cliënten te kunnen brengen en als klap op de vuurpijl had de handhaving het slot vervangen omdat ze dachten dat er een wietplantage in zou zitten. Alleen de eigenaar van het pand mocht de sleutel ophalen en die was aan het overwinteren in Spanje. Teleurstelling alom.

Casus 3 (bestuurder, ZBC)

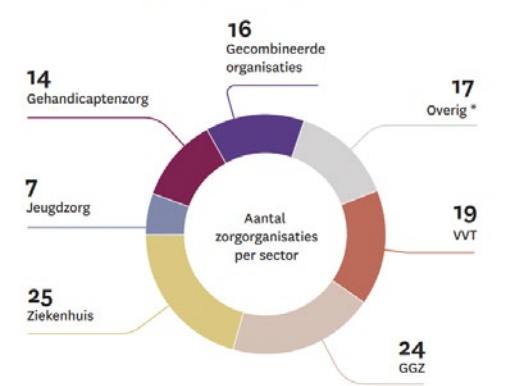
We wilden dat cliënten ook online een afspraak konden maken zonder tussenkomst van een medewerker. Nadat dit systeem in gebruik werd genomen, verdriedubbelde het aantal no-shows voor de vooronderzoeken. Artsen, paramedici en assistenten waren feitelijk duimen aan het draaien. Op een dag was het zelfs zo bont geworden dat de helft van de online gemaakte afspraken bij één van de paramedici niet kwam opdagen. Aan de andere kant had de organisatie nog steeds te maken met wachtlijsten die de gebruikelijke termijn overschreden. Het resultaat was dat we na twee weken besloten om wijzigingen aan te brengen in het systeem. Met telefonische bevestiging, herinneringsmail en het vrijgeven van de spot als er na 2 werkdagen nog geen contact was met de client die een online afspraak had ingepland, herstelden de no-shows naar een acceptabel percentage.

Onderzoeksopzet

Om onderliggende patronen van gefaalde veranderingen te ontmaskeren, blijkt de fase waarin veranderen in organisaties overgaat in falen een goede onderzoeksplek (Schwarz e.a., 2021). In dit onderzoek is een kwalitatieve exploratieve studie uitgevoerd. Naast een literatuurstudie zijn 122 zelfevaluaties en evenveel casussen van gefaalde veranderingen geanalyseerd. De evaluaties zijn uitgevoerd door deelnemers aan postdoctorale onderwijsprogramma's* over zorg management in de periode 2021-2024. De deelnemers komen uit diverse sectoren in de zorg en vervullen daar functies als manager/directeur (72), bestuurder (11), bestuurssecretaris (1), medisch (23) en verpleegkundig (6) leider en beleidsadviseur (13) en zijn afkomstig uit 113 unieke zorgorganisaties, verdeeld over verschillende zorgsectoren (zie figuur 2).

Elke zelfevaluatie beschrijft voorbeelden van gefaalde veranderingen en de mate waarin en de wijze waarop de organisatie erin slaagt om veranderingen al dan niet te realiseren. Daarmee geven de evaluaties inzicht in het falen van verandering als een proces 'in wording' (Hernes, 2008), in plaats van een stabiele toestand. De zelfevaluaties zijn open en axiaal gecodeerd (Williams & Moser, 2019; Saldaña, 2021). We gebruikten de definities van 1^e, 2^e, 3^e orde veranderingen van De Witte & Jonker (2013) en de definitie van gefaalde veranderingen van Schwarz e.a. (2021) voor het open coderen. Vervolgens is, met axiaal coderen, onderzocht welke overkoepelende categorieën naar voren kwamen. Deze categorieën hadden te maken met steeds terugkerende situaties, contextbeschrijvingen of reacties van betrokkenen bij gefaalde veranderingen. Vanuit deze overkoepelende categorieën ontstond inzicht in patronen die onderliggend zijn aan gefaalde veranderingen. De bevindingen zijn besproken met collega-onderzoekers om tot een gedeelde interpretatie en begrip van onderliggende patronen van gefaalde veranderingen te komen (Cornish et al., 2014; Saldaña, 2021; Díaz et al., 2023). Ook zijn de bevindingen teruggekoppeld aan de respondenten tijdens onderwijsbijeenkomsten (member checking).

Veel sectoren zijn vertegenwoordigd in de zelfevaluaties



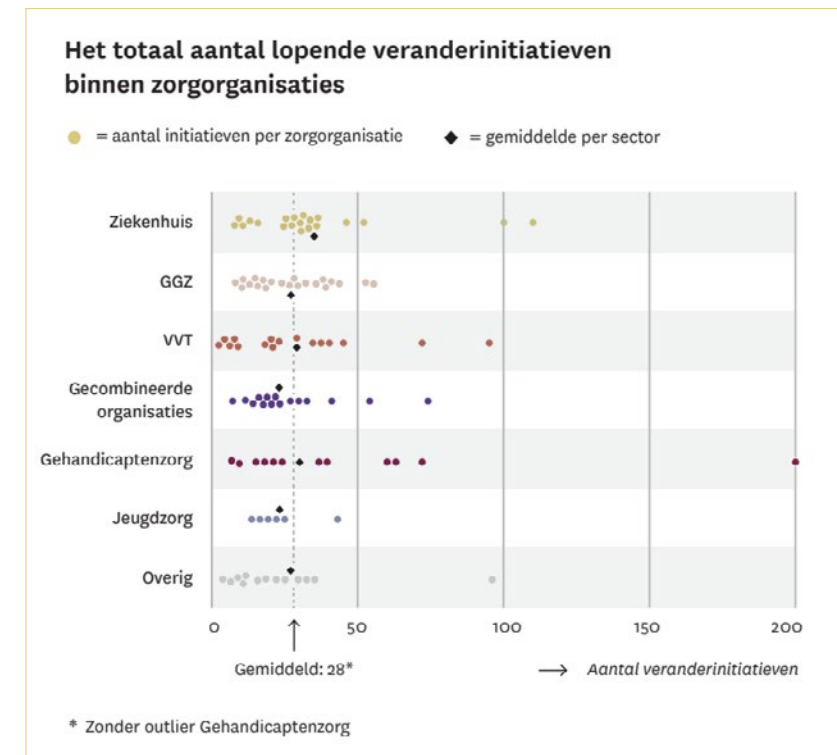
Figuur 2.

* Academische Leergang Zorg Management en Master of Health Business Administration.

** Denk aan kenniscentra, zorgverzekeraars, eerstelijnszorg, toezichthouder

3.1 Patroon: Veranderdrift

Zorgorganisaties hebben de neiging om meer veranderingen te starten dan de organisatie aankan. Deze veranderdrift lijkt groot: op het moment van evaluatie lopen er gemiddeld 28 veranderinitiatieven tegelijkertijd in deelnemende organisaties (zie figuur 3). In 14% van de onderzochte organisaties zijn er minder dan 10 lopende initiatieven, in 50% lopen er tussen de 10-30 veranderingen en in 36% van de organisaties worden meer dan 30 veranderingen gelijktijdig uitgevoerd. Het gaat daarbij om veranderingen die op organisatieniveau te identificeren zijn, bijvoorbeeld in een jaarplan, kaderbrief of veranderportfolio. Respondenten tellen een initiatief mee als er sprake is van een 'doelgericht en gestructureerd proces om onderdelen van de organisatie – zoals structuur, strategie, processen, cultuur – te veranderen met het oog op betere prestaties of vanwege veranderende omgeving' (Armenakis & Bedeian, 1999; Hubbart, 2023). Meer lokale, organische initiatieven (vaak ook nog talrijk) zijn niet meegenomen.



Figuur 3.

Vaak wordt mij de vraag gesteld: 'mijn organisatie is erg groot, dan is het toch logisch dat er meer veranderingen zijn?'. Opvallend genoeg komt dat niet uit de zelfevaluaties. Zorgorganisaties met een bedrijfsopbrengst van minder dan 15 miljoen euro rapporteren gemiddeld ongeveer evenveel lopende veranderingen als zorgorganisaties met een bedrijfsopbrengst van meer dan 150 miljoen euro. Jacques Pijl stelt in zijn boek Strategie=Executie (2016) dat een organisatie, ongeacht omvang, maximaal

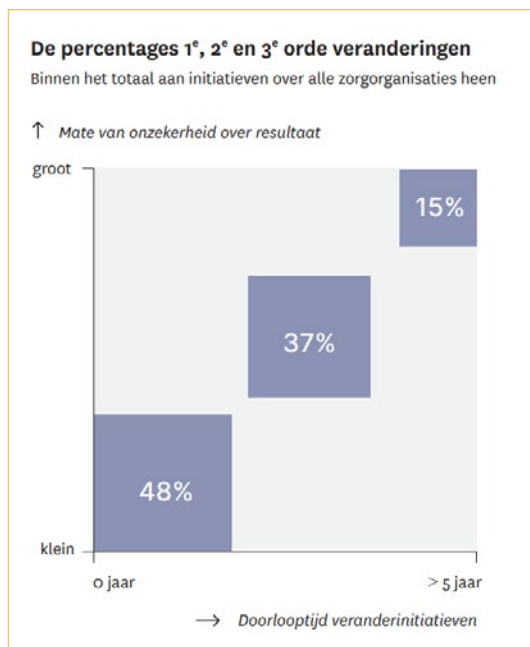
17 veranderingen tegelijkertijd aankan. Want, hoe groter de organisatie, hoe omvangrijker de verandering. De vele veranderingen strijden onderling voortdurend om aandacht en tijd (Woiceshyn e.a., 2017). In de dagelijkse zorgpraktijk is het gevuld krijgen van de roosters vaak al een opgave op zich. Als team reken je je rijk met 10 minuten aan de rand van een werkoverleg voor voorbereidend veranderwerk (zoals afspraken maken, instructies aanpassen). Vaker nog moet die voorbereiding buiten werktijd, in eigen tijd, gebeuren. Gegeven wat de respondenten vertellen lijkt het vermogen om veranderingen tijdig en effectief te initiëren en te realiseren in de zorg beperkt (Crosby, 1979; Naslund & Norrman, 2022). Als er meer plannen zijn dan beschikbare tijd leidt dit tot georganiseerde teleurstelling: je weet van tevoren dat veranderingen (deels) niet kunnen worden waargemaakt en zullen falen. Daarmee is veranderdrift het eerste onderliggende patroon aan gefaalde veranderingen in de zorg.

Patroon
VERANDERDRIFT

Te veel veranderingen tegelijkertijd leidt tot georganiseerde teleurstelling

3.2 Patroon: Transitie met ongelijke op- en afbouw

Een manager uit een ggz-instelling sputterde wat tegen, toen ik aangaf dat gemiddeld 28 verandertrajecten tegelijkertijd best uitdagend kan zijn. *'Het maakt toch nogal wat uit of we het hebben over 28 verbeteringen of over 28 transities?'* En daar heeft zij natuurlijk helemaal gelijk in. Laten we daarom verder inzoomen op de veranderagenda's van de deelnemende zorgorganisaties. Respondenten delen de veranderingen voor gemiddeld 48% in als verbetering, 37% als vernieuwing en 15% als transitie¹ (zie figuur 4), met kleine verschillen per sector (zie figuur 5). Het merendeel (85%) van de veranderingen betreft dus de meer 'alledaagse' 1e en 2e orde veranderingen die, zo geven respondenten aan, vooral zijn gericht op het aanpassen van de bestaande praktijk. Denk aan herinrichting van teams, nieuwe manieren van werken over meerdere locaties, implementeren van systemen, centraal roosteren en invoeren van functiedifferentiatie. Deze bevinding sluit aan bij eerder



Figuur 4.

onderzoek (Van der Scheer, 2013) waaruit blijkt dat zorgbestuurders voortdurend bezig zijn hun organisatie aan te passen aan de veranderende context.

Hoe zinnig deze aanpassingen ook zijn, spanningen in het zorgstelsel – zoals personele tekorten, hoge kosten en groeiende zorgvraag – vragen ook om fundamenteel herontwerp. Het is lastig vast te stellen of deze diepgaande veranderingen, die 15% van de veranderagenda uitmaken, zijn geslaagd. Fundamentele veranderingen vereisen namelijk een langere tijdshorizon voordat effecten zichtbaar worden (Dahlin e.a., 2018; Naslund & Norrman, 2022). *'Sommige projecten hebben een te lange doorlooptijd waardoor de urgentie afneemt.'* (bestuurssecretaris, overig – eerstelijns). Het verduren van uitgestelde voldoening is dan niet simpel. Zoals een manager uit de gehandicaptenzorg het verwoordde: *'Geduld, op de handen zitten en bijsturen, het is niet eenvoudig'*. Transitie vraagt daarbij niet alleen opbouw van het nieuwe, maar ook het actief afbouwen van het oude. In theorie bewegen organisaties daarbij langs een X-curve, waarin opbouw en afbouw elkaar geleidelijk kruisen (Schuitmaker, 2013; Rotmans, 2017; Loorbach e.a., 2017; Johansen e.a., 2018; Diercks e.a., 2020). In de praktijk blijkt dat deze lijnen zelden synchroon lopen. Respondenten beschrijven hoe opbouw vaak al in volle gang is, terwijl het afbouwen achterblijft, met inefficiënties en frustraties tot gevolg.

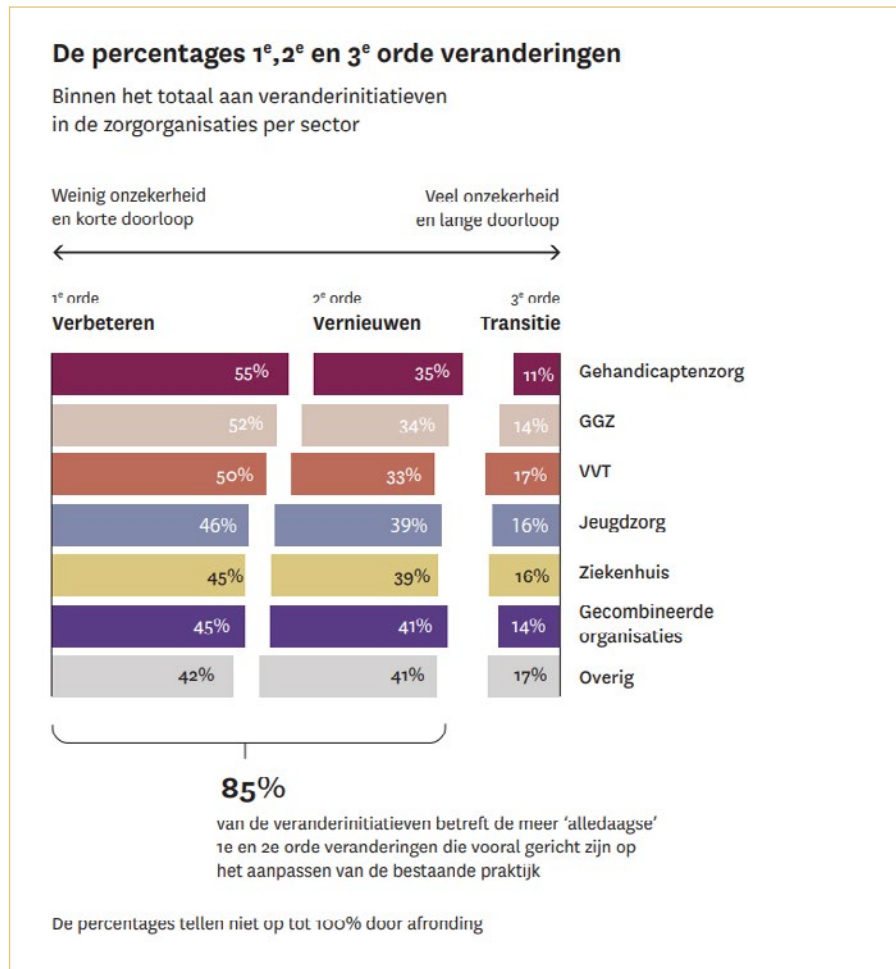
'De huidige – sterk verouderde – telefooncentrales worden vervangen en medewerkers krijgen de telecomvoorziening (vast toestel of smartphone) die bij hun functie past. Dit project betekent een fundamentele verandering; we gaan anders werken, anders organiseren. Wanneer medewerkers wordt gevraagd om daadwerkelijk iets anders te doen, blijkt dat vaak veel gevraagd. De vraag is ook of (...) veelbestaande patronen niet gewoon worden meegenomen in het nieuwe systeem.' (medisch leider, ggz)

'Er ontstaat een zogenaamde 'golfbeweging': afspraken worden weliswaar herhaald en onderstreept, maar verdwijnen na verloop van tijd weer naar de achtergrond, waarna afdelingen terugvallen in hun oude werkwijzen.' (medisch leider, Jeugdzorg)

Kortom: Als op- en afbouwen bij transitie ongelijk lopen (het tweede onderliggende patroon) krijgen nieuwe manieren van denken en doen onvoldoende kans, waardoor veranderingen falen (Chazan & Baldwin, 2021; Hsu, 2021).

Patroon
TRANSITIE MET ONGELIJKE OP- EN AFBOUW

Zonder het oude los te laten krijgt het nieuwe geen kans



Figuur 5.

3.3 Patroon: Veranderonbekwaam en -onbevoegd

Je bent bevoegd als je bent opgeleid en je bent bekwaam wanneer je daarnaast de handeling beheerst. Iets waaraan we in de zorg veel waarde hechten. Zorgprofessionals moeten, in het kader van kwaliteit van zorg, aan opleidings- en functie-eisen voldoen en bijscholing volgen. Ook zijn bepaalde handelingen voorbehouden. Bij veranderingen werkt dit anders, geven respondenten aan. *'De projectleider was zeer onervaren en kende de interne stakeholders in de organisatie niet' (beleidsadviseur academisch ziekenhuis)*. Veranderaars hebben lang niet altijd de benodigde kennis, aanpakken en vaardigheden³ opgedaan om zich bekwaam en

³ De benodigde kennis, vaardigheden en aanpakken om succesvol met veranderen aan de slag te gaan wordt in de literatuur vaak samengevat als 'improvement capability' (Jones & Woodhead, 2015). In dit onderzoek vertaalt ik dat als veranderbekwaamheid en -bevoegdheid.

bevoegd te voelen. Een manager vertelde: *'Bij de afdeling die zich bezighoudt met veranderingen werken collega's die re-integreren. Dat ze tijd hebben is de belangrijkste reden dat ze veranderingen leiden, niet hun kennis of ervaring'*. Met als gevolg dat veranderingen met veel goede intenties, maar soms weinig vakkundig worden aangepakt.

'We hebben bestuurders met veel ondernemersbloed, ambitie en creativiteit. (...) Maar over de voorbereiding en de uitvoering wordt te weinig nagedacht.'
(manager, gehandicaptenzorg)

'Er was geen plan en geen eigenaarschap waardoor iedereen naar elkaar ging wijzen. Er waren geen duidelijke afspraken en actiepunten wie wat ging doen. Er was op het gebied van financiën geen geld vrijgemaakt voor het project.'
(manager, vvt)

Uit de zelfevaluaties komen ook prachtige voorbeelden naar voren van professionele stafafdelingen en doorgewinterde veranderaars in zorgorganisaties. Echter, als deze interne veranderkracht er niet is, ben je vaak aangewezen op de inhuur van (dure) externe consultants. De belofte van veel consultancybureaus is dat zij bij uitstek veranderbekwaam en -bevoegd zijn, met methodieken als *Lean*, *Six Sigma*, *Theory of Constraints*, *Value Based Healthcare*, *Positieve Gezondheid*, *Quintuple Aim*, *Scrum*, *Agile*, *Integraal capaciteitsmanagement*, *Kaizen*, *Design Thinking*, *Lean StartUp*. Net zoals in de spreekkamer kan er dan sprake zijn van informatie-asymmetrie: hoe bepaal je als bestuurder welke (gedoseerde) kennis, aanpakken en vaardigheden benodigd zijn voor de verandering? Hoe voorkom je dat, met het vertrek van deze bureaus, de veranderbekwaamheid en -bevoegdheid de organisatie weer verlaat?

Patroon VERANDERONBEKWAAM EN -ONBEVOEGD

Goede intenties falen zonder vakmanschap voor verandering

Een psycholoog (ggz) omschreef het treffend: *'Er is een schromelijke onderschatting van wat nodig is voor verandering'*. Deze onderschatting raakt aan een fundamenteelere kwestie: vakmanschap voor verandering wordt nog te vaak gezien als iets tijdelijks of aanvullends, in plaats van als kerncompetentie binnen zorgorganisaties. Wanneer

dit onvoldoende stevig is gepositioneerd in governance, opleidingsbeleid en financiering van zorgorganisaties (derde onderliggende patroon) neemt de kans op gefaalde veranderingen toe (Jones & Woodhead, 2015). Van der Scheer (2023) stelt in haar oratie dat dit vraagt om een vorm van reprofessionaliseren: niet méér vakinhoud, maar meer ruimte, reflectie en bekwaamheid om in onzekerheid te kunnen handelen, samen te werken en koers te houden te midden van voortdurende verandering. Dit sluit aan bij het denken vanuit transitie management, waarin continue verandering niet wordt gezien als uitzondering, maar als de nieuwe realiteit waarvoor andere vormen van leren en organiseren nodig zijn.

3.4 Patroon: Gebrekkige responsiviteit

Sommige veranderingen in zorgorganisaties dragen uiterst vage titels, zoals ‘binden en boeien van medewerkers’, ‘passende zorg’ en ‘robuust financieel gezond’. Uit de zelfevaluaties blijkt dat dit soort projectplattitudes vooral het wensdenken van interne (bijv. raad van toezicht, bestuur) en externe (bijv. financiers) partijen weerspiegelen, maar dat ze moeilijk betekenis krijgen in de praktijk. Er is een illusie van vooruitgang: in taal lijkt de organisatie in beweging, maar in de praktijk gebeurt er weinig. De zogeheten zombieprojecten die in 90 van de 122 zelfevaluaties opduiken, maken dit zichtbaar: dit zijn beleidsinitiatieven die elk jaar opnieuw in plannen en kaderbrieven worden genoemd, terwijl niemand nog weet wie er in de praktijk verantwoordelijk voor is of wat de status ervan is.

Wanneer veranderbeleid en -praktijk (te) ver uit elkaar liggen, ontstaan er spanningen bij ontvangers van veranderingen (‘change recipients’): professionals, leidinggevendenden, medewerkers die de veranderingen niet zelf hebben vormgegeven, maar er wél mee moeten leven (Oreg e.a., 2018; Vardaman e.a., 2021; Johansen e.a., 2024). Ze voelen de druk om zich te voegen naar het wensdenken in beleid en taal terwijl de werkelijkheid waarin zij opereren iets anders vraagt. Een medisch leider uit de ggz vertelt het als volgt:

‘Er wordt gezegd dat we Rijlands werken, dus dat verantwoordelijkheid en initiatieven ontstaan vanuit de werkvloer, maar uiteindelijk bepaalt het management wat er gebeurt. Er ontstaat dan op verschillende manieren frictie. De kaders waren onduidelijk, communicatie (beide kanten op) ontbrak en het team voelde zich afgewezen (.). De volgende keer zijn ze niet gemotiveerd om met een plan te komen of mee te denken in de verandering.’

Of denk aan leidinggevendenden die enerzijds worden afgerekend op het presteren van de eigen locatie of vakgroep en anderzijds worden gevraagd om veranderingen door te voeren die dat presteren negatief beïnvloeden.

‘(...) Afdelingshoofden denken onderling enkel na over hun eigen afdeling en verdedigen hun eigen belangen. Hierdoor verliezen we het belang van de organisatie uit het oog en behalen we niet wat nodig is.’
(manager, ziekenhuis)

Deze veranderingen zijn hypocriet: ze vertellen meer over hoe het zou móeten gaan (beleid) dan over hoe het werkelijk gáát (praktijk) (Brunsson, 1989). Hoewel het succes van veranderingen sterk afhangt van de houding en reactie van ontvangers (Ahmad & Cheng, 2018), worden hun kritische signalen vaak niet (h)erkend. Initiatiefnemers van veranderingen delen ontvangers regelmatig in twee kampen in: de enthousiaste ontvangers en ontvangers die dwarsliggen en weerstand tonen (Oreg e.a., 2018; Ferrari, 2023). Je bent ‘voor’ of ‘tegen’ en je wilt ‘wel’ of ‘niet’ veranderen.

‘Er circuleren onder het topmanagement figuurlijke lijstjes met namen van medewerkers die men liever elders ziet, omdat ze zo moeilijk zijn.’ (...) ‘Uiteindelijk liepen alle reguliere werkprocessen vast (...) en het ziekteverzuim werd torenhoog (15%). Dit laat diepe sporen achter bij mensen.’
(manager, toezichthouder)

‘Weerstand en kritiek vanuit de gedragsdeskundigen werd al snel weggezet als negativiteit, ook in verschillende fases waarbij constructieve kritiek gegeven werd op de plannen. Daardoor nam de onrust toe en was er eigenlijk geen ruimte meer om dit onderwerp bespreekbaar te maken. De discussie onder de werknemers ging niet meer over het project, maar over hoe dit afgedwongen zou gaan worden en dat zij weg zouden gaan als dat het geval bleek.’
(verpleegkundig leider, gehandicaptenzorg)

De werkelijkheid is vaak dynamischer dan ‘voor’ of ‘tegen’ verandering, ontvangers kunnen verschillende reacties hebben in de loop van veranderingen (Jansen e.a., 2016). Echter, als daar te weinig oog voor is en er afwijzend wordt gereageerd op kritische geluiden, kan dat falen van veranderingen in de hand werken, zo geven respondenten aan.

‘Veel werknemers hebben (de verandering) gewoon ‘opgegeven.’
(manager, ggz)

“Medewerkers denken ‘daar gaan we weer’ en ‘er zal vast wel weer iemand op het hoofdkantoor zijn met een goed idee’. Mensen veranderen de aanpak of voeren niet uit wat er is bedacht ‘omdat het later toch wel weer anders wordt’.”
(manager gehandicaptenzorg)

Wanneer er geen rekenschap wordt gegeven van tegenstrijdig beleid en ontvangers niet gehoord worden en zich alleen voelen staan, verliezen zij het geloof in de haalbaarheid en zinvolheid van verandering (De Bree & Stoopendaal, 2018; Johansen e.a., 2023). Deze situatie, waarin de praktijk het beleid niet meer spiegelt of corrigeert waardoor veranderingen falen, kan aangeduid worden als gebrekkige responsiviteit (Van der Scheer, 2023). Falen gaat hierbij verder dan de ‘harde’ resultatenkant van veranderingen, het betreft ook de ‘zachte’ medewerkerskant. Een manager uit de ggz legde de vinger op de letterlijke zere plek: ‘Er is niet geluisterd, beloften zijn niet nagekomen. Uit de cultuursessies die we hebben gehouden zien en voelen we ook de pijn en wat dit met de collega’s doet.’ Meerdere studies onderschrijven dat gebrekkige responsiviteit leidt tot frustratie, stress, minder vertrouwen en toename van ziekteverzuim (Stanley & Stanley, 2018; Albrecht e.a., 2020; De Koeijer e.a., 2022). Kortom, wanneer beleid en praktijk elkaar niet meer raken (vierde onderliggende patroon) haken betrokkenen af, raken veranderingen betekenisloos met falen als gevolg.

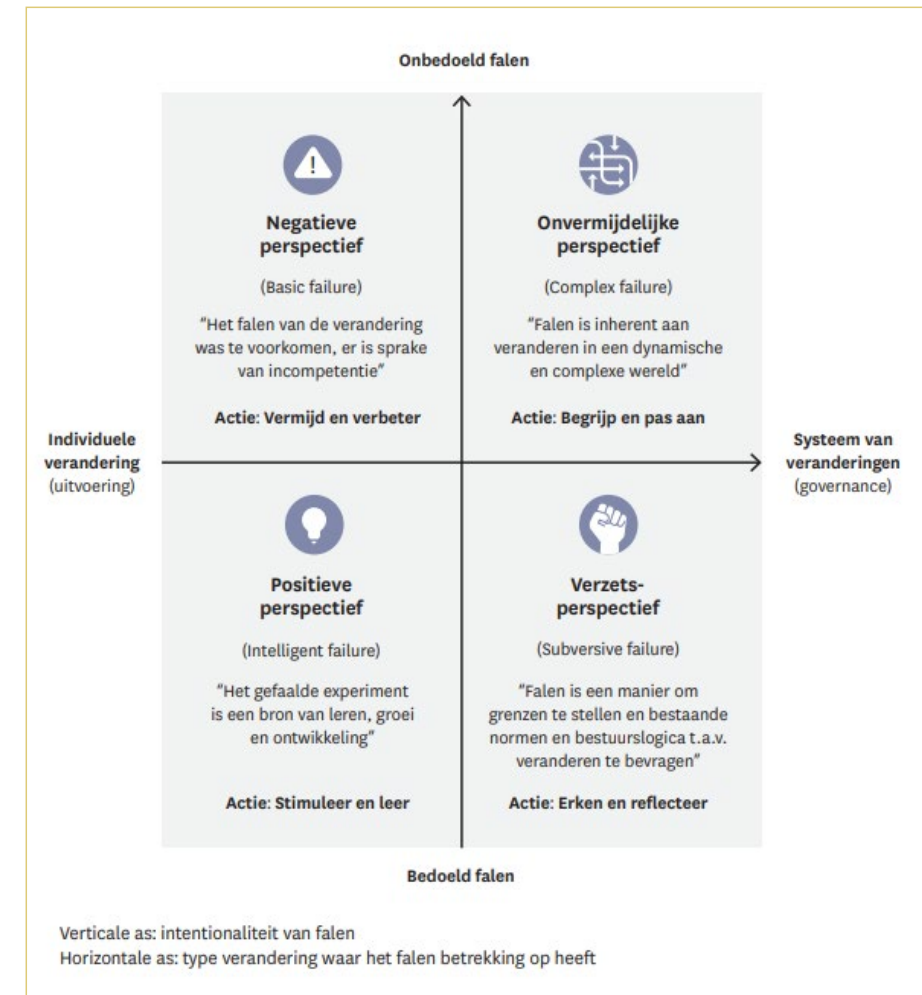
Patroon

GEBREKKIGE RESPONSIVITEIT

Wanneer beleid en praktijk elkaar niet meer raken, raakt verandering betekenisloos

4. Voorbij de patronen: een ander licht op falen

Veranderingen in de zorg falen voortdurend en volop. Dit hoofdstuk ontrafelt, op basis van een inkijk in ruim 100 zorgorganisaties, vier patronen die daaraan onderliggend zijn: veranderdrift, transitie met ongelijke op- en afbouw, veranderonbekwaam en -onbevoegd, en gebrekkige responsiviteit. Deze patronen zijn geen toevalligheden, maar lijken eerder structureel verankerd in de manier waarop zorgorganisaties zijn ingericht en bestuurd. Zoals een medisch leider verzuchtte: *'Hoe gegijzeld zijn we geraakt?'* Daarmee dringt zich een wezenlijke vraag op: falen veranderingen door mensen, of falen mensen in systemen die veranderingen tegenwerken? Geslaagde veranderingen blijken vaak in handen van uitzonderlijk capabele veranderaars — ervaren, cultuursensitief, volhardend — wat de kwetsbaarheid ervan benadrukt (Bal e.a., 2018; Hut-Mossel e.a., 2022). En juist omdat die veranderingen slagen, ondanks de context in plaats van dankzij, moeten we ons afvragen of het falen zelf niet ook betekenisvol is. Falen is jarenlang benaderd als iets dat moet worden beperkt, vermeden of bijgeschaafd tot een leerervaring. Maar wat als falen ook iets anders is? Wat als het soms juist dát is wat nodig is? Naast het negatieve perspectief (falen als ongewenste uitkomst), het positieve (falen als leerbron) en het onvermijdelijke (falen als inherent aan complexiteit), voeg ik daarom een vierde perspectief toe: falen als daad van verzet (zie figuur 6).



Figuur 6. Visualisatie van de vier perspectieven op falen en hun positionering*

*Verticale as: intentionaliteit van falen (onbedoeld – bedoeld falen). Horizontale as: type verandering waar het falen betrekking op heeft (individueel – systeem)

5. Falen als daad van verzet

In het vierde perspectief is falen geen zwakte of mislukking, maar een grens: een verzetsdaad tegen systemen die verandering reduceren tot methodieken en papieren doelen. Zoals Halberstam (2011) in *The Queer Art of Failure* betoogt, kan falen worden opgevat als kritiek op normatieve orde. Als verzet tegen het succesnarratief dat organisaties zichzelf graag vertellen, zelfs wanneer de werkelijkheid anders is. Falen is dan niet passief, maar een bewuste handeling, een agency-gedreven reactie op vastgelopen systemen en dominante bestuurslogica (zie figuur 6). Het verzet komt tot uiting in veranderinitiatieven, maar is fundamenteleer en richt zich op de manier waarop veranderingen binnen organisaties worden vormgegeven, gestuurd en geborgd. In de zorg gaat het daarbij niet alleen om formele besluitvorming, maar ook om de onderliggende dynamiek tussen actoren, regels en routines (Loorbach e.a., 2017). Falen is dan een stil protest van medewerkers die zeggen: *'Niet nog een project'*, of een weigering om zich te conformeren aan abstracte beleidsdoelen die niet stroken met de dagelijkse realiteit van zorgprofessionals en cliënten. Falen betekent ook grenzen stellen, bestaande normen bevragen en ruimte maken voor alternatieve praktijken. Binnen deze zienswijze krijgt ook het afhaken van ontvangers van veranderingen een andere lading: niet als onverschilligheid, maar als bewuste terugtrekking. Gebrekkige responsiviteit is dan niet alleen symptoom, maar ook plek van sabotage: leidinggevendenden doen niet mee aan een papieren veranderfaçade waarbij ze weten dat het niets zal veranderen. Veranderonbekwaamheid kan in sommige gevallen ook impliciete kritiek zijn op de lage waardering van veranderkennis en -expertise in de organisatie, of op de methodische overbezetting van verandering, eerder dan een individueel onvermogen.



Door falen te zien als verzet, openen we de deur naar een volgende stap: bevrijding. Niet alleen van individuele mislukkingen, maar van patronen die verandering zelf onuitvoerbaar maken. Het is een pleidooi om ons los te maken van aannames die we zonder na te denken als waar accepteren en een uitnodiging voor dwarsdenkers met een sceptische en tegendraadse houding (Ten Bos, 2025). Het is een bevrijding van de illusie dat 'nog beter' (verander)management de enige oplossing is en een beweging naar alternatieven. Voor de vier patronen, die naar voren zijn gekomen in dit onderzoek, zijn de volgende bewegingen voorstelbaar (zie figuur 7):

- **Van Veranderdrift:** te veel veranderingen tegelijkertijd leidt tot georganiseerde teleurstelling...**naar...Veranderruimte:** het behoeden van de organisatie tegen ongewenste en te veel veranderingen tegelijkertijd, zodat er ruimte is voor de veranderingen die moeten slagen.
- **Van Transitie met ongelijke op- en afbouw:** zonder het oude los te laten krijgt het nieuwe geen kans ...**naar...Nieuwe werkelijkheden:** de consequenties van

veranderingen op de lange termijn geven richting aan wat er nu moet gebeuren en/of waar nu afscheid van moet worden genomen, om nieuwe werkelijkheden vorm te kunnen geven.

- **Van Veranderonbekwaam en -onbevoegd:** goede intenties falen zonder vakmanschap voor verandering...**naar...Verander(veer)krachtig:** structurele inbedding van veranderbekwaamheid en -bevoegdheid in governance, opleidingsbeleid en financiering maakt zorgorganisaties verander(veer)krachtig.
- **Van Gebrekkige responsiviteit:** wanneer beleid en praktijk elkaar niet meer raken, raakt verandering betekenisloos...**naar...Betekenisvolle veranderdialoog** waarin alle betrokkenen hun ervaringen, perspectieven en kennis gelijkwaardig kunnen inbrengen. Zodat verandering groeit vanuit de praktijk, en beleid voortdurend wordt verrijkt en gecorrigeerd.

Daarmee wordt falen niet het einde van iets dat had moeten lukken, maar het begin van iets dat nooit op deze manier kón lukken.



Figuur 7. Bevrijdende bewegingen van onderliggende patronen aan gefaalde veranderingen

Dit hoofdstuk brengt vier onderliggende patronen van gefaalde veranderingen in de zorgsector in kaart. Het onderzoek biedt aanvullende taal en duiding, maar roept ook nieuwe vragen op. Vervolgonderzoek zou kunnen bijdragen aan het:

- **verder** testen van de vier gevonden patronen;
- **ontwikkelen** van praktische instrumenten waarmee zorgorganisaties hun veranderportfolio kritisch kunnen analyseren op de vier patronen;
- **verdiepen** van het perspectief op ‘falen als daad van verzet’, met aandacht voor agency, symbolisch handelen en collectieve strategieën van sabotage of afzijdigheid;
- **verkennen** hoe de ‘van... naar...’ bewegingen daadwerkelijk en structureel kunnen worden ingebed in zorgorganisaties.

Zo kunnen de inzichten uit dit hoofdstuk verder worden geëxpliciteerd, verdiept en toegepast in het streven naar meer duurzame, gedragen en betekenisvolle verandering in de zorg.

Mijn dank gaat in het bijzonder uit naar de deelnemers van de postacademische onderwijsprogramma's (de Academische Leergang Zorgmanagement en de Master of Health Business Administration), die met hun openheid, reflectie en zelfevaluaties een uniek inzicht gaven in de praktijk van veranderen in de zorg. Zonder hun bijdragen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Ook ben ik mijn collega's - prof. dr. Wilma van der Scheer en prof. dr. Kris Vanhaecht – dankbaar voor hun verrijkende feedback op het hoofdstuk.

Literatuur

- Ahmad, A. B., & Cheng, Z. (2018). The role of change content, context, process, and leadership in understanding employees' commitment to change: the case of public organizations in Kurdistan region of Iraq. *Public Person. Manag.* 47, 195–216.
- Albrecht, S. L., Connaughton, S., Foster, K., Furlong, S., & Yeow, C. J. L. (2020). Change engagement, change resources, and change demands: A model for positive employee orientations to organizational change. *Frontiers in Psychology*, 11, 531944.
- Armenakis, A. A., & Bedeian, A. G. (1999). Organizational change: A review of theory and research in the 1990s. *Journal of Management*, 25(3), 293–315.
- Bal, R., Weggelaar, A. M., & Wallenburg, I. (2018). *Op zoek naar goede leefsyste-men. Zorgrebell en het doen van kwaliteit*. Onderzoek iov het Consortium Kwaliteit van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en Zorg Instituut Nederland. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Brunsson, N. (1989). *The organization of hypocrisy. Talk decisions and actions in organizations*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Chazan, M., & Baldwin, M. (2021). Queering generativity and futurity: LGBTQ2IA+ stories of resistance, resurgence, and resilience. *International Journal of Ageing and Later Life* 15(1), 73–102.
- Cornish, F., Gillespie, A., & Zittoun, T. (2014). Collaborative analysis of qualitative data. *The SAGE handbook of qualitative data analysis*, 79–93.
- Crosby, P.B. (1979). *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain*. McGraw-Hill Companies, New York.
- Dahlin, K.B., Chuang, Y-T, and Roulet, T.J. (2018). Opportunity, motivation, and ability to learn from failures and errors. *Academy of Management Annals* 12(1), 252–277.
- De Bree, M., & Stoopendaal, A. (2018). De-and recoupling and public regulation. *Organization Studies*, 41(5), 599–620.
- De Koeijer, R., Strating, M., Paauwe, J., & Huijsman, R. (2022). A balanced approach involving hard and soft factors for internalizing Lean Management and Six Sigma in hospitals. *TQM Journal*.
- De Witte, M., & Jonker, J. (2013). *De kunst van veranderen. Bewegen naar de kern*. Boom uitgevers, Den Haag.
- Díaz, J., Pérez, J., Gallardo, C., & González-Prieto, Á. (2023). Applying inter-rater reliability and agreement in collaborative grounded theory studies in software engineering. *Journal of Systems and Software*, 195, 111520.
- Diercks, G., Loorbach, D., Steen, M. van der., Scherpenisse, J., Lodder, M., Buchel, M., Notermans, I., Bode, N. & Raak, R. van. (2020). *Sturing in transitie: een raamwerk voor strategiebepaling*. DRIFT/NSOB.
- Edmondson, A. (2023). *Right Kind of Wrong: The Science of Failing Well*. New York, NY: Atria Books.
- Ferrari, F. (2023). Readiness to change and change recipients' reactions. An investigation of the beneficial effects of change cynicism. *Journal of Change Management*, 24(1), 25–49
- Halberstam, J. (2011). *The Queer Art of Failure*. Duke University Press.
- Hernes, T. (2008). *Understanding Organization as Process: Theory for a Tangled World*. London: Routledge.

- Hsu, S.W. (2021). Exploring an alternative: Foucault-Chokri's unlearning approach to management education. *International Journal of Management Education* 19(2), 100496.
- Hubbart, J. A. (2023). Organizational Change: Considering Truth and Buy-In. *Administrative Sciences*, 13(1), 3.
- Hut-Mossel, L., Ahaus, K., Welker, G., & Rijk, G. (2022). Which Attributes of Credibility Matter for Quality Improvement Projects in Hospital Care—A Multiple Case Study among Hospitalists in Training. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 16335.
- Iske, P. L. (2023). Experimental digital: innovation required. In: *Pharmaceutical Care in Digital Revolution*, 11-25, Academic Press.
- Jansen, K. J., Shipp, A. J., & Michael, J. H. (2016). Champions, converts, doubters, and defectors: The impact of shifting perceptions on momentum for change. *Personnel Psychology*, 69, 673-707
- Johansen, F., Loorbach, D., & Stoopendaal, A. (2018). Exploring a transition in Dutch healthcare. *Journal Of Health Organization and Management*, 32(7), 875.
- Johansen, F., Stoopendaal, A., Loorbach, D., & De Koeijer, R. (2024). Transition pains: Recognizing employee reactions to organizational realignment in a disruptive context. *The Journal of Applied Behavioral Science*.
- Jones, B., & Woodhead, T. (2015). *Building the foundations for improvement. How five UK trusts built quality improvement capability at scale within their organisations*. The Health Foundation.
- Loorbach, D., Frantzeskaki, N., & Avelino, F. (2017). Sustainability transitions research: Transforming science and practice for societal change. *Annual Review of Environment and Resources*, 42, 599-626.
- Naslund, D., & Norrman, A. (2022). A Conceptual Framework for Understanding the Purpose of Change Initiatives. *Journal of Change Management*, 22(3), 292-320.
- Oreg, S., Bartunek, J. M., Lee, G., & Do, B. (2018). An affect-based model of recipients' responses to organizational change events. *Academy of Management Review*, 43(1), 65-86.
- Pijl, J. (2016). *Strategie=Executie*. Boom uitgevers, Den Haag.
- Raad van Volksgezondheid en Samenleving. (2023). *Kwaliteitsdenken in de zorg: verleden, heden en toekomst*. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/10/10/is-dit-wel-verantwoord>.
- Rotmans, J. (2017). *Change of era: Our world in transition*. Boom uitgevers, Den Haag.
- Saldaña, J. (2021). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. SAGE Publication, Thousand Oaks, California.
- Schuitmaker, T.J. (2013). *Persistent Problems in the Dutch Health Care System: Learning From Novel Practices For a Transition in Health Care With the UPP Framework*. University of Amsterdam, Amsterdam.
- Schwarz, G. M., Bouckenooghe, D., & Vakola, M. (2021). Organizational change failure: Framing the process of failing. *Human Relations*, 74(2), 159-179.
- Stanley, D., & Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 1730-1743.
- Ten Bos, R. (2025). *Het laatste woord. Twijfelen aan zekerheden*. Boom uitgevers, Den Haag.
- Van der Scheer, W. (2013). *Onder Zorgbestuurders: Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.

- Van der Scheer, W.K. (2023). *Gedeeld leiderschap in de zorg (oratie)*. https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/dynamic/media/24/documents/35811_Oratieboekje_Wilma_van_der_Scheer_160x240.pdf
- Vardaman, J. M., Amis, J. M., Wright, P. M., & Dyson, B. P. (2021). Reframing childhood obesity: The role of local communities in change implementation failure. *Human Relations*, 74(2), 258-285.
- Williams, M., & Moser, T. (2019). The art of coding and thematic exploration in qualitative research. *International management review*, 15(1), 45-55.
- Woiceshyn, J., Blades, K., & Pendharkar, S. R. (2017). Integrated versus fragmented implementation of complex innovations in acute health care. *Health Care Management Review*, 42(1), 76-86.

Wat maakt iemand tot bestuurder?

dr. Martijn Jansen en mr. Helene Wüst

“Moed is voor mij bang zijn en toch doorgaan en ervoor blijven staan.”



Wat maakt iemand tot bestuurder?

Martijn Jansen en Helene Wüst, programmaleiders van de Top Class bij Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

N.B. Dit is een voorpublicatie uit hun boek 'Besturen van binnenuit: Inzichten voor leiders in de zorg' (maart 2026).

1. Inleiding

Waarom besluiten directeuren wel of geen bestuurder te worden? In het programma Top Class bereiden de deelnemers zich voor op het maken van de eventuele bestuurlijke stap. Dit doen zij door ontwikkeling in leiderschap te combineren met strategisch denken en kijken. Top Class richt zich daarbij op reflecties over hun eigen visie en handelen in relatie tot bestuurlijk handelen. Begrijpt en voelt de potentiële bestuurder bijvoorbeeld aan hoe zij succesvol ervoor kan zorgen dat anderen bereid zijn te volgen en ruimte te maken voor de ontwikkeling van medewerkers?

Uit eerder onderzoek (zie kader 1) is gebleken dat, na acht edities van Top Class (2002 – 2010), ongeveer 40% van de deelnemers aan Top Class na enkele jaren bestuurder is geworden. Het rapport concludeert dat Top Class heeft bijgedragen aan de professionalisering van bestuurders in de zorg en hun mobiliteit binnen de sector. De uitkomsten van dit onderzoek vormen (zoals in paragraaf 1 aangegeven) mede de basis voor het huidige onderzoek naar Bestuurlijk leiderschap. Inmiddels zijn we 15 jaar verder. Als programmadirecteuren van de Top Class vonden wij het daarom tijd voor een vervolg.

Eerder onderzoek: Talent in beweging

Marlies Ott onderzocht in 2013 de loopbanen van deelnemers aan Top Class, een leiderschapsprogramma voor managers in de zorgsector. De uitkomsten van dat onderzoek zijn beschreven in Talent in Beweging (Ott, 2013). Uit dit onderzoek is gebleken dat ongeveer 40% van de deelnemers aan Top Class na enkele jaren bestuurder is geworden. Het onderzoek richt zich op deelnemers tussen 2002 en 2010 en analyseert hun werkervaring, mobiliteit, ambities en tevredenheid.

Belangrijke bevindingen zijn:

- 1. Mobiliteit: De meeste deelnemers blijven gemiddeld niet langer dan 6-7 jaar in dezelfde functie, waarbij 50% ooit buiten de zorg heeft gewerkt.*
- 2. Tevredenheid: De meeste Top Classers zijn tevreden met hun werk, loopbaan en leven, maar bestuurders scoren hoger dan managers.*

- 3. Invloed van Top Class: Ongeveer 40% van de deelnemers is na enkele jaren bestuurder geworden, waarbij de Top Class wordt gezien als een belangrijke factor in hun carrièreontwikkeling.*
- 4. Loopbaanbelemmeringen: Gezondheidsproblemen of thuissituaties spelen een beperkte rol in loopbaanbeperkingen. Vrouwen in de Top Class besteden gemiddeld meer tijd aan zorgtaken, maar dit heeft geen significant effect op mobiliteit of salaris.*

Gefascineerd door de vraag waarom mensen wel of niet bestuurder worden en wat deze stap van hen vraagt, zijn wij een onderzoek gestart naar bestuurlijk leiderschap. De focus van ons onderzoek ligt op zowel wat iemand doet als op wie iemand is. Voor ons onderzoek interviewden we directeuren, kersverse en ervaren bestuurders. We verzamelden daarnaast 38 zogenaamde sleutelmomenten die betekenisvol zijn in het leiden van zorgorganisaties. Ook interviewden we zogenaamde experts die zich vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines zoals filosofie, veranderkunde, sociologie, psychologie en bedrijfskunde bezighouden met leiderschap in organisaties.

Met ons onderzoek beogen we inzichten te geven in hoe bestuurders afwegingen maken, welke strategieën zij volgen en welke belangrijke lessen en inzichten zij hebben gekregen op hun pad van manager naar bestuurder. Ook hebben we gevraagd naar welke krachten bevorderlijk zijn en welke processen beperkend zijn bij het doen van een stap van directeur naar bestuurder. Dit alles om een beeld te vormen van de weg en zoektocht naar wel of niet bestuurder worden.

In dit artikel belichten wij enkele uitkomsten van ons onderzoek naar bestuurlijk leiderschap. Voor de lezer die geïnteresseerd is in onze methodologie, starten we met een toelichting op ons onderzoek. Vervolgens schetsen we kort de ontwikkeling (en complexiteit) in de zorgsector, aangezien de wijze van besturen mede bepaald wordt door de context. Daarna behandelen we vier thema's, die 'opgekomen' zijn in ons onderzoek naar bestuurlijk leiderschap. Met behulp van opvallende uitspraken van geïnterviewden, larderden we deze thema's die van betekenis zijn in de praktijk voor het worden van bestuurder, op het gebied van zowel het bestuurlijk handelen als de persoonlijke ontwikkeling.

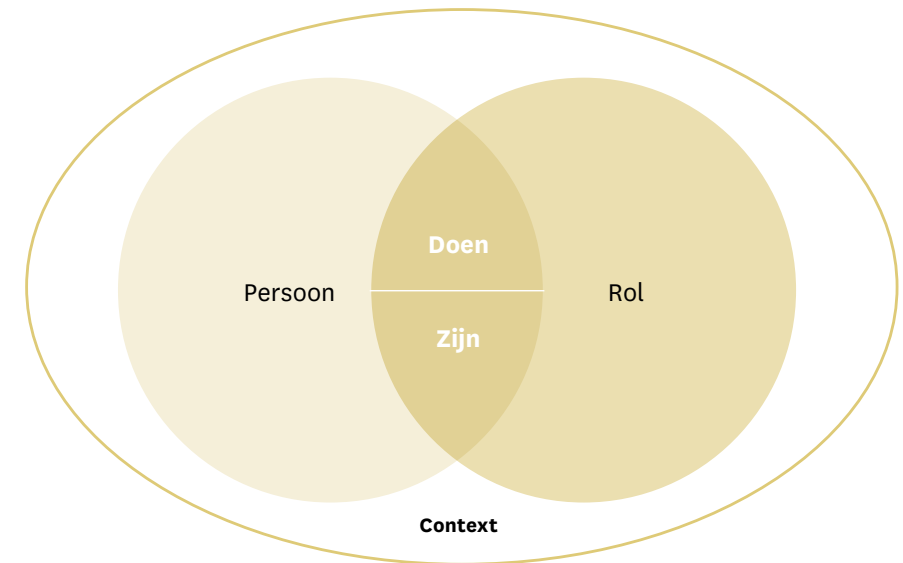
2. Onderzoek en conceptueel kader voor bestuurlijk leiderschap

Voor het onderzoek zijn drie groepen geïnterviewd: bestuurders, managers direct werkend onder de Raad van Bestuur die de stap naar bestuurder, om welke reden dan ook, niet hebben gezet en experts op het gebied van leiderschap. Het onderzoek is gedaan aan de hand van een conceptueel kader met behulp waarvan de ervaringen van de geïnterviewden en situaties uit hun praktijk zijn geanalyseerd. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd en daarna gecodeerd. Daaruit zijn 10 hoofdcodes gedestilleerd, facetten genoemd. Het onderzoek is uitgevoerd onder 30 managers, bestuurders en experts. En met medewerking van de (oud)deelnemers

van Top Class. Van die laatste groep hebben wij 38 zogenoemde sleutelmomenten verzameld, die zijn geanalyseerd volgens de ‘critical incident’ methode. Deze methode is door Flanagan in 1954 geïntroduceerd in de sociale wetenschap en is in de loop der jaren verder ontwikkeld. Chell (1998) geeft de volgende omschrijving van de ‘critical incident’ methode: *The critical incident technique is a qualitative interview procedure which facilitates the investigation of significant occurrences (events, incidents, processes, or issues) identified by the respondent, the way they are managed, and the outcomes in terms of perceived effects. The objective is to gain understanding of the incident from the perspective of the individual, taking into account cognitive, affective, and behavioral elements.* (p. 56). Een ‘critical incident’ is daarbij omschreven als een moment dat een significante bijdrage heeft (positief of negatief) op het te onderzoeken fenomeen (Grove & Fisk, 1997)

Gebaseerd op o.a. Senge et al (1999) en Burger et al (2008) richt dit onderzoek zich zowel op het gedrag van een bestuurder als op de persoonlijkheid. Focus ligt op zowel wat iemand *doet* (het handelen, de wijze van organiseren en gedrag) als op wie iemand is (het *zijn*: wat iemand denkt, voelt en verlangt). Het verschil tussen ‘zijn’ en ‘doen’ is dat ‘zijn’ verwijst naar de innerlijke gesteldheid en de bronnen van waaruit de activiteiten ontspringen (Weijers, 2011) of de eigenschappen van iets of iemand, terwijl ‘doen’ verwijst naar de acties, het gedrag of het handelen van iemand.

De oriëntatie op ‘doen’ en ‘zijn’ verdiepen we verder door hier nog een onderscheid aan toe te voegen, namelijk die tussen ‘persoon’ en de ‘rol’. Aan de basis van elk individueel gedrag ligt de persoonlijkheid (*persoon*) van de betreffende actor. Ieder mens is een individu met unieke eigenschappen, perspectieven en levenservaringen. Waargenomen gedrag is altijd een uitkomst van individuele cognitie (intelligentie), emotie (voelen), motivatie (willen) en kwaliteiten (kunnen). Gedrag is door Dilts (1996) omschreven als waarneembare acties en reacties die iemand vertoont. Daarbij is gedrag altijd verbonden met de *context* waarin dat gedrag wordt waargenomen en vertoond (Bateson, 1972). De werksituatie waarin je opereert is van invloed op het gedrag dat je vertoont. Met de context of werksituatie wordt zowel de directe omgeving bedoeld (de praktijk in de organisatie) als de bredere context (de sector, de regio of de maatschappij). Het handelen en gedrag krijgt betekenis door de actoren die betrokken zijn bij de situatie en de rollen die zij daarbij vervullen. Een *rol* wordt in dit onderzoek gedefinieerd als een gedragsverwachting van anderen gekoppeld aan de werksituatie waarin die anderen de persoon functioneel meemaken (Jansen, 2003). Een rol wordt daarbij in een werksituatie gekoppeld aan een samenhangend pakket aan taken die door een of meer personen vervuld kan worden (Jansen, 2018). In dit onderzoek wordt in ieder geval een onderscheid gemaakt tussen de rol als directeur en de rol als bestuurder. Bestuurders zijn daarbij gedefinieerd als functionarissen die zitting hebben in het eindverantwoordelijke orgaan van een organisatie (Kaats, 2008). En directeurs/ managers zijn (gebaseerd op Huy, 2001) de functionarissen die 1 niveau onder deze bestuurders leidinggeven. Deze definities en uitgangspunten voor het onderzoek vormen samen het conceptueel kader, zoals op hoofdlijnen schematisch weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: perspectief op ontwikkelen van bestuurlijk leiderschap

3. Complexiteit in de zorg

Nederland heeft een goed presterende zorgsector, een solidair stelsel gebaseerd op *toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Tegelijkertijd staat de zorg onder druk, op alle drie de punten. De SER (Verkenning voor de zorg van de Toekomst uit 2020) en ook de WRR (Houdbare ouderenzorg, 2021), hebben de regering gewezen op de hoge urgentie van deze groeiende problematiek.

Bij de overheid bestaat er al vanaf de jaren ‘80 van de vorige eeuw zorgen over toenemende zorgkosten. Vanaf dat moment nam de centrale overheid een actieve rol in de gezondheidszorg. Voor WOII was de rol van de overheid zeer beperkt en veelal decentraal geregeld. De gezondheidszorg werd georganiseerd door particulier initiatief. Na de oorlog, in de jaren 1950-1970 lag de prioriteit voor de overheid op de wederopbouw van het land, inclusief de gezondheidszorg. In de jaren ‘80 wordt de Nederlandse economische groei minder stabiel en nemen de gasinkomsten, waaruit de opbouw van het gezondheidsstelsel was gefinancierd, af. De overheid neemt vanaf die jaren bezuinigingsmaatregelen en gaat de overheidsuitgaven herstructureren. Een grote stap om te herstructureren was de invoering van het huidige zorgstelsel in 2006. De markt deed haar intrede, waarmee het paradigma sturen vanuit markt en overheid de norm werd. De idee achter de invoering van het nieuwe stelsel was om via een zekere mate van concurrentie en financiële prikkels zuinigheid en kostenbewustzijn te creëren bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en -verleners en patiënten. Dit alles om de waarde van een brede toegankelijke zorg te blijven garanderen. Een waarde die in 2024, dus al zo’n 80 jaar, nagestreefd wordt in Nederland. Met de invoering van het nieuwe stelsel kwam de nadruk te liggen op efficiëntie, professionalisering en marktwerking in de semipublieke zorgsector. Er ontstonden maatschappelijke ondernemingen door decentralisatie en privatisering. Kijkende naar de huidige

situatie zien we een zorgsector die zich gaandeweg ontwikkeld heeft van een systeem waarin vooral vaste samenwerkingsverbanden de dienst uitmaakten, naar een meer open systeem met veel verschillende organisaties die met elkaar concurreren en niet strak hiërarchisch georganiseerd zijn. De oorspronkelijke drie waarden zijn nog altijd belangrijke pijlers in het zorgstelsel, maar staan wel sterk onder druk.

Deze ontwikkeling van het zorgsysteem heeft consequenties voor de wijze van besturen. De bestuurder heeft de maatschappelijke opgave om goede zorg te leveren en deze te verantwoorden. Om hun ideeën te verwezenlijken, inspireren en motiveren bestuurders/ directeuren hun collega's en medewerkers. Om tot besluiten te komen overleggen zij met verschillende interne gremia als OR, VVAR, cliëntvertegenwoordiging en Raad van Toezicht. In deze tijd hebben zij even zozeer of misschien wel meer ook de externe partijen in het speelveld te inspireren en mee te nemen in gezamenlijke besluiten, variërend van gemeentes, patiënten-organisaties tot externe toezichthouders, van verzekeraars tot softwareontwikkelaars en ga zo maar door. De huidige opgaven vragen van bestuurders dat zij bij het nemen van beslissingen rekening houden met een grote diversiteit in aantal belangen, perspectieven en invloed van meerdere partijen. Meervoudig besturen (Putters, 2009) wordt van hen gevraagd, waarbij bestuurders 'hebben te sturen in de richting van de markt, de overheid, de gemeenschap of de medische professie'.

Het huidige tijdsgewricht vraagt eigenlijk nog steeds dat de bestuurder meer de rol van een zogeheten gezant (Meurs, 2002) gaat vervullen. De bestuurder als een verbindende figuur die verschillende werelden – zoals die van beleid en uitvoering – met elkaar kan verbinden, zich daarbij bewegend tussen verschillende domeinen om samenwerking te bevorderen. Van der Scheer (2023) benadrukt dat gedeeld leiderschap essentieel is bij de omgang met de actuele complexe vraagstukken waarvoor geen eenduidige oplossingen bestaan, zoals klimaatverandering en de zorgcrisis. In haar oratie concludeert Van der Scheer (2023) dat de zorg behoefte heeft aan leiders die niet alleen reageren op de huidige problemen, maar ook openstaan voor innovatie en samenwerking over traditionele grenzen heen. Leiderschap in de huidige context is niet alleen een kwestie van formele macht, maar ook van betrokkenheid en het vermogen om meerdere perspectieven in te brengen. De opgaven van deze tijd vragen van leiders moreel commitment en dat zij persoonlijk gemotiveerd zijn om zorgvraagstukken daadwerkelijk op te lossen. Het delen van verantwoordelijkheden en een open, nieuwsgierige houding ten opzichte van verschillende invalshoeken zijn daarbij cruciaal.

Resumerend zien wij dat heden ten dage van bestuurders en directeuren wordt gevraagd dat zij inspireren, organiseren, innoveren, samenwerken en indien nodig over de belangen van hun organisatie heen stappen. Wezenlijk in dit alles is de persoon van de bestuurder en de directeur die zij zijn, hoe onzeker zij worden van verandering, hoe bestand zij zijn tegen schokken, hoe creatief en sterk zij worden van chaos en uitdagingen. Wat doet de rol van bestuurder of directeur hierin, zijn er verschillen tussen deze rollen en wat houden deze dan in? Beiden hebben zij te beschikken over goede balanceervaardigheden, aangezien je als bestuurder en als directeur balanceert tussen wetten, financiële regels en uiteenlopende belangen

van alle spelers. Balanceren tussen continuïteit en vernieuwing, en tussen interne en externe legitimiteit (Van der Scheer, 2013).

Het omgaan met de maatschappelijke opgaven vraagt gevarieerd gedrag om de handelingsruimte op te zoeken en te legitimeren. Als persoon heb je koers te houden en bestand te zijn tegen schokken, creatief en sterk te blijven van chaos en uitdagingen en 'het niet weten' te verduren. Eenduidige antwoorden op vragen zijn er vaak niet, er is veelal onvolmaakte informatie waarop bestuurders hun vervolgens onvolmaakte beslissingen hebben te nemen.

Hier zien we een eerste verschil tussen de bestuurder en de directeur/ manager. De bestuurlijke portefeuille bestaat meer dan die van een directeur uit het netwerken met verschillende partijen en daarnaast hebben bestuurders te dealen met een grotere complexiteit aan belangentegenstellingen. Zij moeten bestand zijn tegen de nodige schokken. En last but not least is het aan de zorgbestuurder en niet de directeur om aan de interne en externe toezichthouders en aan de samenleving te laten zien dat hij of zij verantwoord met goede zorg omgaat.

4. Uitkomsten onderzoek aan de hand van betekenisvolle uitspraken

In dit deel presenteren wij kort enkele eerste bevindingen van het onderzoek. In ons onderzoek hebben we uit de interviews en de sleutelmomenten 10 thema's, facetten genaamd, gedestilleerd. In dit artikel lichten we er vier toe, te weten moed, macht, twijfelen en paradoxen hanteren. Het zijn vier thema's die wij het meest terughoorden in onze interviews en waarvan de geïnterviewden ook aangeven dat zij ze belangrijk vinden. En het zijn thema's (zonder de andere thema's tekort te doen) die de geïnterviewden regelmatig puzzelen en bezig houden. We geven de essentie van deze uitkomsten weer, met een vrije hand geschreven. Uit alle interviews en sleutelmomenten hebben wij onderwerpen en uitspraken geselecteerd waarmee in kort bestek deze uitkomsten uit het onderzoek recht gedaan kon worden. Zonder daarbij compleetheid na te streven of te suggereren.

4.1 Moed

In de interviews met bestuurders ging het met regelmaat over moed, moedig handelen, lef en durf. De woorden werden door elkaar gebruikt en veelal gekoppeld aan het eigen handelen. Er is al veel over moed geschreven en gecommuniceerd. Aristoteles omschreef moed als 'het juiste midden tussen lafheid en roekeloosheid'. De filosoof Hanna Arendt (1958) schrijft hier ook over: 'De associatie met moed, thans beschouwd als een onmisbaar attribuut van de held, ligt in feite reeds opgesloten in de bereidheid zelf om handelend en sprekend op te treden, om de stap de wereld in te doen en aan zijn eigen levensverhaal te beginnen.' En meer recent benadrukt Pool (2021) het belang van 'stevige ambtelijke tegenspraak' als een invulling van moed. Door Heijltjes (2024) wordt de term moed gekoppeld aan leiderschap en hoe daar invulling aan zou moeten worden gegeven. Heijltjes benoemt dat leiderschap ook

de moed is om een stapje terug te zetten. Daarbij de eigen leiderschapsrol durven onderzoeken: reflecteren op eigen gedrag, welke impact iemand daarmee maakt en of die impact in de praktijk nog wel klopt met de intentie. Er zijn talloze bronnen over moed en er is niet een definitie voor moed die alles omvat. Maar er zijn wel rode draden te onderscheiden.

‘Mijn gevoel is dat je niet veel ruimte hebt om fouten te maken.’

In de brede zin (dus niet per se gekoppeld aan leiderschap) wordt moed door auteurs altijd gekoppeld aan een persoon in een specifieke situatie. Het gevoel van fouten maken is situationeel en persoonsgebonden; wat in het ene geval moedig is, is in het andere geval vanzelfsprekend. Moed verwijst naar de bereidheid om risico's te nemen, beslissingen te maken ondanks mogelijke weerstand, en verantwoordelijkheid te dragen voor de uitkomsten, zowel positief als negatief. In een wereld waarin verandering constant is, is de moed om 'vooruit te willen gaan', om 'naar voren te stappen' vaak dat wat een leider onderscheidt van anderen. Door 'vooruit te willen gaan' komen leiders in situaties waarin je hebt op te staan, jouw stem te laten klinken, tegen de stroom in. Moedige leiders worden verstandig en wijs gevonden en zijn een voorbeeld voor anderen. Zij creëren vertrouwen en bouwen organisaties die bestand zijn tegen de uitdagingen van de toekomst en zij bieden bescherming aan de leden van de organisatie. Moed is het tegendeel van lafheid, maar ook van gelatenheid, luiheid of zwakheid. Aan het andere uiterste van moed ligt overmoed, te veel de held willen uithangen, 'te ver' gaan en natuurlijke grenzen of grenzen van een opgelegde structuur overtreden.

‘Moed is voor mij bang zijn en toch doorgaan en ervoor blijven staan.’

Door de geïnterviewden werd moedig zijn en moedig handelen belangrijk gevonden. Eigenlijk was het een oproep voor alle medewerkers in de zorg, maar de meeste geïnterviewden benadrukten meer in het bijzonder de oproep tot moedigheid voor de leiders in de zorg. Omdat zij nog beter dan medewerkers in de gelegenheid zijn om kaders te doorbreken en verantwoordelijkheid daarvoor te nemen. Met vergaande consequenties en met voorbeeldgedrag naar medewerkers. En de geïnterviewden gaven aan dat dit niet eenvoudig was om te doen omdat het balanceren is tussen te weinig en te veel moed. Ook werd door hen genoemd dat je niet weet of je het goede doet en toch hebt te handelen en dan kunt falen. En er werden ervaringen gedeeld waarin eigen overtuigingen belemmerend hadden gewerkt en nagelaten was om te handelen, terwijl achteraf gezien dat toch juist zou zijn geweest. Als bestuurder heb je grote verantwoordelijkheid. Fouten worden je zwaar aangerekend, met soms verstrekkende consequenties.

Moed gaat volgens de geïnterviewden ook over het vermogen om moeilijke gesprekken te voeren. Het vraagt moed om eerlijk te zijn over verwachtingen, om moeilijke beslissingen te nemen die niet altijd goed ontvangen worden, maar toch noodzakelijk zijn voor het publieke belang.

‘Besluiten nemen is niet de kern van het besturen, maar wel belangrijk.’

In de interviews hebben we meerdere manieren gehoord waarop directeurs en bestuurders omgaan met moed, lef en durf. 'Professionele moed' wordt, in dit geval door bestuurders en directeurs zelf, gezien als 'gewoon je werk goed doen'. Dat anderen dat waarderen als 'moedig' komt ook door de manier waarop je als directeur of bestuurder in bepaalde omstandigheden handelt dan wel door anderen beschouwd wordt. Uit de gesprekken die we hebben gevoerd komt naar voren dat de bestuurder en directeurs zich terdege beseffen dat zij zelf het voortouw hebben te nemen in het verwezenlijken van hun maatschappelijke ambities, 'daar zien ze zich voor opgesteld', zoals een aantal geïnterviewden het noemen. En ze realiseren zich dat ze ook naar voren hebben te stappen in het open bespreken van hun twijfels en hun fouten. Ze delen met elkaar de ervaring dat de eigen overtuigingen en gewoonten hardnekkig zijn en niet makkelijk onder ogen te zien. Eenieder vindt dat zij daarin werk hebben te verrichten en hun eigen patronen hebben te onderzoeken. We hoorden in de interviews ook, soms tussen de regels door, over het innerlijke verzet dat daarvoor overwonnen moet worden.

Daarbij is de afweging: waar sta ik voor, hoe belangrijk vind ik deze regel en het eventueel doorbreken daarvan? Is dit de uitzondering of ben ik nu bezig om het gehele systeem te veranderen? Door dicht bij hun eigen overtuigingen te blijven over wat zij het goede achten om te doen, voelen zij zich bemoedigd en voelt het minder als moedig zijn. Maar het leidt wel tot moedig handelen. Daarbij maken de geïnterviewden meestal de afweging hoeveel kracht ervoor nodig is om de regel te doorbreken. En hoeveel macht – ons volgende thema – zij zelf daarin hebben. Zelfvertrouwen en gesprekken met gelijkstemden helpen daarbij en dragen bij tot volhouden na falen.

4.2 Macht

In de gesprekken die wij voerden, hoorden we ook hoe bestuurders spraken over macht en vaak in indirecte zin.

‘Ik zeg zelden dat ik bestuurder ben.’

Deze bestuurder bedoelt te zeggen dat zij zich niet wil identificeren met de functie en liever zegt dat ze werkzaam is als bestuurder. De collega's en de buitenwereld zien de bestuurder en maken daarbij geen onderscheid tussen de rol en de persoon. Als bestuurder ben je eindverantwoordelijk voor een organisatie. Dit impliceert een zekere doelgerichtheid, verantwoording nemen en afleggen over de besluitvorming, inclusief het dragen van het risico voor zaken die misgaan. Macht uitoefenen hoort onvermijdelijk bij deze rol. Hoewel eindverantwoordelijkheid en macht nauw met elkaar verbonden zijn, betekenen ze niet hetzelfde. Eindverantwoordelijkheid impliceert dat iemand uiteindelijk de gevolgen van beslissingen draagt, terwijl macht meer draait om het vermogen om zaken gedaan te krijgen.

‘De complexiteit van belangenafweging is als bestuurder breder dan als manager.’

Juist omdat macht en ‘eindverantwoordelijk zijn’ hand in hand gaan vereist de rol van de bestuurder bij uitstek van de persoon het vermogen om macht te begrijpen. Het voorbeeld dat je als bestuurder stelt, heeft een grote invloed op het gedrag van mensen binnen de organisatie. Groter dan die van de directeur. Er lijkt echter een taboe te rusten op het gebruik van het woord macht; deelnemers van Top Class en ook de geïnterviewde bestuurders spreken eerder wat versluisend over hun macht, zij spreken liever van invloed of gezag. In onze interviews en ook in Top Class loopt het gesprek over macht en gezag als een rode draad door het programma. Hoe om te gaan met macht is een kernthema.

Pauline Meurs, terugkijkend op meer dan 15 jaar Top Class, merkt op: *‘Bij mensen in Top Class gaan heel veel gesprekken over macht: ik wil niet in die positie komen want ik zie dat macht corrumpeert. En veel mensen: ik wil het juist wel doen want ik ga het anders doen.’*

Dit citaat illustreert dat velen die overwegen een bestuurlijke rol te nemen, vaak een gecompliceerde relatie hebben met de vraag naar macht, bewust of onbewust. Ook in onze interviews hoorden we deze worsteling terug. Zo vertelde een bestuurder over de periode waarin ze ervoer haar rol als directeur te zijn ontgroeid: *‘Ik heb met vijf verschillende bestuurders gewerkt. Bij de laatste dacht ik: ik had dat beter zelf kunnen doen. Toen dacht ik, het wordt tijd. Ik had steeds meer ruimte gekregen en daardoor kunnen proeven aan het bestuurlijke werk.’*

Er zijn ontelbaar veel boeken over macht geschreven en net als bij het begrip moed is er niet een definitie en verandert de definitie door de tijd. De definitie die in onze tijd ons denken over macht domineert is die van de beroemde socioloog Max Weber (1919). Hij definieerde macht als *het vermogen van personen of groepen om hun wil op te leggen aan anderen, eventueel tegen hun wensen of belangen in.*

Macht is er altijd en overal. Het is soms ongrijpbaar en vaak wel voelbaar. In de basis is macht een neutraal begrip. Het kan negatief worden ervaren wanneer iemand zich onder druk gezet voelt door een ander. Het kan positief worden ervaren bijvoorbeeld als het helpt om structuur aan te brengen en als daardoor mensen goed kunnen samenwerken. Macht is een middel om te beïnvloeden en om te ordenen (Mulder, 2004).

Het is voor de hand liggend om te zeggen dat er een verschil is tussen een bestuurder en een directeur op het gebied van verantwoordelijkheid. De bestuurder heeft als eindverantwoordelijke de uiteindelijke zeggenschap, terwijl de speelruimte van de directeur begrensd is omdat de bestuurder boven hem/haar staat. Verschillende geïnterviewden benadrukten dat het cruciaal is om je bewust te zijn van dit onderscheid, zodat rolverwarring wordt voorkomen. Zoals een geïnterviewde bestuurder vertelde: *‘Ik neem een andere rol in dan de directeur: mijn rol is om de leefwereld zoveel mogelijk te faciliteren met de middelen die zij in de praktijk kunnen gebruiken. De leefwereld heeft de verantwoordelijkheid om het daadwerkelijk goed te doen. In die gedeelde verantwoordelijkheid heb je verschillende rollen.’*

Als bestuurder word je in een machtspositie geplaatst. In een dergelijke positie word je op een voetstuk geplaatst en loop je het risico te geloven dat je zelf verhevener bent boven anderen. Bestuurders moeten hun eigen tegenmacht kunnen organiseren om een adequate weging met andere in het geding zijnde belangen te maken (Putters, 2009).

‘Ik moet mijn eigen tegenspraak continu organiseren.’

Voor bestuurders is het krijgen van tegenmacht minder vanzelfsprekend dan bij directeurs. Als een directeur feedback geeft aan een bestuurder speelt voor de directeur in verschillende mate altijd de angst mee dat je je eigen positie op het spel zet. Daarom geven de geïnterviewden aan dat zij vermoeden dat veel kritiek wordt ingehouden, omdat de relatie met de top vaak gericht is op het verkrijgen van iets wat men nodig heeft, in plaats van op leren. Bestuurders hebben daarom actief hun eigen inzicht in machtsbeoefening te organiseren, omdat anderen dat niet voor hen doen.

In onze ervaring wordt de bestuurlijke inzet van macht gestuurd door de bestaande dynamieken in een organisatie. De wijze waarop een machtige positie wordt uitgevoerd ligt niet zozeer besloten in het karakter van de persoon maar vooral in de rol die hem of haar in de organisatie wordt toegekend (Ellemers, 2022). Voor bestuurders is het dan ook zaak dat zij de patronen in de organisatie kunnen doorzien. De experts die we spraken bevestigden ons beeld dat om een goede machtspositie te krijgen, je als bestuurder en manager je altijd een beeld hebt te vormen van de bestaande dynamiek bij het inzetten van jouw macht. Volgens een van de geïnterviewde experts is een capabele bestuurder, de bestuurder die ontsporingpatronen in een organisatie doorziet en de vicieuze organisatiedynamiek constructief weet te maken.

Voor het omgaan met macht is helpend als bestuurders en directeurs hun (machts-) capaciteiten versterken, bijvoorbeeld hun communicatievermogen en attitudes (zelfpositiviteit, realisme) (Mulder, 2004). Taal doet ertoe, de houding en de manier van zijn ook. De bestuurlijke inzet van macht wordt sterk gestuurd door het morele kompas van de bestuurder en de directeur, een dergelijk kompas is een cruciale tegenkracht die fungeert als innerlijke gids voor wat eerlijk en goed is (Strikwerda, 2018). Een moreel kompas geeft richting en helpt om keuzes te maken en koers te houden. Een besef van morele principes en normen helpt bestuurders en directeurs zich af te vragen wat ‘het goede’ zou zijn in concrete situaties. Niet alleen voor zichzelf, maar voor een zo groot mogelijke groep mensen, ook voor een abstract begrip als een organisatie, regio of maatschappij. Met een moreel kompas vindt besluitvorming plaats op grond van inhoudelijke argumenten én morele overwegingen. En weet de omgeving van de bestuurder wat ze kan verwachten.

Een moreel kompas houdt een spiegel voor om eigen morele ambities te toetsen. Voor een bestuurder geldt vanwege de positie dus nog meer dan voor een directeur het belang van het gebruiken en onderzoeken van het eigen morele kompas. Besef hiervan en reflecteren op eigen zwakheden en kwetsbaarheden wordt van een bestuurder meer nog dan van een directeur verlangd, een zoektocht die de bestuurder niet in zijn of haar eentje hoeft te ondernemen.

4.3 Twijfel

Naast de begrippen moed en macht ging het in de gesprekken met de bestuurders ook vaak over twijfelen. In onze interviews hoorden wij bestuurders regelmatig hun twijfel uiten. Over een keuze, een (niet) genomen besluit, een sollicitatie of anderszins. In die gesprekken werd het twijfelen niet per se positief benaderd, maar werd wel met regelmaat de meerwaarde benoemd. En werd door de geïnterviewden aangegeven dat twijfelen nu eenmaal onlosmakelijk is gekoppeld aan besturen en leidinggeven.

‘In de eerste maand had ik het gevoel; hoe kom ik hier doorheen?’

Twijfel is niet het eerste woord wat opkomt als wordt gesproken over een krachtige leider. De indruk van een deel van de geïnterviewden is dat twijfel eerder wordt gezien als zwakte en wellicht zelfs als een indicatie dat een bestuurder niet geschikt is voor zijn/haar baan. Crises leiden tot meer druk op snel handelen. Wij horen regelmatig de verwachting dat leiders (zowel bestuurders als directeuren) daadkrachtig handelen. Besturen is immers richting geven, toekomst verbeelden en vormgeven, motiveren, verantwoordelijkheid dragen en besluiten nemen. Daarin lijkt twijfel niet direct een plek te hebben. Het lijkt een verlangen naar het maakbaarheidsparadigma (Van der Scheer, 2023). In dat paradigma ligt de focus op problemen oplossen en is er sprake van een zekere onmiddellijkheid en urgentie.

Tegelijk is het ondenkbaar dat een persoon áltijd zeker weet wat er moet gebeuren. Door Van der Scheer wordt daarom, naast het maakbaarheidsparadigma, aangegeven dat er ook een paradigma van meervoudigheid is. Waarbij het wikken en wegen juist een onderdeel is van besturen. En het minder gaat om oplossen, maar meer om gedeelde zoekstrategieën. Dit sluit aan bij de toegevoegde waarde van ‘meervoudig kijken, zoals deze ook wordt benoemd door Boonstra & De Caluwé (2006). Zij vertalen dat in onderzoeken, open vragen stellen, hypotheses opwerpen en toetsen en door nuances te zien. Meervoudig kijken wordt dat ook wel genoemd. Meervoudig kijken helpt om automatisen en ingesleten patronen te beschouwen en eventueel te doorbreken en kan de illusie van beheersing doorbreken (Kahneman, 2012). Waarbij besluiten in alle snelheid worden genomen (veelal op basis van incomplete informatie). En die besluiten vervolgens naar onszelf worden gerechtvaardigd door de informatie selectief tot ons te nemen of ons zelfs helemaal af te sluiten voor nieuwe, niet welgevallige informatie (onze selectieve perceptie). Als meervoudig besturen een vaardigheid is die van bestuurders wordt gevraagd, is twijfelen volgens ons bij uitstek de passende antidode.

In onze gesprekken met bestuurders lieten zij zien dat elk vraagstuk gepaard gaat met twijfel. Maar die twijfel wordt verschillend ervaren, afhankelijk van waar de twijfel over gaat.

Met de door hun genoemde varianten sluiten zij aan bij Van Tent (2023) die een aantal verschillende soorten twijfel heeft beschreven:

- Rationeel, gebaseerd op feiten en analyse
- Emotioneel, veroorzaakt door gevoelens van angst, eenzaamheid en boosheid

- Cynisch, voortkomend uit een basishouding van wantrouwen
- Methodisch, uit een behoefte om de totstandkoming van informatie te bevestigen
- Epistemisch, gericht op kennisclaims en de bewijskracht van de kennis.

Voor veel bestuurder is twijfelen over de inhoud het meest op de voorgrond en ook het beste te hanteren. Want inhoudelijke twijfel daar heb je sparringpartners voor. Dat vraagt wel om een open gesprek, met ruimte en psychologische veiligheid (in de definitie van Edmondson, 2018, pag 11): ‘ideeën en meningen mogen delen, zonder bang te hoeven zijn voor de consequenties’.

Over inhoud twijfelen is voor de geïnterviewden minder spannend dan twijfelen aan zichzelf. Of zij wel een oplossing kunnen bieden. Of zij de lat niet te hoog leggen. Of zij het wel goed hebben gedaan. Of de functie wel bij ze past. En ook wel diepgaandere twijfel: ‘wie ben ik om ...’ Twijfel is meestal een eerste instinctieve reactie op onzekerheid en is uitgebreid onderzocht door psychologen. Als de geïnterviewden in retrospectief de meerwaarde van twijfel zien dan wordt het meer een vorm van reflectie, een bewuste en constructieve manier om met twijfel om te gaan en dan leidt twijfel tot groei en ontwikkeling. Reflectie en twijfelen zijn dan ook verschillende zaken. Reflectie in retrospectief is een vorm van reflection on action, zoals beschreven door Schön, 1979). Schön betoogt hierop aansluitend dat het voor elke professional van meerwaarde is om zowel reflection on action als reflection in action op een continue basis te combineren om zich zo blijvend te leren en ontwikkelen. Waarbij de geïnterviewden aangeven dat zij reflecting in action als vertragend en soms ook pijnlijk ervaren.

‘Mensen hebben vaak een bepaalde opvatting over hun bestuurder, het is de held of de schurk, veel meer zit er niet tussen. En dat gaat meestal niet over als ik twijfel, maar meer over als ik knopen doorhak.’

Van Dale omschrijft iets in twijfel trekken als ‘het niet zeker geloven. Toestand waarin men zich niet voor of tegen iets kan uitspreken’. En over twijfelachtig wordt geschreven dat het gaat om ‘niet onvoorwaardelijk geloven’. En hoewel twijfel misschien niet gelijk een positieve connotatie heeft, is het feit dat bestuurders niet alles onvoorwaardelijk geloven en voetstoots aannemen wel weer essentieel vanuit de positie die ze bekleden. Twijfels zijn reactieve reacties en kunnen verlamdend werken. Je daar bewust van zijn kan verdieping en verbreding geven, wat de kwaliteit van het uiteindelijke handelen bevordert.

Hoewel bestuurders onder contextuele druk regelmatig worden opgeroepen om te kiezen voor zekerheid in plaats van twijfel, denken wij dat twijfel en zekerheid er altijd allebei tegelijkertijd zijn. Zoals er geen licht is zonder donker, is er ook geen zekerheid, zonder twijfel. Stellig zeggen dat er geen zekerheden bestaan (of: ‘ik twijfel over alles!’), is daar een voorbeeld van. Het is een paradox, een schijnbare tegenstelling die bestaat uit verbonden elementen die tegelijkertijd bestaan.

‘Bij een dilemma heb ik als bestuurder een soort onnavolgbare urge om in dezelfde seconde te beginnen aan het antwoord want dan moet ik het aangaan voor mezelf en ik vind het bijna falen als je denkt: ‘nou, daar wil ik even over nadenken.’

4.4 Paradox

Het woord paradox wordt veelvuldig gebruikt in de bestuurlijke taal. De interviews met bestuurders en directeuren waren daar geen uitzondering op. Een paradox wordt dan veelal gebruikt om lastige situaties te duiden waarin er geen makkelijke of voor de hand liggende oplossing is. Vaak wordt het dan gecombineerd met ‘dat het complex is’. Of spannend. En er is veelal sprake van tegengestelde belangen van betrokkenen. Een paradox ontstaat als het gaat om een schijnbare tegenstelling (Zielstra, 2001). Lewis (2011) definieert een paradox als *‘contradictory yet interrelated elements that seem logical in isolation but absurd and irrational when appearing simultaneously’*. Wanneer er sprake is van een paradox zijn twee alternatieven aanwezig en geaccepteerd en kunnen beide simultaan werkzaam zijn (Quinn & Cameron, 1988). Het zijn verbonden elementen die tegelijkertijd bestaan. Een paradox lijkt tegen de verwachtingen in te gaan. Ze zijn eventueel op korte termijn oplosbaar, maar niet voor de langere termijn. Bij een paradox biedt een afweging op het niveau van tegengestelde opvattingen, ideeën en waarden ons geen uitweg.

In zijn bijdrage aan Top Class over de Raad van Toezicht gaf Henk Den Uyl (2024) als voorbeeld van een paradox ‘de raad van toezicht verleent de bestuurder macht en is tegelijkertijd ook degene die de macht van de bestuurder controleert en inperkt’.

Ook in ons onderzoek werd door respondenten gerefereerd aan paradoxen. Zo benoemde een bestuurder de paradox bij besluitvorming rondom een cliëntcasus: *‘Met wie hou ik meer rekening, de directeur en medewerkers of ga ik voor de cliënt?’* Waarbij er in feite geen sprake is van een keuze, maar de bestuurder voor allen verantwoordelijkheid draagt. Een andere respondent benoemde een paradox die veel bestuurders herkennen, waarbij er druk wordt gelegd op het nemen van besluiten: *‘Ik wil niet bevestigend zijn en ook niet ontkennend en dat is heel ingewikkeld voor mijn collega’s’*.

‘Dat is ook de paradox. Ik denk dat je als bestuurder macht hebt. En tegelijkertijd moet je je realiseren dat je macht ook beperkt is, in de zin dat wat jij bedenkt niet direct doorgaat naar het primair proces.’

Vaak zien wij dat directeuren en bestuurders zich laten verleiden om paradoxen te benaderen vanuit een ‘of-of-houding’, dus om ze op te lossen door te kiezen. Onder invloed van tijds- en prestatiedruk worden er afwegingen gemaakt, en beslissingen genomen. Volgens Smith (2014) is een goede manier om paradoxen te hanteren dan ook om de reflex tot een snelle oplossing te herkennen en vervolgens te onderdrukken. Dit betekent echter niet dat je er niets mee kunt doen. Een belangrijke manier om ermee om te gaan, is het te plaatsen in de tijd en context. Dus niet een keer kiezen en het daarbij laten, maar steeds weer opnieuw (kleine) keuzes maken.

En daarbij voor lief te nemen dat de keuzes niet altijd consistent zijn. Dat vraagt om het hanteren van spanningen en ongemak. Zoals Smith (2014) aangeeft: durven consistent inconsistent te zijn.

‘Besturen is inconsistent zijn, je moet van mening kunnen veranderen.’

Daarbij is het van belang om enerzijds oog te houden voor paradoxale situaties, maar anderzijds ook alert te zijn om niet elk vraagstuk tot een paradox te verklaren. Het kost namelijk moeite en dat moet alleen gedaan worden als het de moeite waard is: bij vraagstukken die complex en relevant zijn. En vraagstukken die passen bij wat de betrokkenen aankunnen. Als een organisatie zich in een crisis bevindt bijvoorbeeld, is een onderzoekende of dialogische aanpak wellicht niet de beste route. Dan is een daadkrachtige leiderschapstijl passender.

Om paradoxen goed te hanteren helpt het om in nauw contact te staan met de (standpunten en belangen) van stakeholders. Het is een klassiek systeemprincipe, het principe van *the whole system in the room*. Sommige geïnterviewden vertelden dat deze werkwijze hen helpt om begrip te krijgen van de situatie en hun kans op tunnelvisie te verkleinen. Dit principe kan letterlijk gebruikt worden (alle betrokkenen worden fysiek bij elkaar gebracht), maar ook als een mentale hulpmotor (Spanjersberg, 2022). Inhoudelijk beleid of woorden koppel je dan aan de mensen die aan deze woorden vastzitten. Je positioneert als het ware het woord aan bijvoorbeeld patiënten en medewerkers waarmee je deze groepen niet vergeet onder de druk van tijd en complexiteit. Door beleid of inhoudelijke woorden te betrekken worden het ook relationele woorden die onderzocht kunnen worden op hun relationele effecten.

5. Conclusie

De ontwikkelingen van het zorgstelsel hebben consequenties voor de wijze van besturen. Bestuurders en directeuren hebben zich te verhouden tot een complex zorgstelsel. Zij bewegen in een veld met een groot aantal diverse spelers en belangen. De maatschappelijke opgave om toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve zorg te leveren staat door de schaarste aan middelen en personeel onder druk. De bestuurder wordt hier opgevoerd als een verbindende figuur die verschillende werelden – zoals die van beleid en uitvoering – met elkaar kan verbinden. De bestuurder kan ook gezien worden als betekenisgever die zich beweegt tussen verschillende domeinen om de samenwerking tussen verschillende organisaties (onderdelen) en stakeholders te bevorderen. Wezenlijk in dit alles is de persoon van de bestuurder en de directeur die zij zijn. Van hen wordt gevraagd om te beschikken over balanceerkunst. Als persoon hebben zij koers te houden en bestand te zijn tegen schokken, creatief te handelen en richtinggevend te zijn ook in chaos, ‘het niet weten’ van antwoorden op complexe vragen hebben zij te verduren. Eenduidige antwoorden op vragen zijn er vaak niet, er is veelal onvolmaakte informatie waarop bestuurders hun vervolgens onvolmaakte beslissingen hebben te nemen. Daar hebben zij mee te leven.

In ons onderzoek naar de wording van bestuurder en wat deze sprong vraagt, hebben we een aantal verschillende zaken gehoord. We noemen er hier een paar. De bestuurlijke portefeuille bestaat meer dan die van een directeur uit het kunnen netwerken met verschillende partijen. Daarbij heeft de bestuurder te dealen met een grotere complexiteit aan belangentegenstellingen. Van de bestuurder wordt gevraagd breed (multidisciplinair, organisatie en sector overstijgend en integraal) te kunnen kijken. Op grond van kennis, ervaring en positie is het aan de bestuurder een aansprekende betekenisgevende visie te formuleren op waar het met zorg in de toekomst naar toe zal gaan.

Met hun taal en gedrag personifiëren zij de richting en motiveren zij dat mensen die richting uitgaan. Directeuren zijn meer dan bestuurders intern gericht en/of op enkele onderdelen, hun impact is daarmee minder breed. Het is aan de zorgbestuurder en niet aan de directeur om zich aan de interne en externe toezichthouders en aan de samenleving te verantwoorden over de zorg die geleverd wordt. Het is de bestuurder die de verantwoordelijkheid draagt ook voor het wel of niet buiten de lijntjes kleuren en de gevolgen daarvan. Het is de bestuurder die de gesprekken met de Raad van Toezicht voert, wat politieke vaardigheden vraagt.

De zichtbaarheid van de bestuurder is groter ten opzichte van de directeur, zijn of haar voorbeeldgedrag is van grote betekenis en door het zijn van eindverantwoordelijke is de impact van bestuurlijk handelen groter. De hoogste leider beïnvloedt de dynamiek in de organisatie het sterkst, positief of negatief.

We hebben in onze interviews bestuurders gesproken die heel scherp de machts-spelletjes en interactiepatronen bij anderen konden benoemen en zagen wat er zich onder de waterlijn in de organisatie en samenwerkingsrelaties afspeelde. En tegelijkertijd aangaven hoe moeilijk zij het vonden hun eigen verontrustende dynamiek met collega's of in het team waar te nemen. 'Onder de vuurtoren is het altijd donker' is een bekend citaat dat door een bestuurder werd genoemd. Wij trekken hieruit de conclusie dat het onderzoeken van eigen patronen nodig is voor het zijn van een goede leider en dat vergt moed om onder ogen te zien. In het openbaar twijfelen over eigen handelen en dat bespreken vraagt nog meer moed.

Uit de interviews komt naar voren dat een goede bestuurder meer is dan iemand met formele macht; het vereist persoonlijke moed, zelfkennis en het vermogen om complexe belangen af te wegen. Besturen draait om het balanceren tussen strategie, netwerken en het managen van paradoxen. Bestuurlijk leiderschap houdt ook in dat, wanneer de situatie daarom vraagt, macht wordt aangewend en zonodig afgeweken wordt van de regels zonder de verantwoordelijkheid uit het oog te verliezen.

Met ons onderzoek hopen we bij te dragen aan sterker leiderschap in de zorg. De wording van een bestuurder is voor een directeur een geleidelijke kennismaking; je stapt in een rol, vindt er je weg in, en bouwt inzicht op, zelfvertrouwen en gezag (De Haan & Kasozi, 2014). Het is een, soms pijnlijke, zoektocht naar een ontwikkeling die voor een leider nooit stopt. Want de essentie van goed leiderschap ligt in voortdurende ontwikkeling, waarbij reflectie en een sterk moreel kompas van cruciaal belang zijn voor een duurzame en effectieve bestuurlijke roluitoefening.

Ten slotte willen wij ook nog opmerken dat wij in ons onderzoek spreken over 'de bestuurder', waarbij we ons realiseren dat deze schrijfwijze en generalisatie ertoe kan (ver)leiden om bestuurders als een homogene groep te beschouwen. Maar *de* bestuurder bestaat niet. Wij sluiten ons aan bij Damen (2007) die reeds stelde dat 'eenheidsworst in managementland niet bestaat'. Ook al is er in elke organisatie sprake van een bestuur, de wijze van invullen en uitvoeren van de functie van bestuurder is sterk afhankelijk van de context waarin deze bestuurder opereert. In ons onderzoek zijn wij daarbij op zoek gegaan naar rode draden die de (toekomstige) bestuurders kunnen helpen in het maken van een afweging hoe zij in de praktijk daadwerkelijk willen opereren.

We begonnen dit hoofdstuk met te zeggen dat we in dit artikel slechts enkele onderzoeksresultaten delen. Zo hebben we bijvoorbeeld niet de gevolgen van het maken van een sprong van directeur naar bestuurder besproken en wat dat betekent voor een persoon. Ook is niet aan bod gekomen het spel met de raad van toezicht. Beide onderdelen hebben in het programma Top Class veel aandacht en leiden tot betekenisvolle gesprekken. Ook hebben we in dit artikel summier aandacht besteed aan het belang van kunst en filosofie voor (bestuurlijk) leiderschap, perspectieven die als een rode draad door het Top Class jaar worden geweven. In ons boek zullen deze en andere thema's andere uitbreid aan bod komen.

Literatuur

- Arendt, H. (1958). *The human condition* (2e ed.). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. San Francisco, CA: Chandler.
- Boonstra, J., & De Caluwé, L. (2006). *Interveniëren en veranderen: Zoeken naar betekenis in interacties*. Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Burger, Y. D., De Caluwé, L., & Jansen, P. G. W. (2010). *Mensen veranderen: Waarom, wanneer en hoe mensen (niet) veranderen*. Deventer, Nederland: Kluwer.
- Chell, E., & Pittaway, L. (1998). A study of entrepreneurship in the restaurant and café industry: Exploratory work using the critical incident technique as a methodology. *International Journal of Hospitality Management*, 17(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/S0278-4319\(98\)00006-1](https://doi.org/10.1016/S0278-4319(98)00006-1)
- Damen, J. A. (2007). *Leiderschap en motivatie: Wat drijft en beweegt de topmanagers in Nederlandse organisaties?* Assen, Nederland: Van Gorcum.
- De Haan, E., & Kasozi, A. (2014). *Herkennen en vermijden van hoogmoed, ontsporing en excessen: De schaduwkant van leiderschap*. Tijdschrift voor Management Development, 22(4), 22–25.
- Den Uyl, H. (2022). Wat is wijs toezicht? *Goed bestuur & Toezicht*, 3 (juli–september), 28–32.
- Dilts, R. (1996). *Visionary leadership skills: Creating a world to which people want to belong*. Capitola, CA: Meta Publications.
- Edmondson, A. C. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Ellemers, N., & De Gilder, D. (2022). *De voorbeeldige organisatie: Van goede bedoelingen naar goed gedrag*. Amsterdam, Nederland: Amsterdam University Press.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
- Grove, S. J., & Fisk, R. P. (1997). The impact of other customers on service experiences: A critical incident examination of “getting along.” *Journal of Retailing*, 73(1), 63–85. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(97\)90015-4](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(97)90015-4)
- Heijltjes, M. (2024). *Over moed gesproken*. Culemborg, Nederland: Van Duuren Management.
- Hetebrij, M. (2023). *Macht en politiek in besluitvorming*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Huy, Q. N. (2002). Emotional balancing of organizational continuity and radical change: The contribution of middle managers. *Administrative Science Quarterly*, 47(1), 31–69. <https://doi.org/10.2307/3094890>
- Jansen, M. H. M. (2018). *Mooi in het midden: Het handelingsrepertoire van middenmanagers gericht op medewerkers en klanten*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Jansen, P. G. W. (2003). *Organisatie en mensen: Inleiding in de bedrijfspsychologie voor economen en bedrijfskundigen* (4e dr.). Baarn, Nederland: Nelissen.
- Kaats, E. A. P., & Opheij, W. (2008). *Bestuurders zijn van betekenis: Allianties en netwerken vanuit bestuurlijk perspectief*. Houten, Nederland: Reed Business.
- Kahneman, D. (2012). *Ons feilbare denken: Thinking, fast and slow*. Amsterdam, Nederland: Business Contact.

- Meurs, P. L. (1997). *Nobele wilden: Over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg*. Rotterdam, Nederland: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Meurs, P. (2022). *Zorgen over grenzen*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Mulder, M. (2004). *De logica van de macht*. Schiedam, Nederland: Scriptum.
- Ott, M. (2013). *Talent in beweging*. Rotterdam, Nederland: Erasmus Centrum voor Management Development in de Zorg.
- Pool, E. (2021). *Macht en moed*. Den Haag, Nederland: Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat.
- Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek*. Rotterdam, Nederland: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schön, D. A. (1979). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, NY: Basic Books.
- Senge, P., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R., Roth, G., & Smith, B. (1999). *The dance of change: The challenges to sustaining momentum in learning organizations*. New York, NY: Doubleday.
- Smith, W. K. (2014). Dynamic decision making: A model of senior leaders managing strategic paradoxes. *Academy of Management Journal*, 57(6), 1592–1623. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.0932>
- Spanjersberg, M. (2022). *Tussentaal*. Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Stoker, J. I. (2003). *Grip op leiderschap: Toegankelijke modellen en praktische inzichten*. Deventer, Nederland: Kluwer.
- Van der Scheer, W. (2013). *Onder zorgbestuurders: Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Van der Scheer, W. (2023). *Gedeeld leiderschap in de zorg*. Rotterdam, Nederland: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van Muijen, J. J. (2003). *Leiderschapsontwikkeling: Het hanteren van paradoxen*. Breukelen, Nederland: Nyenrode Business Universiteit.
- Van Tent, N. (2023). *De twijfelende toezichthouder: Perspectieven op toezicht in de zorg*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Weber, M. (1919). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen, Duitsland: Mohr Siebeck.
- Weijers, R. (2011). *Dienen en deugen: Kracht & kwetsbaarheid van topbestuurders*. Amsterdam, Nederland: Boom.

Netwerken als ‘werk in uitvoering’

Dr. Oemar van der Woerd en drs. Frank Beemer

“You can integrate some of the services for all of the people, or all of the services for some of the people, but you can’t integrate all the services for all of the people.”



Netwerken als ‘werk in uitvoering’

Oemar van der Woerd & Frank Beemer, programmadirectie leergang Regie In Zorgnetwerken en Zorgketens bij Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Kadertekst 1. ‘Veelplegers’

In de jaren negentig van de vorige eeuw ontstond er toenemende maatschappelijke onrust over zogenoemde ‘veelplegers’: personen die zich herhaaldelijk schuldig maken aan strafbare feiten. Dit zorgde voor gevoelens van onrust, onveiligheid én toenemende druk op de strafrechtketen. Vanwege het ‘lichte’ karakter van de criminele activiteiten van veelplegers had het strafrechtelijke instrumentarium echter weinig maatschappelijk effect; veelplegers kwamen snel weer vrij met opnieuw overlast, onveiligheid en werk voor de strafrechtketen tot gevolg. Ze zagen geen kans om zich op een andere manier staande te houden in de samenleving. Onderliggende psychische problemen, gedragsproblemen, verslaving, schooluitval en schulden bleken mede oorzakelijk te zijn voor veelplegers. De inzet van alléén het strafrechtelijk instrumentarium bleek daarom kostbare symptoombestrijding. Inmiddels weten we dat er overlap is tussen de doelgroepen van de politie, (geestelijke) gezondheidszorg en maatschappelijke hulpverlening (Van Muijden e.a. 2025). Daarom zijn sinds een aantal jaren zogenoemde ‘zorg- en veiligheidshuizen’ in Nederland opgezet. Dit kan worden begrepen als de ‘geïntegreerde inzet’ van expertise en bevoegdheden uit het strafrecht, de openbare orde, de gezondheidszorg en het veiligheidsdomein. Dit om de overlast van dergelijke groepen te beheersen en hen perspectief op kwaliteit van leven te kunnen bieden.

1. ‘Het netwerk’ als een begrensde object ter discussie

Samenwerken in netwerken wordt steeds nadrukkelijker omschreven en geaccepteerd als een passende strategie in de omgang met taaie vraagstukken (Zonneveld e.a. 2024), zoals de overlast van veelplegers. De erkenning dat hulp- en ondersteuningsbehoeften van mensen meervoudig zijn werkt de totstandkoming van netwerken tussen organisaties in de hand. De veronderstelling hierbij is dat alléén het combineren van kennis- en expertisegebieden – veelal verspreid over drie of meer organisaties – een antwoord kan bieden op de meervoudigheid van hulp- en ondersteuningsbehoeften (Nowell & Milward 2022). De combinatie van verschillende kennis- en expertisegebieden kan nieuwe werkwijzen mogelijk maken die geen van de betrokken partijen zélf kan realiseren. In tegenstelling tot hiërarchische vormen van organisatie, is het voordeel van netwerken dat deze flexibeler van aard zijn en

daarmee op maat gemaakt kunnen worden voor de voorgenomen doelstellingen (Powell 1990). Anders gezegd: deelnemers in een netwerk bepalen waar en wanneer de ‘geïntegreerde inzet’ wenselijk is en kunnen de voorgenomen activiteiten in het netwerk hierop richten. De belofte van samenwerken in netwerken heeft zich in het afgelopen decennium in meerdere publieke domeinen gemanifesteerd om samenhang te realiseren tussen hulp- en ondersteuningsbehoeften en voorgenomen behandelingen. Populair gezegd: het netwerkdenken is *here to stay*.

Met de nadruk op het samenwerken in netwerken ontstaat óók een verscheidenheid in typen netwerken (Hearld & Westra 2022). Netwerken kunnen gevormd worden op basis van een specifieke aandoening of ziektebeeld (zoals mentale gezondheidsnetwerken of oncologienetwerken), doelgroep (zoals ouderen, jeugdigen of dak- en thuislozen) of geografie en schaal (de wijk, regio of landelijk) (Minkman 2020). In de afgelopen jaren richtten beleidsambities zich toenemend op ‘de regio’ om vraagstukken zoals arbeidsmarkttekorten en een steeds ouder wordende samenleving het hoofd te bieden (Van der Woerd e.a. 2024). De bestuurlijke akkoorden zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn hier illustratief voor. De verschillende typen netwerken weerspiegelen de diverse (en soms ook conflicterende) percepties van wat ‘de geïntegreerde inzet’ zou moeten zijn. Elk netwerk ontwikkelt dus een eigen perspectief op wat geïntegreerd zou moeten worden en voor wie (Leutz 2005). Bovendien vinden onderhandelingen plaats over wie de antwoorden mag (mede) bepalen op deze vragen. Netwerken zijn daarmee plekken van macht en machtsdeling. Bij uitstek zijn netwerken daarom belangrijke empirische vindplaatsen in een veranderende welvaartstaat waarbij scheidslijnen steeds sterker worden (Putters 2024).

Voor professionals, managers, bestuurders en beleidsmakers is naast het werken in de eigen organisatie óók het werken in netwerken steeds nadrukkelijker een realiteit geworden. Dit vraagt hen om over de grenzen van de eigen organisatie heen te bewegen, toenemend in meerdere netwerken *tegelijkertijd* (Van der Woerd e.a. 2023). Daarmee is de scope van besturen in de zorg niet alleen gericht op werkwijzen en routines binnen de eigen organisatie, maar ook op het ‘regisseren’ van samenwerking in netwerken. Naast de inspanningen uit wetenschappelijke hoek om grip te krijgen op wat het regisseren van samenwerking in netwerken omvat, neemt ook de behoefte onder professionals, managers, bestuurders en beleidsmakers toe naar reflectie om het eigen handelingsperspectief te bepalen en te verrijken. Voorbeelden zijn het leeratelier ‘Strategie in Netwerken’ van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur voor ambtenaren en de leergang ‘Regisseren zonder macht in het sociaal domein’ van de Vrije Universiteit Amsterdam. Als auteurs van dit hoofdstuk ontrafelen wij met deelnemers in de leergang ‘Regie in Zorgnetwerken en Zorgketens’ van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur wat het vraagt om samenwerking in netwerken te regisseren. Aanleiding voor deze leergang, inmiddels tien jaar geleden, was de overtuiging dat samenwerken in netwerken een specifieke bestuurlijke of managementdiscipline is die afwijkt van klassiek lijn- of projectmanagement (Raab e.a. 2018).

Naast dergelijke opleidingen valt een toename op te merken in pakkende beschrijvingen, aansprekende modellen en toepasbare *tools* door wetenschappers en adviseurs om de essentie van het regisseren van samenwerking in netwerken te vangen.¹ Deze handreikingen zijn nuttig omdat ze meer zichtbaarheid, en daarmee erkenning geven, aan betrokkenen die proberen grip te krijgen op het regisseren van samenwerking in netwerken. Het geeft invulling aan een behoefte aan verdieping en begeleiding wat volgt na publicatie van dergelijke handreikingen. Tegelijkertijd, zo stellen wij in dit hoofdstuk, voedt het de behoefte aan grip. De handreikingen met modellen en *tools* resulteren namelijk veelal in een opsomming van min of meer eenduidige strategieën en stappenplannen om opspelende dynamieken in netwerken te bestrijden of zelfs te beëindigen. Dit in tegenstelling tot een meer genuanceerde en toepasbare duiding hoe op een functionele manier om te gaan met opspelende dynamieken.

Onderliggend aan dergelijke handreikingen, modellen en *tools* is een *instrumenteel-technische* benadering van netwerken die ook in de wetenschap op te merken is. De opsommingen van eenduidige strategieën vloeien voort uit de aanname dat ‘het netwerk’ een begrensde object is met een duidelijke structuur (van Duijn e.a. 2021). Hierbij wordt het netwerk gezien als een specifieke vorm van organisatie. In deze benadering kan een netwerk bewust ontworpen en gestructureerd worden, met eigen grenzen, taken en bevoegdheden – net zoals met organisaties mogelijk is (Provan & Kenis 2008). Analyses richten zich voornamelijk op het vinden van de optimale vorm van het netwerk om een verondersteld gemeenschappelijk doel te bereiken (van der Weert e.a. 2022). Een dergelijke focus is waardevol omdat samenwerking in netwerken gepaard kan gaan met onduidelijke taken en rollen, wat mogelijk bijdraagt aan het suboptimale functioneren van het netwerk. Taken en rollen sluiten daardoor soms slecht aan bij de doelstellingen van het netwerk. Tegelijkertijd lijkt deze benadering minder oog te hebben voor de realiteit en subtiliteit van netwerken als een werkwoord. Het centraal stellen van netwerken als ‘werk in uitvoering’, zoals we in dit hoofdstuk uiteenzetten, reikt verder dan sleutelen aan het netwerk als een begrensde object. Integendeel; juist vanwege de vele inhoudelijke afhankelijkheden zijn netwerken niet logisch te begrenzen. Dit past bij een meer gesitueerde en dynamische netwerkbenadering (La Grouw 2025; Van der Woerd e.a. 2024). Met ‘werk in uitvoering’ refereren wij aan terugkomende dynamieken die inherent zijn aan het samenwerken in netwerken. Zoals we illustreren omvat dit het *steeds weer* heen en weer bewegen tussen integratie en fragmentatie. Betrokkenen krijgen te maken met ambigue situaties, waarbij de terugkerende vraag opdoemt: is handelen nodig en wie kunnen of moeten dat dan doen (of niet)?

Typisch voor een dergelijke benadering is dat er vragen onder betrokkenen kunnen ontstaan over de bestaansredenen van het netwerk (*de normativiteit van netwerken*), de ervaren eenheid binnen het netwerk of gebrek daaraan (*de ongrijpbaarheid van netwerken*) en zorgen of het netwerk robuust genoeg is om op de lange termijn in stand te blijven (*de weerbaarheid van netwerken*). Met dit hoofdstuk proberen wij

¹ Een voorbeeld is de handreiking ‘Effectief Samenwerken: perspectieven en inzichten die bestuurders kunnen helpen bij het samenwerken aan maatschappelijke opgaven’ van de beroepsvereniging van bestuurders in de zorg (NVZD) in samenwerking met adviesbureau Common Eye.

een praktijkgerichte duiding te geven van netwerken, waarbij de sociale ervaringen van betrokkenen als uitgangspunt worden genomen. Hiermee problematiseren wij niet alleen handreikingen en *tools* die voornamelijk pogen om het netwerk als object te structureren, maar proberen wij deze ook te verrijken. De gepresenteerde noties in dit hoofdstuk vloeien voort uit netwerkonderzoek en -onderwijs uit de afgelopen jaren (zie *Kadertekst 2* voor een beknopte beschrijving).

In het vervolg van dit hoofdstuk duiden we allereerst hoe ontwikkelingen in zorg en gezondheid over integratie en fragmentatie op elkaar inhaken. Vervolgens zoomen we in op de dynamieken van het samenwerken in netwerken. In onze duiding hiervan putten we naast de data zoals beschreven in *Kadertekst 2* uit recente netwerk-literatuur, voornamelijk gericht op de Nederlandse context, om meer zicht te krijgen op hoe om te gaan met deze dynamieken. In de discussie sluiten we af met implicaties voor zowel netwerkonderzoek als -onderwijs.

Kadertekst 2. Gebruikte data uit netwerkonderzoek- en onderwijs

Tijdens de leergang Regie in Zorgnetwerken en Zorgketens reflecteren deelnemers op hun rol en positie in het samenwerken in netwerken. Tijdens de afzonderlijke modules – qua onderwerp variërend van governance tot leiderschap – definiëren deelnemers steeds weer hun leerbehoeften. Daarbij duiden zij de dynamiek van de netwerken waar zij deel aan nemen (en hoe dit verandert na verloop van tijd). Deelnemers werken ook toe naar een eindopdracht waarin de verzamelde reflecties worden opgetekend. De eindopdrachten van deelnemers tijdens vier leergangedities (tussen 2022 en 2025) fungeerden als belangrijke bron en startpunt voor de gepresenteerde analyse over netwerken als ‘werk in uitvoering’ in dit hoofdstuk. Aanvullend is de analyse gebaseerd op reeds uitgevoerd netwerkonderzoek in de ouderen- en ziekenhuiszorg (van 2018 tot 2023), opgetekend in het proefschrift ‘The Ethnography of Caring Networks: Disentangling a governance order in-the-making’ (2024) van Oemar van der Woerd. Hierbij onderzocht Oemar hoe beleidsveranderingen gericht op regionale netwerken doorwerken in het alledaagse werk van professionals, bestuurders én beleidsmakers. Sinds 2023 doet hij vervolgonderzoek in een jeugdzorgnetwerk en een netwerk in de geestelijke gezondheidszorg, gericht op het beter begrijpen wat het voor betrokkenen betekent om te bewegen tussen de eigen organisatie en het netwerk. Daarnaast put dit hoofdstuk uit de ervaringspraktijk en beschrijvingen van Frank Beemer als netwerkregisseur en -adviseur van diverse netwerken in de zorg en het sociaal domein, veelal op het snijvlak met het onderwijs, sport en bewegen en veiligheid en wonen. De databronnen fungeerden als input voor meerdere bijeenkomsten tussen 2024 en 2025 waarbij de auteurs toewerkten naar de analyse over netwerken als ‘werk in uitvoering’.

2. De spanning tussen integratie en fragmentatie

Het voorbeeld van de zorg- en veiligheidshuizen in *Kadertekst 1* is illustratief voor het dominante denken dat samenwerken in netwerken een antwoord is op ervaren fragmentatie. De zorg- en veiligheidshuizen moeten namelijk de fragmentatie tussen het veiligheids-, zorg- en sociaal domein ondervangen. Adequate ondersteuning bij meervoudige zorg- en hulpvragen van mensen vraagt om expertise die geconcentreerd is bij gespecialiseerde disciplines en aanbieders. Dat kan bijvoorbeeld gaan om specifieke kennis of bevoegdheden (zoals experts aangaande schuldenproblematiek) of specifieke eisen aan de dienstverlening (in de nabijheid van mensen of verregaand tot ‘achter de voordeur’ in het sociaal domein). Tegelijkertijd ervaren inwoners fragmentatie in de hulpverlening, die nauwelijks tot niet op elkaar is afgestemd. Dat uit zich in de verschillende loketten waar zij hun verhaal moeten delen. Professionals die domeinoverstijgend werken meer gangbaar willen maken – gegeven hulpvragen die op meerdere domeinen betrekking hebben – ervaren fragmentatie in de bekostigingssystemen en verantwoordingsstructuren (Van Muijden e.a. 2025). Beleidskaders zijn in de afgelopen jaren afgestemd op beleidsdomeinen en wetenschappelijk gevalideerde behandelingen van specifieke aandoeningen. Deze beleidscontext maakt de gewenste integratie verre van vanzelfsprekend.

De ervaren fragmentatie vloeit voort uit een sterk functioneel georganiseerde samenleving die bovendien behoefte heeft aan steeds verdere specialisatie van expertises (Bannink & Trommel 2019). De ervaren fragmentatie van dienstverlening door mensen met meervoudige hulpvragen is belangrijk in de wetenschappelijke analyses, maar dit is geen vanzelfsprekendheid geweest. In de beleids- en organisatiewetenschappen werd in de vorige eeuw vooral onderzocht hoe integratie *binnen* eenduidige organisaties optimaal vorm kon krijgen. De klassieke bureaucratie en *scientific management* kwamen hierbij in opkomst. In de jaren zestig brak het besef door dat organisaties zich meer tot hun omgeving moesten verhouden (Lawrence & Lorsch 1967). Vanaf de jaren zeventig is in de bedrijfskunde aandacht voor *resource management* (Pfeffer & Salancik 1987). Hierbij stond het verzekeren van hulpbronnen centraal die nodig waren om een product te maken door stabiele relaties met toeleveranciers aan te gaan. Dit kan worden omschreven als de start van het denken in ‘ketens’ – de *supply chain* – dat in de jaren tachtig en negentig opkwam. Ook in de zorg ontstonden er toepassingen van het denken in ketens, zoals de ketenaanpakken voor specifieke cliëntgroepen. In de jaren die volgden ontstond er aandacht voor een breder perspectief, gegeven de gewenste ‘domeinoverstijgende impact’ van beleid en uitvoering (Bosdijk e.a. 2023). Disciplines en organisaties zijn met elkaar verweven en kunnen niet los van elkaar gezien worden om ‘maatschappelijke waarde’ te realiseren voor inwoners én de samenleving als geheel (Moore 1997). Ondertussen schrijdt de functionele specialisatie onverminderd voort, zoals zichtbaar is in het streven naar concentratie (en spreiding) van (specialistische) zorg. Ook worden nieuwe ziektebeelden, behandelingen en vooruitstrevende technologieën ontwikkeld, wat gepaard gaat met de ontwikkeling van nieuwe protocollen en opleidings- en beleidskaders. Met tot gevolg: onvermijdelijk verdere fragmentatie, en het groeiende verlangen dat netwerken als integratiemechanisme de ervaren fragmentatie kan oplossen.

Hoewel integratie op papier aantrekkelijk geformuleerd kan worden, is de realisatie in de praktijk niet eenvoudig. Integratie stelt immers gespecialiseerde werkwijzen ter discussie waarmee gevestigde belangen, professionele routines en machtsverhoudingen worden betwist en in het geding komen (Michgelsen e.a. 2022; Zonneveld e.a. 2024). De verschillende specialisaties vertegenwoordigen uiteenlopende perspectieven op het probleem en de oplossing – als deze al als zodanig te formuleren zijn. Het smeden van een ‘gedeeld’ handelingsperspectief is daarmee inherent taai en imperfect, juist omdat betrokkenen vanuit een eigen opleidings- en ervaringskader redeneren (Bannink & Trommel 2019). Bij ingewikkelde (medische) hulpvragen botsen de verschillende specialistische regimes al snel. Sommige benaderingen lijken te suggereren dat integratie op *alle* te onderscheiden niveaus nodig is, van individuen, teams, organisaties tot beleidssystemen (Valentijn e.a. 2015). Leutz (2005, 83) stelt echter dat voorgenomen integratie inherent gepaard gaat met nieuwe fragmentatie:

“You can integrate some of the services for all of the people, or all of the services for some of the people, but you can’t integrate all the services for all of the people.”

De roep om integratie, hoe begrijpelijk en noodzakelijk ook, leidt daarmee paradoxaal tot nieuwe fragmentatie (Raab 2024). De veronderstelde integratie door *het* netwerk is de fragmentatie voor *een ander* netwerk. Vanuit het perspectief van geografisch georiënteerde gemeenten is de dominante medische ordening in ziektebeelden en aandoeningen gefragmenteerd, zoals afzonderlijke bewegingsinitiatieven voor mensen met Parkinson en diabetes. Voor een zorgorganisatie in de ouderenzorg zijn de contractrelaties met meerdere gemeenten en zorgkantoorregio’s een vorm van fragmentatie, die veel overlegtijd en onnodige transactiekosten met zich meebrengt. In de jeugdhulp en -zorg wordt de ‘knip’ tussen jeugd- en volwassenondersteuning (tussen 18 en 27 jaar) als een hinderende vorm van fragmentatie gezien. Ook leiden de verschillende netwerken waar partijen in participeren steeds nadrukkelijker tot een gevoel van fragmentatie, vanwege overlap of concurrentie met elkaar. Bovendien stellen Nies e.a. (2021) dat in het Nederlandse bestuursstelsel, wat zich kenmerkt door corporatisme, het niet evident is wie ‘de leiding’ heeft om de gewenste integratie te bepalen. Dit is per definitie diffuus. De voortdurende spanning tussen integratie en fragmentatie genereert steeds terugkerende dynamieken in netwerken.

3. Beleidsdrang naar integratie

Vanuit beleidsperspectief is de drang naar integratie niet nieuw in het aanpakken van urgente vraagstukken. Dit kan gerelateerd worden aan de opkomst van *collaborative governance* in de zorg (Frankowski 2019). Op landelijke beleidsniveaus valt een patroon op te merken, waarbij overheden en financiers zoals zorgverzekeraars ‘de opgave’ omschrijven en de arena framen – zoals ‘de regio’ – voor relevante partijen om tot een collectieve aanpak te komen (Van der Woerd e.a. 2024). Dit wordt ook wel *metagovernance* genoemd (Torfing & Sorensen 2017). Bestuurlijke akkoorden, zowel in de zorg als daarbuiten, zijn een kenmerkende uiting van metagovernance.

Deze akkoorden leiden tot nieuwe overleggrems en regionale netwerken die knellen met al bestaande initiatieven en leidt daarmee tot nieuwe fragmentatie (Peeters e.a. 2024). Bij lokale partijen roept de regio verschillende sociaalgeografische en culturele connotaties en grenzen op. Bovendien past de regionale ordening niet altijd even goed bij de bewegingspatronen van inwoners. De nadruk op de regio om samen te werken creëert nieuwe onderlinge afhankelijkheden tussen partijen, ook als partijen daar op inhoudelijke gronden geen noodzaak voor zien. Gemeenten worden bijvoorbeeld in het regionale inkoopstelsel voor jeugdhulp gedwongen om samen te werken, ook al hebben zij uiteenlopende visies op de wijze waarop de hulpverlening geleverd zou moeten worden. Om deze samenwerking werkbaar te maken zijn vervolgens vele inspanningen tot integratie nodig. Anders gezegd: collaborative governance is een eigen regime geworden, met eigen geïnstitutionaliseerde afkortingen, stimuleringsmiddelen, randvoorwaarden op regionale niveaus en bijpassende handreikingen en opleidingen – waar ook wij aan bijdragen met de eerdergenoemde leergang. Illustratief zijn de beleidsgeïnitieerde ‘domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden’: organisatienetwerken voor zorg en gezondheid met een eigen afkorting (DSV’s).²

Onder beleidsmakers is toenemend aandacht voor de samenhang tussen het zorg- en sociaal domein (en daarmee ook de urgentie en behoefte voor een evenwichtige verdeling van beleidsmiddelen). Vanuit het zorgdomein wordt nadrukkelijk ingezet op het verstevigen van de sociale cohesie op wijk- en buurtniveau, om zo een kleiner beroep op formele zorgverleners te realiseren. De veronderstelling hierbij is dat de druk op formele zorg(verleners) verminderd kan worden. Tegelijkertijd bestaan er al vele formele en informele voorzieningen op dergelijke wijk- en buurtniveaus die zijn ingestoken met *andere* perspectieven, zoals bestaanszekerheid, kansgelijkheid of basisvaardigheden. Onzekerheid over voldoende inkomen onder mensen kan bijvoorbeeld leiden tot stress met mogelijke medische gevolgen. De beleidsvoornemens vanuit het zorgdomein tot integratie kunnen voor inwoners paradoxaal tot fragmentatie leiden.

Deze verwevenheid versterkt beleidsvoornemens over ‘maatwerk’ – de ultieme vorm van integratie. Hierbij is de overheid in staat alle denkbare ‘assen’ van het leven min of meer samen te brengen in een coherente aanpak. Illustratief is het beleidsmantra ‘één gezin, één ondersteuningsplan’ in de jeugdhulp en -zorg waarbij het ondersteuningsplan is opgesteld in samenwerking met de betreffende inwoner of het huishouden zelf. Maatwerk is echter bij uitstek gefragmenteerd. Maatwerk voor eenieder heeft ook versplinterde zorg als uitkomst. Naast de eerdergenoemde relativering van Leutz (2005) problematiseert Frissen (2023) de beleidsdrang naar integratie. Hij ziet een ontoelaatbare inbreuk op de autonomie van de burger door instituties die integraal bepalen wat op *alle* leefgebieden ‘goed’ is voor de inwoner. Bovendien blijft de vraag hangen: wie bepaalt wat voor wie wordt geïntegreerd? Wie ‘integreert’ heeft namelijk de touwtjes en daarmee de ultieme macht in handen.

² Zie bijvoorbeeld de verschillende tools en handreikingen aangaande het beleidsprogramma ‘De Juiste Zorg op de Juiste Plek’ (2018) wat regionale en domeinoverstijgende samenwerking beoogt te stimuleren.

4. Terugkerende dynamieken in netwerken

In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijven we drie manieren waarop de spanning tussen integratie en fragmentatie zich uit in het samenwerken in netwerken (zie Tabel 1): (i) *de normativiteit* (‘hovaardij’) van netwerken; (ii) *de ongrijpbaarheid van netwerken*; en (iii) *de weerbaarheid van netwerken*. Dit kan worden begrepen als steeds terugkerende dynamieken die niet op zichzelf staan en daarmee niet simpel te bestrijden of op te lossen zijn. Deze analyse vloeit voort uit het begrip van netwerken als een dynamisch proces en omvat meer dan het netwerk als een begrensd object, zoals in de inleiding beschreven.

Tabel 1. Terugkerende dynamieken in netwerken

Thema	Dynamieken	Handelingsperspectief	Relevante literatuur
De normativiteit (‘hovaardij’) van netwerken	Morele druk om deel te nemen in netwerken, wat daarmee in tegenspraak is deugt niet	Een doordachte afweging maken waarom wel of niet deel te nemen aan netwerken, wat regelmatige reflectie en moed vraagt	Van Duijn e.a. (2021) Westra e.a. (2017) Suskind (2005) Logsdon (1991)
	‘We moeten samenwerken in netwerken omdat dit goed is om te doen.’	Abstracte begrippen om te duiden wat het netwerk beoogt te doen slijten snel en verliezen aan betekenis	Talige interventies helpen om netwerkdoelen af te bakenen; deze kunnen ter discussie gesteld worden
	Tegenstrijdige verantwoordelijkheden en belangen worden betwist en als niet legitiem gezien en verdwijnen ‘onder tafel’	Erkenning dat uiteenlopende belangen en diffuse verantwoordelijkheden in het netwerk legitiem zijn	
De ongrijpbaarheid van netwerken	De diversiteit aan deelnemers in het netwerk werkt een machtsspel in de hand	Dominante beelden over elkaar en het netwerk bespreekbaar maken, wat ook veronderstelt om conflicten aan te gaan	Zonneveld e.a. (2024) Schruijer (2021) Peeters e.a. (2023) Van de Ven e.a. (2025)
	‘We moeten keuzes maken om het goede te doen met elkaar.’	Ervaren grenzeloosheid van het netwerk en overlap met andere netwerken	La Grouw (2025) Michgelsen e.a. (2021)
	Onzekerheid over de daadwerkelijke effectiviteit van het netwerk	Het vermogen om de toegevoegde waarde van het netwerk te concretiseren en af te wegen tegen omliggende netwerkdrukke	
De weerbaarheid van netwerken	De veronderstelde netwerkidentiteit voelt geforceerd en leidt tot een schijnhouding	Onderliggende waarden boven tafel krijgen onder deelnemers om te bepalen of de acties in het netwerk passend zijn	
	‘Momentum’ vasthouden terwijl de urgentie voor het netwerk sluimerend verزند	Ruimte organiseren om persoonlijkheden en ambities te delen, wat openheid veronderstelt over de eigen organisatie	Van Vooren (2024) Van Lammeren e.a. (2025) Van der Scheer (2023) Roest e.a. (2025) Keast (2012)
	‘We moeten een robuust netwerk zijn zodat we het goede kunnen blijven doen.’	‘Momentum’ vasthouden terwijl de urgentie voor het netwerk sluimerend verزند	Inspelen op verschillende ontwikkelingsfasen van het netwerk, wat ook veronderstelt om te durven stoppen bij gebrek aan voortgang
	Het gemis aan leiderschap vergroot de behoefte aan ‘de leider’ in het netwerk	De leidersvraag stellen in het netwerk; dit veronderstelt gedeeld leiderschap met gedeelde verantwoordelijkheden	
	De roep om nieuwe coördinatie met risico tot over-organisatie (institutionalisering) en onder-organisatie (informaliteit)	De gedeelde ambities zijn bepalend voor de organisatie-intensiteit, wat ook veronderstelt om deze regelmatig bij te stellen	

4.1 De normativiteit ('hovaardij') van netwerken

Uit de praktijken van de deelnemers van de leergang blijkt dat het initiatief om netwerken te vormen bij een urgente vraag ligt. Het komt zelden voor dat de ambitie van betrokkenen om een netwerk te vormen niet maatschappelijk relevant is. Door betrokkenen is immers meegedacht en -gesproken vóórdat de partners de ambitie van het netwerk, letterlijk of figuurlijk, onderschrijven. Diezelfde onmiskenbare relevantie leidt tot een vorm van 'hovaardij' van netwerken.³ De ambities van (en met) het netwerk worden in verhouding zo belangrijk gemaakt dat andere verantwoordelijkheden van netwerkpartners in het niet vallen. Daarmee worden belangen van de netwerkpartners ondergeschikt gemaakt aan het veronderstelde maatschappelijke belang dat het netwerk zou moeten dienen. Maar ook andere belangen en verantwoordelijkheden zijn legitiem.

Een terugkerende uitspraak tijdens de leergang is dat het maatschappelijk belang zwaarder moet wegen dan het belang van de afzonderlijke organisatie. Maar hoe ambitieuzer de geformuleerde ambities in het netwerk, hoe meer *impact* of fragmentatie de beoogde realisatie daarvan heeft op de werkwijzen van de netwerkpartners. Om te monitoren hoe een nieuwe werkwijze in het netwerk zicht ontvouwd is het bijvoorbeeld noodzakelijk dat partijen op een andere manier informatie invoeren in verschillende datasystemen. Wanneer realistische overwegingen rond de inzet van expertise en middelen niet op tafel mogen komen – vanwege hun futiliteit en ondergeschiktheid aan de grote netwerkambities – leidt dat vroeg of laat tot risico's voor de daadwerkelijke realisatie van dergelijke ambities. De hovaardij aangaande de netwerkambities leidt zogezegd tot luchtkastelen: veel potentiële impact, maar weinig kans op de daadwerkelijke realisatie daarvan gelet op de spanningen die dat met zich meebrengt voor *andere* verantwoordelijkheden.

Dit voedt een begrip dat het denken in boven- of ondergeschikte belangen niet zozeer productief is in netwerken. Een alternatieve manier is om te zoeken naar vruchtbare combinaties van waarden en belangen (Susskind 1999). Een voorbeeld is de samenwerking tussen het sociaal domein en de eerstelijns. Dit kan tot resultaat hebben dat sociale wijkteams kwetsbare gezinnen tijdig in beeld krijgen, zodat adequaat ingespeeld kan worden op de hulpbehoeften. Een praktisch gevolg kan zijn dat de wachtkamer van de lokale huisartsenpraktijk minder snel volloopt waardoor de ervaren werkdruk vermindert. Door het zoeken naar combinaties van waarden en belangen kunnen nieuwe mogelijkheden aan het licht komen om eventuele lasten draagbaar(der) te maken voor betrokkenen in het netwerk. De minimale voorwaarde om te komen tot vruchtbare combinaties is dat relevante overwegingen van de netwerkpartners en de (potentiële) gevolgen voor de partijen bespreekbaar worden gemaakt. Wij zien in de praktijk dat hovaardij over de netwerkdoelen dit in de weg staat. Legitieme overwegingen van de netwerkpartners verdwijnen 'onder tafel', terwijl deze een verklarende rol spelen in het wel of niet handelen. Het werkt de totstandkoming van dubbele agenda's in de hand. De hovaardige netwerkpartner zal

³ Een 'hovaardig' iemand kenmerkt zich door een groot gevoel van eigenwaarde en voelt zich beter of belangrijker dan anderen. Hovaardig raakt daarmee aan de betekenis van hoogmoed.

deze dubbele agenda veroordelen, wat de reeds ontstane verwijdering tussen de netwerkpartners weer verder kan vergroten.

De hovaardij van netwerken kan daarnaast herkend worden als een morele druk om te participeren in netwerken, waarbij andere afwegingen geen legitieme reden mogen zijn om *niet* deel te nemen. Een terugkerende observatie is dat het dwingen van partijen om deel te nemen aan een netwerk resulteert in meeliftgedrag (Logsdon 1991), geredeneerd vanuit het perspectief van de hovaardige netwerkpartner. Zogezegd wordt hiermee een hypotheek gelegd op de effectiviteit van het netwerk. Ruimte geven aan een doordachte afweging om wel of niet actief deel te nemen aan een netwerk is een voorwaarde voor medeverantwoordelijkheid voor het netwerk.

Een laatste terugkerend patroon vanuit de normativiteit van netwerken zijn de 'verheven' begrippen die gehanteerd worden om netwerkambities te definiëren. Steeds nadrukkelijker worden netwerken die we in het netwerkonderzoek en -onderwijs tegen komen gezien als onderdeel van 'de transitie' of 'transformatie'. De eerdergenoemde bestuurlijke akkoorden zoals het IZA en AZWA vragen zelfs om 'transformatieplannen' om financiering te verkrijgen. Tegelijkertijd merken we op dat deelnemers van de leergang een zekere abstractheid niet altijd als productief omschrijven. Abstracte begrippen om te duiden wat het netwerk beoogt te doen slijten snel en verliezen zo aan betekenis. Tegelijkertijd kunnen talige interventies die inclusie benadrukken, zogenoemd 'inclusief framen' (Crosby e.a. 2017), helpen om netwerkambities zo te formuleren dat (potentiële) netwerkpartners ook hun waarden vertegenwoordigd zien (Zonneveld e.a. 2024). Die framing zou dan wel tot uiting moeten komen in de inhoudelijke prioriteiten van het netwerk. Dit is voorwaardelijk voor netwerkpartners om medeverantwoordelijkheid te kunnen nemen.

4.2 De ongreepbaarheid van netwerken

Een terugkerende reflectie van de deelnemers tijdens de leergang is dat netwerkregisseurs en coördinatoren een gebrek aan 'grip' ervaren. Sterker nog: dit gebrekaangripsvoornamelijk de reden om deel te nemen en het handelingsperspectief te verrijken. Bij het doorvragen naar waar de ervaren ongreepbaarheid vandaan komt refereren deelnemers naar de (principiële) diversiteit tussen de netwerkpartners. Verschillen in perspectief en discipline, maar ook schaalgrootte, geografische oriëntatie, organisatorische en financiële slagkracht maken het op momenten lastig om tot gedeelde analyses en werkwijzen te komen. In verschillende netwerken merken we op dat dergelijke verschillen de reflex in de hand werken om het netwerk qua aantal en diversiteit aan type netwerkpartners beperkt te houden. Tegelijkertijd kan dit de toegevoegde waarde van het netwerk verminderen, bijvoorbeeld doordat specifieke expertise en ervaring ontbreekt. Bovendien merken we op dat deze vorm van 'exclusief framen' tot intensief herstelwerk leidt (Crosby e.a. 2017). Partijen die (aanvankelijk) werden uitgesloten, hebben weinig motivatie om op een later moment in te stappen in het netwerk. Met andere woorden: uitsluiting creëert sterke emoties, ook in de wereld van netwerken.

Diversiteit in netwerken wordt omschreven als de bron voor zowel synergie als inertie (Huxham & Vangen 2005). Door uiteenlopende competenties, expertises, middelen en bevoegdheden samen te brengen is de veronderstelling dat partijen meer kunnen bereiken. Maar het vergt een zoekproces om uit te vinden (en te leren) hoe die synergie zich kan manifesteren, op zo'n manier dat de partijen het als het ware kunnen dragen. Behalve het ontwerpen van een vertrouwenwekkend proces, omvat dit het adresseren van (potentiële) taakconflicten (Schruijer 2006). Dit omvat de inhoudelijke issues die zich aandienen. Zijn dergelijke taakconflicten obstakels of bieden ze kansen om verschillende waarden tot *nieuwe* waarde te transformeren? Zogezegd kunnen taakconflicten als inhoudelijke brandstof fungeren voor de meerwaarde van het samenwerken in netwerken. Wij zien in onze observaties dat netwerkpartners opzien tegen het adresseren van taakconflicten uit angst voor langlopende discussies, tijdsverlies en druk op persoonlijke relaties. Dit werkt een strategie van vermijding in de hand. Deelnemers tijdens de leergang beschrijven regelmatig het belang om te benadrukken wat de netwerkpartners bindt – de *common ground* – en niet zozeer wat verdeelt. Zoals Van der Scheer (2023) beschrijft kan gezamenlijkheid pas ontstaan als er ruimte is voor verschil én hier tijd voor vrijgemaakt wordt om hierop te reflecteren. Paradoxaal genoeg zien we in meerdere netwerken dat het vermijden van het onderzoeken van taakconflicten de basis is voor inertie. Specifieke waarden en belangen van netwerkpartners kunnen al sluimerend verdwijnen van de netwerkagenda. Dit werkt juist strategisch gedrag in de hand (Ten Heuvelhof 2016).

De totstandkoming van een netwerk om de geïntegreerde inzet voor meervoudige zorg- en hulpvragen van inwoners te realiseren resulteert voor betrokkenen al snel in een gevoel van grenzeloosheid. Zoals we eerder duiden is overlap of zelfs concurrentie tussen netwerken een realiteit geworden. In onze gesprekken met netwerkpartners merken we op dat begrenzen geen sinecure is, omdat de gevolgen daarvan onzeker zijn en mogelijk lastig terug te draaien zijn. Begrenzen in termen van scope en reikwijdte wordt op pragmatische gronden gedaan. Dit vraagt om het vermogen om de toegevoegde waarde van het netwerk te concretiseren en af te wegen tegen omliggende netwerkdrukke. Veelgenoemd is bovendien het gebrek aan inzicht in de effectiviteit van het netwerk. Dit maakt op momenten onzeker, zo merken we steeds nadrukkelijker tijdens de leergang. Netwerkpartners vragen zich regelmatig af of er vooruitgang wordt geboekt. Indicatoren, soms afgedwongen door financiers zoals zorgkantoren en zorgverzekeraars, bieden maar beperkt soelaas. Peeters e.a. (2023) laten zien dat als netwerkpartners de effectiviteit van hun samenwerking evalueren, dit voornamelijk wordt afgemeten op basis van hun ervaringen met de onderlinge samenwerking en in mindere mate aan inhoudelijke uitkomsten. Een verklaring hiervoor is de taaiheid om dergelijke uitkomsten van samenwerken in netwerken meetbaar te maken. Het 'meten' van de bijdrage in een netwerk aan een abstract gedefinieerde maatschappelijke opgave is complex. Tegelijkertijd merken we in meerdere netwerken op dat het gebrek aan inzicht in en de overtuiging van de (potentiële) effectiviteit resulteert in eroderend commitment. Daarom is het belangrijk om regelmatig bespreekbaar te maken in hoeverre netwerkpartners de overtuiging hebben dat de ontplooiende activiteiten in het netwerk bijdragen aan de vastgestelde ambities. Het op gang brengen van gezamenlijke interpretatie van de beschikbare informatie over resultaten, aangevuld met de ervaringen vanuit de verschillende

perspectieven van de netwerkpartners, kan als belangrijke voedingsbodem fungeren voor een gedeeld beeld over 'de effectiviteit' van het netwerk.

4.3 De weerbaarheid van netwerken

In de levenscyclus van het samenwerken in netwerken valt een 'wisselend momentum' op te merken (Roest e.a. 2024). Veelal wordt de ondertekening van de gedeelde ambitie van een netwerk breed uitgemeten in de media. Maar als de netwerkpartners dit nader proberen uit te werken tot een gezamenlijke werkwijze, dan wordt ook de weerbaarheid van het momentum zichtbaar. En als netwerkpartners aan de slag gaan, dan kan het eigenaarschap verflauwen. Dat is bijvoorbeeld het geval als er (weer) nieuwe ambities met momentum (en gevraagde inzet) opduiken. Dit maakt het belangrijk dat netwerken inspelen op verschillende ontwikkelfases. Sommige fases kunnen meer dynamiek of stabiliteit vragen (Van Vooren 2024). Het kan voorkomen dat het momentum wegzakt. De partners verliezen het vertrouwen in de effectiviteit van het netwerk en daarmee de legitimiteit van de samenwerking. In dat geval kan ook de optie op tafel komen om (bewust) te stoppen. Stoppen met samenwerking wordt veelal door netwerkpartners als falen gezien en kan daarom geen optie zijn (al helemaal niet als de hovaardij groot is). Maar het is mogelijk dat netwerkpartners tot het inzicht komen dat de impact van wat wordt ontplooid gering zal zijn. Stoppen kan dan een resultante zijn van 'goede' samenwerking en, ondanks teleurstelling, een 'goede' uitkomst zijn.

Uit onze observaties blijkt dat in situaties van momentumverlies extra behoefte aan 'leiderschap' in het netwerk ontstaat. Met leiderschap wordt dan kortweg verwezen naar 'iemand die knopen doorhakt'. De principiële wederzijdse afhankelijkheid in netwerken zorgt er echter voor dat die leider er niet kan zijn. Zogezegd is leiderschap in netwerken per definitie gedeeld leiderschap met een gedeelde verantwoordelijkheid (Van der Scheer 2023). Regelmatig wordt gekeken naar de meest machtige partij in het netwerk (wat in de perceptie vaak gelijk staat aan de grootste partij). De opstelling van die partij wordt als cruciaal gezien voor de vitaliteit van het netwerk. Stapt de partij in het gevoelde vacuüm dan is de medeverantwoordelijkheid van de rest verdwenen en draagt de grootste partij de last van de samenwerking. Legt de grote partij de vraag om leiderschap te tonen terug in de groep, dan kan het een impuls voor de vitaliteit betekenen.

Om het verlies van momentum tegen te gaan, of voor te zijn, blijkt uit onze observaties de reflex van 'over-organisatie' of institutionalisering van het netwerk. In de zoektocht naar grip en voortgang houden de partijen steeds vaker de governance tegen het licht en concluderen dat méér sturing nodig is (Van Lammeren e.a. 2025). Dat is met enige regelmaat een aansporing om een onafhankelijke regisseur of netwerkbureau aan te stellen (een *network administrative organization*, kortweg NAO). De NAO is in zijn of haar bewijsdrang geneigd om voor de troepen uit te lopen en verantwoordelijkheden over te nemen (Provan & Kenis 2008). Met het organiseren van rechtspersoonlijkheid kan dat ook worden geformaliseerd. Soms is dat nuttig. Maar bij over-organisatie ontstaat onmiskenbaar het risico van eroderend eigenaarschap bij de netwerkpartners. De NAO is een doel op zichzelf geworden – en daarmee vleugellam – want de noodzakelijke integratie moet *elders* gebeuren.

Over-organisatie kan ook voortkomen uit de metagovernance van (de)centrale overheden (Sørensen & Torfing 2016). De meta-sturende overheden zijn geneigd organisatorische randvoorwaarden op te leggen, zoals de inrichting van de governance, betrokkenheid van partijen, regio-indeling of het genereren van financiering. Deze randvoorwaarden kunnen direct leiden tot vormen van institutionalisering die niet altijd in verhouding zijn tot de opgave en afbreuk kunnen doen aan het eigenaarschap van de partners in het netwerk. Tegelijkertijd valt als reactie op over-organisatie ook onder-organisatie op te merken. Hoge ambities met beoogde impact op inwoners en de samenleving (en daarmee ook op de werkprocessen van de netwerkpartners) willen realiseren met beperkte inspanningen en dito organisatie. Naarmate de beoogde impact van de samenwerking groter is, zal dat ook meer impact hebben op de netwerkpartners die dat samen willen verwezenlijken (Keast & Mandell 2012). Dan is meer organisatiekracht nodig om tot een gedeelde en gedragen werkwijze te komen die ook tot implementatie kan leiden. Daarbij speelt ook de complexiteit een rol. Naarmate er meer partners betrokken zijn en de variëteit tussen de partners groter is (en daarmee de kans op oriëntatie- en belangenverschillen groter is), zal er meer organiserend vermogen nodig zijn om met het netwerk tot realiseerbare impact te komen (Provan & Kenis 2008). Institutionalisering is alleen effectief als de medeverantwoordelijkheid van de partners in het netwerk intact blijft (Raab & Beemer 2018).

5. Discussie: netwerken als ‘werk in uitvoering’

In dit hoofdstuk benaderen we netwerken als ‘werk in uitvoering’: een proces waarin professionals, managers, bestuurders of beleidsmakers tegen allerlei opspelende (on)verwachte dynamieken aanlopen en vervolgens zoeken naar handelingsperspectief hoe hiermee om te gaan. In onze aanvliegroute zoomden we in op de verschillende dynamieken in het netwerken die betrokkenen ervaren. Die thematiseerden we als volgt: (i) *de normativiteit (‘hovaardij’) van netwerken*; (ii) *de ongrijpbaarheid van netwerken*; en (iii) *de weerbaarheid van netwerken*.

Deze thematisering vloeit voort uit onze ervaringen in netwerkonderzoeken – onderwijs in de afgelopen jaren. Hiermee hebben we gepoogd om een praktijkgerichte duiding te geven van netwerken waarbij de ervaringen van betrokkenen als uitgangspunt worden genomen. Dit problematiseert én vult bestaande handreikingen en tools aan die voornamelijk pogen om het netwerk als object te structureren. Onderliggend aan dergelijke handreikingen en tools is een *instrumenteel-technische* benadering van netwerken die ook in de wetenschap op te merken is. Kennisontwikkeling in de netwerkwetenschap is voornamelijk gericht op het vinden van de meest optimale vorm van ‘het netwerk’ als begrensd object met een duidelijke structuur. Het centraal stellen van netwerken als ‘werk in uitvoering’ past bij een meer gesitueerde en praktijkgerichte netwerkbenadering (La Grouw, 2025; Van der Woerd e.a. 2024).

Aan het begin van dit hoofdstuk signaleerden wij de behoefte vanuit wetenschap en praktijk naar antwoorden op de vraag: *hoe* om te gaan met steeds terugkomende en hardnekkige dynamieken in netwerken, gegeven steeds urgenter wordende problemen die vragen om een ‘geïntegreerde aanpak’? Kortgezegd: wat omvat

netwerken dus als ‘werk in uitvoering’? In deze slotparagraaf zetten we de besproken dynamieken in perspectief en vragen we af wat dit betekent voor (praktijk)onderzoek en onderwijs over netwerken. Daarmee proberen we ook kritisch te spiegelen op onze eigen bijdrage daaraan.

5.1 Het continue spel van integratie en fragmentatie

Netwerken kunnen worden begrepen als integratiemechanismen waarmee verschillende partijen maatschappelijke waarde willen creëren voor inwoners en de samenleving, door hun uiteenlopende competenties te combineren. Integratie leidt in de beschreven maatschappelijke context onvermijdelijk tot nieuwe fragmentatie (Leutz 2005). Netwerken creëren grenzen en afbakening in termen van scope, reikwijdte, type deelnemers en doelen die niet altijd even netjes passen bij de daadwerkelijke hulp- en ondersteuningsbehoeften van specifieke groepen mensen. Elke integratie leidt op zichzelf weer tot extra fragmentatie – en dat steeds weer. Een dominante reactie hierop is netwerken te willen herordenen door deze aan de tekentafel te herontwerpen, zoals we signaleerden bij de vele bestuurlijke akkoorden zoals het IZA en AZWA. Deze reactie is kenmerkend voor een instrumenteel-technisch begrip van netwerken. Maar dit werkt vervolgens nieuwe impulsen in de hand voor de totstandkoming van zowel integratie als fragmentatie.

De realiteit van netwerken is dat er continue impulsen voor nieuwe integratie opduiken als antwoord op ervaren fragmentatie: door eindgebruikers, door professionals, door het lijnmanagement van de betrokken organisaties of van beleidsmakers en inkopers. Wij zien dat die impulsen leiden tot ‘hovaardij’, gebrek aan grip, en beperkte weerbaarheid van netwerken. Deze dynamieken roepen regelmatig de verkeerde reflexen op in het netwerk, waardoor inhoudelijke voortgang wordt verstoord. In de meeste gevallen zijn er alternatieve handelingsperspectieven beschikbaar. Maar die perspectieven zijn bewerkelijk en brengen (op het eerste gezicht) risico’s met zich mee voor haalbaarheid, beheersbaarheid en duurzaamheid van de samenwerking. En deze leiden vrijwel nooit tot een *quick fix* of een stevige ingreep, waarna het netwerk weer een tijd vooruit kan. Juist omdat de verkeerde reflexen voor de hand liggen, vraagt het alertheid en steeds weer adresseren en agenderen. Samenwerken in netwerken omvat dus voortdurend iteratief te werk gaan. Een benadering van ‘werk in uitvoering’ met netwerken als werkwoord.

Hierbij moeten de netwerkpartners navigeren door allerlei verschillende (en botsende) logica’s. Ze moeten constant ‘vertalen’ wat er in netwerken gebeurt naar de eigen professionele en organisationele identiteit en werkwijzen. En daarnaast nieuwe werkwijzen ontplooiën die bovendien taai zijn om te veranderen. Dit veronderstelt een constante staat tussen integratie en fragmentatie. Juist in netwerken is deze continue staat van ‘ertussen’ een belangrijk uitgangspunt om te navigeren door opkomende dynamieken (Van der Scheer 2023).

5.2 Implicaties voor netwerkonderzoek

De geschetste normativiteit, ongreepbaarheid en weerbaarheid van netwerken brengen een aantal implicaties voort voor huidig netwerkonderzoek. Hearld and Westra (2022) benoemen bijvoorbeeld het kennishiaat dat momenteel weinig bekend is over de ‘alledaagse’ praktijken en situaties in netwerken. Dit hoofdstuk nodigt netwerkonderzoek uit dat netwerken als iets inherent goeds problematiseert. Dat uit zich door niet alleen de spanningen die betrokkenen *in* een netwerk ervaren nader te expliciteren. Ook nodigt de toenemende (morele) druk om netwerken te creëren en bestendigen uit om de spanningen *tussen* netwerken waar overlap of zelfs concurrentie mee is te ontrafelen vanuit het perspectief van betrokkenen. En zo meer recht te doen aan de professionele en bestuurlijke drukte die momenteel wordt ervaren. Juist het kunnen omgaan met de inherente spanningen van netwerken is een bestuurlijke kwaliteit die bij netwerken komt kijken. Naast de blik naar binnen en buiten vanuit een netwerk is aandacht wenselijk voor de doorwerking van deze spanningen in de eigen organisatie (Van der Ven e.a. 2025). Hoe wordt opvolging gegeven aan kennisuitwisseling en gemaakte werkafspraken? Dat kan ook gaan om veranderende vormen van vertegenwoordiging: wie mag zich mengen in netwerken en vertegenwoordigt daarmee de organisatie in het netwerk? Naast: wie mag het netwerk vertegenwoordigen? Belangrijk is om hier aandacht te hebben voor de gelaagdheid en niet alleen bestuurlijke arena's te onderzoeken, maar juist ook wat dit vraagt van andere netwerk- en organisatieniveaus.

174

5.3 Implicaties voor netwerkonderwijs

De meerwaarde van netwerkonderwijs lijkt steeds groter te worden. Effectief opereren in netwerken vraagt niet alleen om een specifiek handelingsrepertoire, maar ook een bewuste manier van denken om niet te vervallen in reflexen, zoals gepresenteerd in dit hoofdstuk. De opgetekende dynamieken nodigen uit tot verdere verrijking en aanscherping van het huidige netwerkonderwijs. Netwerkonderwijs kan zowel een kortdurend als langdurig leertraject omvatten, zoals leergangen, maar ook reguliere onderwijsprogramma's op hogescholen en universiteiten, zoals bachelor- en masteropleidingen op het gebied van organisatie- en beleidswetenschappen, bestuurskunde en vakgebieden zoals zorgmanagement en verpleegkunde. Om aansluiting te vinden op en toe te voegen aan het handelingsperspectief is bewustzijn wenselijk over de verschillende benaderingen van netwerken. Netwerken als ‘werk in uitvoering’, zoals centraal in dit hoofdstuk, wijkt af van een meer instrumenteel-technisch begrip. Dit reikt verder dan een homogeen begrip en sluitende definitie van netwerken (Hearld & Westra 2022). Dit is belangrijk vanwege het toenemende gebruik van netwerken en daarmee misbruik van de term. Het is tevens belangrijk dat betrokkenen in netwerken bewustzijn ontwikkelen over hun eigen perspectief en reflexen. Wat zegt dit over het perspectief op wat ‘effectiviteit’ omvat van samenwerken in netwerken? En aanpalend de normativiteit op basis waarvan wel of niet gehandeld en geïntervenieerd wordt?

Vervolgens is bovenstaande medebepalend voor de onderwijsvormen en het *type* reflectie dat hiermee gegenereerd wordt en daarmee ook de leeropbrengsten. Door deelnemers bijvoorbeeld hun eigen interventies te laten formuleren en hierop terug te grijpen in onderwijsmomenten wordt ‘de netwerkpraktijk’ als bron expliciet onderdeel gemaakt van het netwerkonderwijs. In het ontwerpen en ontwikkelen van netwerkonderwijs is voortdurende reflectie op en openheid over de eigen normatieve agenda daarom geen overbodige luxe. Welke normatieve overtuigingen zijn onder deelnemers te identificeren? Percepties over wat ‘goede’ samenwerking in netwerken omvat verschillen en kunnen over verloop van tijd veranderen door het uitwisselen van ervaringen. Daarmee is netwerkonderwijs – en specifiek leergangen met een langdurig tijdsverloop – geschikt om *zél*f ook als leernetwerk te fungeren. Daarbij kunnen onderbelichte perspectieven zoals cliëntvertegenwoordiging en ervaringsdeskundigheid in het bijzonder een belangrijke rol spelen. In onze onderwijspraktijk zien wij tot op heden sporadisch dergelijke perspectieven vertegenwoordigd, terwijl cliënten bij uitstek de gevolgen ervaren van een toenemende vernetwerking in zorgarrangementen.

5.4 Slotwens

Onze wens is dat dit hoofdstuk ter inspiratie dient voor hen die de ambitie hebben om het samenwerken in netwerken effectiever te laten verlopen. We hopen dat dit hoofdstuk hen inspireert om terugkerende dynamieken te herkennen en begrijpelijke reflexen te weerstaan. Daarbij is het hoopvolle aan de benadering van netwerken als ‘werk in uitvoering’ dat er steeds weer nieuwe kansen komen om dat uit te proberen, en zo een bijdrage te leveren aan de voortgang van het samenwerken in netwerken. Ons hoofdstuk is geen finaal en allesomvattend antwoord. Wel hebben we gepoogd om met onze duiding enige nuance aan te brengen in het dominante instrumenteel-technische denken over het netwerk als een begrensd object. Dit komt momenteel sterk terug in allerlei handreikingen en tools. Netwerken zijn echter niet zomaar ingeregeld of afgerond. De realiteit, gevoed door recent netwerkonderzoek- en onderwijs, is weerbarstiger. Tegelijkertijd is in de opspelende dynamieken in netwerken enige orde aan te brengen, zoals we geprobeerd hebben te doen onder de noemers van normativiteit, ongreepbaarheid en weerbaarheid in *Tabel 1*. Daarmee is dit hoofdstuk een aanmoediging en uitnodiging voor betrokkenen in netwerken om hun handelingsperspectief daarmee te verrijken.

Onze dank gaat in het bijzonder uit naar de deelnemers van de leergang Regie in Zorgnetwerken en Zorgketens uit de afgelopen jaren. Zij fungeerden met hun reflecties op hun eigen rol en positie als belangrijke bron voor de totstandkoming van dit hoofdstuk. Ook zijn wij collega prof. dr. Wilma van der Scheer erkentelijk voor het kritisch meelesen met dit hoofdstuk.

175

Literatuur

- Bannink, D., & Trommel, W. (2019). Intelligent modes of imperfect governance. *Policy and Society*, 38(2), 198-217.
- Bosdijk, A., Nieboer, A. P., & Cramm, J. M. (2023). The development of an integrated neighborhood approach for health promotion and prevention: a qualitative exploration of stakeholders' views. *Health Research Policy and Systems*, 21(1), 125.
- Beemer, F., Huiszoon, N., Mossevelde, F. & Raab, J., (2018). Wat doen netwerkmanagers eigenlijk? Management van publieke sectornetwerken in de praktijk. In: *Tijdschrift voor Management en Organisatie*. 72, 1, p. 30-52
- Frankowski, A. (2019). Collaborative governance as a policy strategy in healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 33(7/8), 791-808.
- Frissen, P. (2023). *De integrale staat. Kritiek van de samenhang*. Boom.
- Hearld, L. R., & Westra, D. (2022). Charting a Course: A Research Agenda for Studying the Governance of Health Care Networks. In *Responding to the Grand Challenges in Health Care via Organizational Innovation: Needed Advances in Management Research* (Vol. 21, pp. 0). Emerald Publishing Limited.
- Keast, R. & Mandell, M. (2012). *The collaborative push: moving beyond rhetoric and gaining evidence*. Springer Science+Business Media, New York.
- La Grouw, Y. (2025). *Positioning Dynamics: Dealing with the risks of incongruent perspectives and domination in collaborative decision-making about preventive healthcare*. Doctoral thesis, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Lawrence, P. R. & Lorsch, J. W. (1967) *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Harvard University, Boston.
- Leutz, W. (2005). Reflections on Integrating Medical and Social Care: Five Laws Revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5), 3-12.
- Logsdon, J. M. (1991). Interests and Interdependence in the Formation of Social Problem-Solving Collaborations, *Journal of applied behavioural sciences*, 27(1).
- Michgelsen, J., Glimmerveen, L. M., Pittens, C. A. C. M., & Minkman, M. M. N. (2022). Decision-Making Dilemmas within Integrated Care Service Networks: A Systematic Literature Review. *International Journal of Integrated Care*.
- Minkman, M. (2020). Suitable Scales; Rethinking Scale for Innovative Integrated Care Governance. *International Journal of Integrated Care*, 20(1).
- Moore, M. (1997). *Creating Public Value*. Harvard University Press, Cambridge.
- Nies, H., Stekelenburg, D., Minkman, M., & Huijsman, R. (2021). A Decade of Lessons Learned from Integration Strategies in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*.
- Nowell, B., & Milward, H. B. (2022). *Apples to Apples: A Taxonomy of Networks in Public Management and Policy*. Cambridge University Press.
- Peeters, R., Westra, D., Gifford, R., & Ruwaard, D. (2024). Wie, wat, waar? De invloed van het Integraal ZorgAkkoord op bestaande regionale netwerken in de zorg. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 102(2), 59-66.
- Peeters, R., Westra, D., van Raak, A. J. A., & Ruwaard, D. (2023). Getting our hopes up: How actors perceive network effectiveness and why it matters. *Social Science & Medicine*, 325, 115911.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. (1978). *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. University of Illinois.
- Powell, W. (1990). Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization. *Research in Organizational Behaviour*, 12, 295-336.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.
- Putters, K. (2024). *Navigeren op het smalle pad naar brede welvaart. Maatschappelijke transitie en ons poldermodel*. Inaugurale rede. Tilburg Universiteit.
- Raab, J. (2024). *Organizing in an Age of Complexity: Reflections on When and How (Not) to Use Organizational Networks*. Inaugural speech. Tilburg University.
- Roest, M., van der Smissen, D., Mannak, R., Oerlemans, L., & Weggelaar-Jansen, A. M. (2025). A dynamic model to sustain the spark: How do network coordinators in Dutch healthcare networks maintain network commitment? *PLOS ONE*, 20(7), e0326915.
- Schruijer, S. (2021). The group dynamics of inter-organizational relationships. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. Oxford University Press.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2016). Metagoverning Collaborative Innovation in Governance Networks. *The American Review of Public Administration*, 47(7), 826-839.
- Susskind, L. E. & Thomas-Lamar, J. (1999). *Consensus Building Handbook: A Comprehensive Guide to Reaching Agreement*. Sage.
- ten Heuvelhof, E. (2016). Strategisch gedrag in netwerken. Boom Bestuurskunde.
- Valentijn, P. P., Boesveld, I. C., van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., Molema, J. J. W., Vrijhoef, H. J. M. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*.
- van der Scheer, W. (2023). *Gedeeld leiderschap in de zorg*. Inaugurale rede. Erasmus University Rotterdam.
- van der Ven, R., Westra, D., van Erning, F. N., de Hingh, I. H., & Paulus, A. (2025). Going in circles? - Identifying the dissemination process of healthcare networks within their member organizations. *Soc Sci Med*, 381, 118311.
- van der Weert, G., Burzynska, K., & Knobens, J. (2022). An integrative perspective on interorganizational multilevel healthcare networks: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 923.
- van der Woerd, O., Janssens, J., van der Scheer, W., & Bal, R. (2023). Managing (through) a network of collaborations: A case study on hospital executives' work in a Dutch urbanized region. *Public Management Review*, 1-23.
- van der Woerd, O., Wallenburg, I., van der Scheer, W., & Bal, R. (2024). Regional network-building for complexity: A region-oriented policy response to increasing and varied demands for older person care in the Netherlands. *Public Administration*, 102(2), 461-478.
- van Duijn, S., Bannink, D., & Ybema, S. (2021). Working Toward Network Governance: Local Actors' Strategies for Navigating Tensions in Localized Health Care Governance. *Administration & Society*, 54(4), 660-689.
- van Muijden, T., Petit-Steeghs, V., Aspria, M., Bal, R., & van de Bovenkamp, H. (2025). Frontline professionals' experiences of navigating boundaries in a layered care and support system for individuals with complex care needs in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 366, 117692.

van Lammeren, R., van der Pas, S., Schalk, J., Bussemaker, J. (2025). Governance characteristics in building collaborative networks: lessons from a local initiative to reduce health inequalities. *Discov Health Systems* 4, 72.

Zonneveld, N., Raab, J., Kenis, P., & Minkman, M. M. (2024). The role of values in the interorganizational network response to wicked problems. *Public Policy and Administration*, 0(0), 09520767241230846.

Een decennium op weg naar Waardegedreven Zorg

dr. Veerle van Engen, dr. Martina Buljac, dr. Igna Bonfrer,
dr. Ingrid Peters & prof. dr. ir. Kees Ahaus

“It is probably more realistic to view implementation as a dynamic process where a premeditated plan is modified over time to fit the needs of an institution or society.”

Engels et al., 2024



Een decennium op weg naar Waardegedreven Zorg

Veerle van Engen^{1,2}, Martina Buljac-Samardzic¹, Igna Bonfrer¹, Ingrid Peters³ en Kees Ahaus^{1,4}

1 Erasmus School of Health Policy & Management

2 Albert Schweitzer ziekenhuis

3 Erasmus MC

4 Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

1. Introductie

Het gedachtegoed van Waardegedreven Zorg (WGZ) heeft sinds het verschijnen van Redefining Health Care van Michael Porter en Elizabeth Teisberg (2006) aanzienlijk aan belangstelling gewonnen. Het veelbelovende concept is ook in Nederland breed omarmd.

Diverse partijen in het gezondheidssysteem hebben de afgelopen jaren gewerkt aan de toepassing van WGZ-principes. Binnen ziekenhuizen heeft dit geleid tot tal van initiatieven gericht op betere uitkomsten voor patiënten en doelmatiger inzet van middelen. Pioniers zoals Erasmus MC en de Santeon ziekenhuizen zijn inmiddels ruim 10 jaar onderweg met WGZ en hebben waardevolle ervaring opgedaan met het vormgeven en in de praktijk brengen van dit gedachtegoed.

Dit hoofdstuk bestaat uit drie delen. Eerst gaan we in op de vragen: *Wat is waarde? En Wat omvat WGZ?* Het tweede deel gaat over de implementatie van WGZ in Erasmus MC en de Santeon ziekenhuizen. Tot slot bieden we een perspectief op het besturen van de beweging naar WGZ.

2. Wat is waarde?

Porter definieert waarde als: 'health outcomes achieved per dollar spent' (2010, p. 2477). Waarde gaat dus over zowel uitkomsten als kosten en de samenhang daartussen. Tegelijk is het meer dan een simpele rekensom: het is een dynamisch en intersubjectief begrip, gevormd in de interactie tussen patiënt en professional, omdat wat waardevol is, per persoon en situatie kan verschillen.

Uitkomsten

De WGZ-literatuur hanteert voor 'uitkomsten' een brede invulling. Naast klinische uitkomsten worden, en dat is vernieuwend, ook patiëntgerapporteerde uitkomstmaten en ervaringen meegenomen (in het Engels: Patient Reported Outcome Measures en Patient Reported Experience Measures, afgekort tot PROMs en PREMs). PROMs zijn door patiënten gerapporteerde uitkomsten, doorgaans gemeten met

vragenlijsten bestaande uit gestandaardiseerde vragen. In de praktijk worden drie typen onderscheiden: generieke, domeinspecifieke en ziektespecifieke PROMs (Van Engen et al., 2024c). In tabel 1 worden enkele voorbeeldvragen per type PROM weergegeven. Ook enkele procesindicatoren kunnen worden meegenomen, mits ze determinanten van goede uitkomsten zijn. Voorbeelden van procesindicatoren bij een beroerte zijn: 'percentage patiënten met IVT (intraveneuze trombolysie) binnen 60 minuten na binnenkomst in het ziekenhuis (door-to-needle time)', of meer preventief 'behandeling leefstijlfactoren zoals roken, voeding en bewegen gedaan'.

Type PROM	PROM tool	Voorbeeldvraag
Generieke PROM	PROMIS Global Health	Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid?
Domeinspecifieke PROM	HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale, vragenlijst past bij meerdere ziektebeelden (waaronder COPD)	Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst: zeer vaak, tamelijk vaak, niet erg vaak, helemaal niet
Ziektespecifieke PROM	CCQ, Clinical COPD Questionnaire	In welke mate voelde u zich in de afgelopen week beperkt door uw ademhalingsproblemen bij het uitvoeren van matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)?

Tabel 1. Voorbeelden van vragen van patient reported outcomes measures (voorbeeld voor COPD patiënt)

Deze invulling maakt waarde tot iets heel persoonlijks. Prada (2016, p. 162) stelt terecht: "Value is in the eye of the beholder". WGZ beoogt gepersonaliseerde zorg, en het vertrekpunt is een antwoord van de patiënt op de vraag 'what matters to the patient', een vraag die klinici volgens Barry en Edgman-Levitan (2012, p. 781) moeten leren te stellen, naast de voor hen gebruikelijke vraag 'what's the matter'.

In dit hoofdstuk bestuderen we waarde op microniveau: als passende zorg bij de voorkeuren van de patiënt; als de beste uitkomsten te bereiken voor de patiënt binnen de beschikbare middelen. Het rapport van EXPH (2019) onderscheidt daarnaast waarde op macro niveau. Dan gaat het om de waarde van gezondheid voor de maatschappij als geheel.

Kosten

Hoewel maatschappelijk veel debat bestaat over zorgkosten, is er op de werkvloer opvallend weinig bekend over de kosten van de patiënt in het zorgpad. DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties) bieden misschien enig inzicht, maar gaan over bekostigen, en niet zelden wijkt wat zorg echt kost af van wat wordt bekostigd (Leusder et al., 2025). Bovendien kent de zorg enorme variatie die maakt dat de zorg voor de ene patiënt wezenlijk verschilt en meer middelen kan vergen dan die van een andere.

In de WGZ-literatuur wordt aangeraden om time-driven activity-based costing (TDABC) toe te passen (Leusder et al., 2025; Van den Berg et al., 2025a). De methode TDABC is, zoals de naam al aangeeft, resource gedreven. Hierbij worden alle activiteiten binnen een zorgpad gedetailleerd in kaart gebracht, bijvoorbeeld met behulp van Metro Mapping (zie Stiggelbout et al., 2023). Deze methode onderscheidt directe en indirecte resources. Om tot de directe kosten van alle activiteiten in het zorgpad te komen, wordt van iedere resource de totale kosten bepaald, rekening houdend met dat de resource niet altijd werkelijk beschikbaar is (praktische capaciteit). Vervolgens kan de Capacity Cost Rate van de resource worden berekend in een prijs per minuut. Door middel van observaties is bekend wie bij welke zorgactiviteit hoe lang betrokken is. Zo wordt de tijdsbesteding vermenigvuldigd met de kosten per minuut (Capacity Cost Rate) van betrokken zorgprofessionals. De indirecte kosten (denk bijvoorbeeld aan de kosten van het gebouw) worden vervolgens toegerekend naar het zorgpad. TDABC helpt om grip te krijgen op de kosten in het zorgpad en houdt rekening met de in de zorg bestaande grote variatie in tijdsbesteding.

3. Wat omvat waardegedreven zorg?

WGZ is een veelomvattend concept; een multifacettenbenadering. Het draagt grote beloften in zich, tegemoetkomend aan meerdere behoeften. Ten eerste beoogt WGZ de zorg beter te organiseren: minder gefragmenteerd en meer samenhangend. In de huidige praktijk zijn verantwoordelijkheden vaak versnipperd over disciplines, afdelingen en domeinen. WGZ beoogt deze fragmentatie te doorbreken door gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen over de 'full cycle of care'. Immers, de patiënt mag naadloos op elkaar aansluitende, goed gecoördineerde zorg verwachten. Ten tweede belooft WGZ een sterkere focus op gezondheidsuitkomsten die er voor de patiënt werkelijk toe doen (Porter et al., 2016). Vervolgens richt WGZ zich op het zo efficiënt mogelijk behalen van deze uitkomsten, door verbeterinitiatieven daarop te richten en verspilling te verminderen. Binnen zorgpaden krijgt dit vorm via multidisciplinair samengestelde waardeverbetersteams. Bohmer spreekt in deze context van orchestrated teams (Bohmer, 2016). Tenslotte zien we dat WGZ ontegenzeggelijk de discussie op gang brengt over het bekostigingsmodel. De wens is dat de inkopers van zorg (zorgverzekeraars, gemeenten) niet langer betalen voor volume, maar voor gerealiseerde resultaten in relatie tot de gemaakte kosten (Porter, 2010). In Nederland wordt al veel geëxperimenteerd met meer uitkomstgerichte bekostiging (Van den Berg et al., 2025b)

Om beter te begrijpen wat WGZ inhoudt, ontwikkelde Ahaus in 2020 een framework met vier kwadranten (zie figuur 1), gebaseerd op 30 interviews met respondenten van acht pionierende locaties.

Waardegedreven zorg	
Waarde voor de patiënt	Organiseren van zorg
<ul style="list-style-type: none"> • Focus op uitkomsten (klinisch, PROMs, PREMs) • Gebruik op PROM data in de spreekkamer • Beslis samen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lever de zorg op de juiste plaats in een zorgpad • Zorg voor betrokkenheid van zowel patiënten als professionals bij ontwerp zorgpad en indicatoren • Ontwikkel intensieve multidisciplinaire samenwerking in een Integrated Practice Unit • Steun het team met data/BI en change support
Kosten	Sturen op kwaliteit
<ul style="list-style-type: none"> • Verkrijg inzicht in kosten • Werk met financiële prikkels die waarde i.p.v. volume stimuleren • Bekostig activiteiten die waarde toevoegen 	<ul style="list-style-type: none"> • Werk op basis van evidence based practice • Formuleer naast uitkomst- en kostenindicatoren ook enkele procesindicatoren • Implementeer PDA: meten, monitoren, benchmarken, verbeteren, leren • Visualiseer performance met een dashboard

Figuur 1. WGZ-framework (Ahaus, 2020)

Het kwadrant 'Waarde voor de patiënt' maakt duidelijk dat WGZ de nadruk legt op uitkomsten (klinisch, PROMs en PREMs). PROMs dragen niet alleen bij aan transparantie en gezamenlijke verbetering, maar kunnen bovenal directe meerwaarde in het consult bieden. Ze ondersteunen zorgprofessionals en patiënten bij het voeren van een persoonlijk gesprek over wat voor de patiënt echt van belang is (bijvoorbeeld voor ouderen het behouden van hun zelfstandigheid). Daarmee vormen ze een belangrijk hulpmiddel om te komen tot een 'passend behandelplan' binnen gepersonaliseerde zorg.

Het kwadrant 'Organiseren van zorg' vraagt om reflectie op of de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd, en hoe de gewenste patiëntuitkomsten zo efficiënt mogelijk kunnen worden bereikt. Denk aan monitoring die nu in het ziekenhuis plaatsvindt, maar beter thuis kan worden voortgezet – zowel vanuit het perspectief van de patiënt (gemak en real-life data) als van de zorg (vrijgekomen ziekenhuiscapaciteit). De inhoud en organisatie van zorgpaden worden hierbij grondig overdacht en herzien met betrokkenheid van zorgprofessionals en patiënten. WGZ steunt op wat Porter 'Integrated Practice Units' noemt en Bohmer 'orchestrated teams'. Dit zijn permanente, multidisciplinair samengestelde waardeverbetersteams (bijvoorbeeld het hoofd/hals oncologisch team) die verantwoordelijkheid nemen voor het verbeteren van waarde. Voor hun werk zijn adequate business intelligence- en veranderondersteuning essentieel.

In het kwadrant 'Kosten' is de focus op inzicht in kosten en het reduceren van verspilling. In het betalen voor zorg door zorgverzekeraars zouden financiële prikkels waarde in plaats van volume moeten stimuleren, zodat alleen activiteiten die daadwerkelijk waarde toevoegen, worden vergoed.

Het kwadrant ‘Sturen op kwaliteit’ richt zich, op basis van evidence-based practice, op het sturen op uitkomst- en kostenindicatoren, aangevuld met enkele procesindicatoren. Plan-do-check-act cycli ondersteunen het verbeteren en leren, waarbij dashboards helpen om de prestaties binnen het zorgpad inzichtelijk te maken.

Een Delphi-studie (Steinmann et al., 2021) met een expertpanel bevestigt de kernconcepten uit figuur 1. Volgens Nederlandse respondenten zijn de vijf belangrijkste activiteiten om WGZ te realiseren: (1) patiënten betrekken bij het samen beslissen, (2) het standaardiseren van prestatie maatstaven, (3) het organiseren van het leveren van zorg ‘full cycle of care’, (4) het gebruiken van PROMs en (5) het inzetten van dashboards om performance te visualiseren. Het expertpanel was unaniem in het belang van samen beslissen; een WGZ element dat overigens niet voorkomt in het oorspronkelijke werk van Porter.

4. Ervaringen met een decennium van WGZ- implementatie

WGZ wordt in de praktijk vaak gefaseerd en niet integraal ingevoerd, waarbij de aandacht niet altijd evenwichtig is verdeeld over zowel uitkomsten als kosten (van Staalduinen et al., 2022). Cossio-Gil et al. (2021) onderzochten de status van WGZ in negen Europese academische ziekenhuizen en vonden dat er collectief op drie thema’s werd ondergepresteerd: (i) het routinematig meten van de kosten op patiënt niveau (inclusief het in beeld krijgen van variatie in de geleverde zorg), (ii) het anders betalen voor zorg met waardegedreven in plaats van volume gedreven prikkels, en (iii) de noodzakelijke cultuurverandering die WGZ vraagt. Ook de multidisciplinair samengestelde waardeverbetersteams, oftewel Integrated Practice Units (IPUs), zijn in de praktijk minder vergaand dan Porter beoogde. Ze functioneren niet als formele organisatorische eenheid met eindverantwoordelijkheid voor uitkomsten en kosten van een (sub)populatie patiënten, maar vormen wel een stap naar een hybride organisatieontwerp.

Hoe krijgt WGZ vorm in Nederlandse ziekenhuizen? In deze paragraaf bespreken we een reeks omvangrijke studies die de aanpak en resultaten van een decennium (2012–2023) WGZ-implementatie binnen Erasmus MC en de Santeon ziekenhuizen onderzoeken.

Erasmus MC

In Erasmus MC zijn drie opeenvolgende veranderstrategieën geïdentificeerd (Van Engen et al., 2024a, Van Engen, 2025).

i. Diepte-eerst strategie (2014–2019)

De eerste fase wordt door Van Engen et al. (2024a) getypeerd als een diepte-eerst strategie. Enkele teams starten als pilot enthousiast met verschillende WGZ-elementen, zoals PROMs, patiënt- en geaggregeerde dashboards voor samen beslissen en zorgpadverbeteringen, en kostenmetingen. Voorbeelden zijn de pilots van het schissteam, het beroerte team en het sikkelcelziekte team. Zij ontvingen steun van een aantal WGZ-adviseurs. De duiding ‘diepte’ verwijst

naar de mate van transformatieve verandering. Tegen het eind van deze periode ervoeren de teams een zekere omslag in het leveren en organiseren van zorg ten behoeve van de patiënt, maar de aanpak kende ook beperkingen. De verandering bleef vrij lokaal, met beperkte aansluiting bij collega’s buiten de teams. Bovendien ontstond er een wildgroei aan PROMs en dashboards die onvoldoende waren geborgd in ziekenhuisbrede processen en IT-structuren. De ervaren potentie van deze beweging leidde tot de wens om WGZ op ziekenhuisniveau op gang te brengen, vanaf het begin met nadrukkelijke aandacht voor duurzame verankering in de organisatie.

ii. Breedte-eerst strategie (2020–2021)

Vervolgens koos het Erasmus MC voor een ‘breedte-eerst’ strategie, gericht op de reikwijdte van verandering binnen de organisatie. WGZ kreeg de status van programma en het WGZ-programmateam werd uitgebreid, onder meer met een IT-team. In deze aanpak stond een ziekenhuisbrede, stapsgewijze uitrol van WGZ-elementen centraal. Concreet begon men met een investering in het kennisniveau, gevolgd door de ziekenhuisbrede implementatie van PROMs voor primair gebruik in de spreekkamer – een logische en haalbare eerste stap, voortbouwend op eerdere ervaringen. Gestart werd met generieke PROMs, die later opgevolgd zouden worden door domein- en ziektespecifieke lijsten die meer maatwerk en ondersteuning vanuit het centrale WGZ-programma team vroegen. De generieke PROMs bleken echter onvoldoende aan te sluiten bij de specialistische context van een UMC, zowel vanuit patiënt- als professionalperspectief. Daarnaast verliep de implementatie per afdeling, waardoor het voor koplopers lang duurde om verdere stappen in WGZ te zetten.

iii. Hybride strategie (vanaf 2021)

Vanwege bovengenoemde beperkingen werd kort daarna, organisch, overgestapt op een hybride strategie, waarin lokale initiatieven werden gecombineerd met ziekenhuisbrede focus en acties. Binnen deze strategie werden afdelingen ondersteund bij het volledige pakket aan PROMs – generiek, domein- en ziektespecifiek – en begeleid bij vervolgstappen richting waardegedreven verbeteringen. Ook werd een nieuwe kostenpilot gestart. Tegelijkertijd bleef de focus op ziekenhuisbrede betrokkenheid: alle afdelingen werden gestimuleerd en ondersteund om met PROMs te werken vanuit een stevig verankerd fundament, onder meer door deze te integreren in de reguliere RvB-rapportages (RvB, Raad van Bestuur). Zo ontstond ruimte voor maatwerk en versnelling richting een meer volledige invulling van WGZ, duurzaam ingebed in een organisatiebrede verandering. Ook ontwikkelde WGZ zich van een programma tot een structureel onderdeel van de zorgpraktijk.

Santeon ziekenhuizen

Engels et al. (2024) gaan in op de ervaringen met WGZ binnen de Santeon ziekenhuizen, die WGZ inhoudelijk vanuit een andere invalshoek benaderden. Waar Erasmus MC primair startte vanuit het gebruik van PROMs en het versterken van gepersonaliseerde zorg in de spreekkamer, begonnen de Santeon ziekenhuizen vanuit het gezamenlijk leren en verbeteren op basis van uitkomst- en kostenindicatoren. In halfjaarlijkse verbetercycli worden data verzameld over de behandeling van

specifieke aandoeeningen, worden verschillen tussen ziekenhuizen geïdentificeerd, en worden verbeteringen doorgevoerd. Inmiddels gebeurt dit voor zestien aandoeeningen (2024). De auteurs onderscheiden hierin drie fasen:

- i. Interne transparantie
Deze fase duurt minimaal drie verbetercycli (18 maanden). In deze periode wordt ervaring opgedaan met het definiëren van data, het uitwisselen van gegevens om te leren en het reduceren van variatie.
- ii. Externe transparantie
In de tweede fase waarin resultaten worden gepubliceerd, uitkomsten vergeleken, en real-world data (in infographics) gebruikt om patiënten te informeren.
- iii. Standaardzorg
In de derde fase wordt bepaald wat standaardzorg is, worden afspraken gemaakt over waardegedreven bekostiging en worden verdere innovatie en onderzoek gestimuleerd.

Reflectie

Terugblikkend zien we dat de implementatie van WGZ lokaal kleur krijgt, met variatie in aanpak tussen contexten, en langdurig, breed commitment van de organisatie vereist, evenals aanpassing van het zorgsysteem als geheel. Het proces wordt gekenmerkt door complexiteit (Braithwaite et al., 2018), het voltrekt zich dynamisch, in voortdurende wisselwerking met de organisatorische en maatschappelijke context, en wordt gevormd door de gezamenlijke beweging van actoren in het systeem. Zoals bij een zwerm vogels bepaalt elke individuele vogel mede de collectieve vorm, terwijl hij er zelf ook door wordt beïnvloed. Deze dynamiek maakt de implementatie van WGZ niet volledig voorspelbaar of eenvoudig te sturen. Een lineaire, top-downbenadering schiet dan ook tekort; succes vraagt om een gezamenlijk en iteratief leerproces, waarin strategie en uitvoering elkaar wederzijds beïnvloeden. Engels et al. (2024, p. 26) stellen: “it is probably more realistic to view implementation as a dynamic process where a premeditated plan is modified over time to fit the needs of an institution or society”. Daarbij is het essentieel om te denken over hoe WGZ, voorbij het karakter van een programma, duurzaam geïntegreerd en verankerd kan worden in de dagelijkse zorgpraktijk.

Cruciaal is ook de aandacht voor de zorgprofessional. Binnen WGZ spelen zij de hoofdrol in het realiseren van waarde, wat een verbreding van hun blik en handelingsrepertoire vraagt. Het succes van WGZ hangt in hoge mate af van hun competenties, motivatie en mogelijkheden. Het erkennen van deze complexiteit – en het benutten van inzichten uit zowel de complexiteits- als de implementatiewetenschap (zie Braithwaite et al, 2018) – in combinatie met gerichte aandacht voor de rol van de professional, kan de institutionalisering en professionalisering van WGZ versterken.

5. Strategieën voor een breder gebruik van PROMs bij Erasmus MC

PROMs vormen in Nederlandse ziekenhuizen een belangrijke databron. In deze paragraaf worden de lessen besproken die uit het implementatieproces van Erasmus MC kunnen worden getrokken.

PROMs zijn inmiddels breed verspreid binnen Erasmus MC. In 2023 werd in 70 subafdelingen met PROMs gewerkt. Enkel het versturen van de vragenlijst bleek echter onvoldoende voor succesvolle implementatie: de praktijk is weerbarstig. Het centrale WGZ-ondersteuningsteam heeft daarom cyclisch geëvalueerd en verbeteracties doorgevoerd. Dit leidde tot een stijging van de respons met 17% tot 56%; een voortgang met nog ruimte voor verbetering.

Wat is er voor nodig dat patiënten PROMs invullen?

Erasmus MC heeft diverse strategieën ingezet, retrospectief gericht op de drie attributen van responsgedrag volgens het COM-B framework: Capability, Opportunity en Motivation (Michie et al., 2011). Denk hierbij aan duidelijke instructies over de hoe en waarom, ondersteuning op locatie, eenvoudige toegang zonder DigiD en terugkoppeling van de resultaten (Pasma et al., 2024). Een multivariate analyse liet zien dat patiënten met een hogere sociaaleconomische status of met een fysiek consult op locatie (ten opzichte van een belconsult) vaker de PROM invulden. Vrouwen, patiënten met een vervolconsult en mensen met een afspraak op vrijdag reageerden juist minder vaak (Van Engen et al., 2024b). Daarnaast zijn patiënten meer geneigd PROMs te blijven invullen wanneer zorgprofessionals hun antwoorden daadwerkelijk bekijken, wat als proxy dient voor het bespreken ervan met de patiënt. Zulke inzichten, gebaseerd op eigen data, bieden richting voor vervolgonderzoek en gerichte verbeteracties. Enkele verbeteringen zijn al voorzien, zoals meertalige PROMs en vragenlijsten die rekening houden met beperkte lees- en gezondheidsvaardigheden. De uitvoering hiervan is deels afhankelijk van de functionaliteit van het EPD, terwijl andere optimalisaties nog verder ontwikkeld dienen te worden.

Wat is er nodig om het gebruik van PROMs door klinici te vergroten?

Vervolgonderzoekrichtte zich op het (onder)gebruik van PROMs door zorgprofessionals, de strategieën om dat te verbeteren en sleutelfactoren voor duurzaam gebruik (Van Engen et al., 2024c), gebruikmakend van de ERIC-strategieën (ERIC, Powell et al., 2015) en het RE-AIM framework voor implementatie-uitkomsten (Glasgow et al., 1999). RE-AIM staat voor Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation en Maintenance, waarbij in dit onderzoek binnen Erasmus MC specifiek de laatste drie dimensies zijn geoperationaliseerd.

Belangrijkste resultaten: slechts 14% van de ingevulde PROMs werd in 2023 geopend op de dag van het consult, hetgeen werd gezien als proxy voor het meenemen van PROM-informatie in het consult. Dit percentage lag iets hoger (19,5%) wanneer we gebruik in de week voorafgaande aan het consult in beschouwing nemen. Eerder onderzoek toonde al aan dat het gebruik van PROMs door zorgprofessionals een aandachtspunt vormt (Hjollund, 2019). Binnen Erasmus MC waren er zorgprofessionals

die PROMs nooit hadden gebruikten (11%, adoptie-uitkomst), inconsistent gebruikten (58%, implementatie-uitkomst) of het gebruik hadden gestaakt (15%, onderhouds-uitkomst). 29% van de zorgprofessionals gaf wel aan altijd de ingevulde PROMs te bespreken.

Hoewel veel zorgprofessionals de waarde van PROMs erkennen en deze passend vinden bij de behoefte en verwachtingen van patiënten, waren tijdsdruk en tijdelijke IT-problemen veelgenoemde belemmeringen. Opvallend is dat uit literatuur blijkt dat PROMs het consult niet hoeven te verlengen en soms zelfs verkorten. Daarnaast vergat 50% van de zorgprofessionals de PROMs soms te raadplegen, wat erop duidt dat de nieuwe werkwijze nog niet vanzelfsprekend is ingebed in de routine. Omdat binnen een spreekuur zowel patiënten met als zonder PROMs voorkomen, wisselen werkwijzen voortdurend.

In de implementatieliteratuur worden 73 ERIC-strategieën onderscheiden (Powell et al., 2015). Binnen het Erasmus MC werden er 27 ingezet (Van Engen et al., 2024c). Voorbeelden zijn: persoonlijke instructie door een WGZ-adviseur in de spreekkamer, een pocketgids als onderwijsmateriaal, massacommunicatie via intranet, peer-learning, integratie van het dashboard in het elektronisch patiëntendossier (EPD) en feedback aan afdelingen en aan individuele professionals over hun PROMs gebruik. Daarnaast werd het ervaren nut van PROMs vergroot door de uitkomsten te gebruiken voor triagebeslissingen (bijv. zorg op afstand versus fysiek bezoek) en door de vragenlijstinfrastructuur in te zetten voor aanvullende thema's, zoals medicatie en leefstijl.

Reflectie

De implementatie van PROMs, als slechts één onderdeel van WGZ, vergt al een breed palet aan implementatiestrategieën en langdurige inspanningen. Vaak wordt onderschat dat het technisch mogelijk maken van PROMs, gecombineerd met een korte, gerichte training, niet voldoende is om de innovatie structureel in de dagelijkse praktijk te verankeren. Het werk van een sterk centraal ondersteuningsteam, in combinatie met business-intelligence, IT-ondersteuning en actie-onderzoek, blijkt hierbij cruciaal. Ook de integratie van PROMs in het EPD, inclusief een overzicht van de invulstatus op de voorpagina, fungeert als belangrijke facilitator.

6. Het besturen van de beweging naar WGZ

In deze laatste paragraaf gaan we in op hoe zo'n grote, complexe beweging naar WGZ kan worden bestuurd. Zoals hierboven geschetst, is het aan te bevelen om complexiteit niet te reduceren, maar juist te omarmen — en deze leidend te laten zijn voor bestuursstijl en verwachtingen. Dat vraagt om een manier van besturen waarin wendbaarheid, verbondenheid en autonomie centraal staan.

Richtinggevend

Bestuurders vervullen een zichtbare, richtinggevende rol de beweging naar WGZ. Zij dragen actief het belang van WGZ uit en zorgen dat het thema levendig blijft; in communicatie en als leidend uitgangspunt bij besluitvorming. Zij inspireren en

mobiliseren clinical leads om binnen hun zorgpad het WGZ-programma te omarmen en voeren waarderende, reflectieve gesprekken met leden van waardeverbetersteams over de innovatie van hun zorgpad.

Naast deze 'pull-strategieën' is er ook een 'push'-component. Besluiten zoals de ziekenhuisbrede implementatie van PROMs of het borgen van rapportagecycli kunnen alleen op bestuursniveau worden genomen. In een omgeving met veel lopende veranderinitiatieven creëert dit enerzijds druk voor teams en afdelingen om in beweging te komen, en anderzijds ruimte voor dialoog over waarom bepaalde innovaties lokaal (nog) niet passend zijn en wat er daar wél nodig is.

Een belangrijk aandachtspunt is dat de operationalisering van het waardeconcept een evenwichtige benadering vereist, waarin zowel uitkomsten als kosten in samenhang worden beschouwd. Daarnaast vraagt WGZ om organisatie-overstijgende samenwerking binnen zorgpaden, met als doel de *full cycle of care* te realiseren. De Raad van Bestuur heeft hierin een duidelijke rol, zowel op lokaal als op regionaal niveau.

Faciliterend

Naast richting geven, is het bestuur ook verantwoordelijk voor het scheppen van de voorwaarden waaronder WGZ duurzaam kan worden gerealiseerd. Dit vraagt om een faciliterende rol en betreft onder andere aandacht voor (i) het inrichten van een centraal WGZ team met voldoende veranderkundige capaciteit, ondersteund door IT en business intelligence; (ii) het opnemen van WGZ en het omgaan met complexe verandering in opleidingsprogramma's en onboarding; (iii) het bevorderen van een veilig klimaat waarin leren, experimenteren en verbeteren wordt gestimuleerd, en waarin gepersonaliseerde zorg ruimte krijgt – ook als dit betekent afwijken van protocollen; en (iv) het stimuleren van bekostigingsmodellen die de juiste financiële prikkels geven om WGZ te versterken. We onderstrepen dat WGZ geen project of tijdelijk programma is, maar een transformatie van de zorgpraktijk zelf. Dit vraagt een visie en de benodigde faciliteiten om WGZ structureel in de dagelijkse praktijk in te bedden en te verankeren in cultuur, gedrag en besluitvorming. Tegelijkertijd vraagt WGZ om ruimte voor en vertrouwen in zorgprofessionals. De concrete invulling van waarde, en het sturen daarop, krijgt immers pas betekenis in de praktijk van het zorgpad. Het bestuur scheidt randvoorwaarden en faciliteert strategische kaders; de professionals geven er inhoud aan.

Tot slot

Is WGZ nu een hype, een management mode? WGZ staat voor verbeteren. Dat is natuurlijk geen modegril, maar iets waar zorgprofessionals dagelijks mee bezig zijn. We merken dat waardeverbeterbenaderingen zichzelf vernieuwen. Zo lijkt WGZ inmiddels een passende zorg benadering, een benadering van zorg die gezamenlijk rond de patiënt tot stand komt, effectief en doelmatig is, bijdraagt aan Juiste Zorg Op de Juiste Plek en zich richt op gezondheid en zelfredzaamheid en niet alleen op ziekte (Kader Passende Zorg, 2022). Onze uitdaging blijft om beter te begrijpen wat een zorgsysteem lerend maakt.

Literatuur

- Ahaus, C.T.B., *Organiseren van waardegedreven zorg vanuit patiëntperspectief*, ESHPM, Rotterdam, 18 december 2020 (oratie).
- Barry, M.J. and Edgman-Levitan, S. (2012), *Shared Decision Making - The Pinnacle of Patient-Centered Care*, *New England Journal of Medicine*, 366:9, 780-781.
- Berg, M. van den, Elten, H. van, Spaan J., Franx A. & Ahaus K. (2025a), *Exploring cost changes with time-driven activity-based costing after service delivery redesign in Dutch maternity care*. *Health Services Management Research*, 38(4):219-227.
- Berg, M. van den, Elten, H.J. van, Spaan J., Klerkx, M., Nijenhuis, L., Franx, A. & Ahaus K. (2025b), *Successful Design of an Outcome-Based Payment Model for Maternity Care*, *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 6(9).
- Bohmer, R.M.J. (2016), *The hard work of health care transformation*, *New England Journal of Medicine*, 375(8), 709-711.
- Braithwaite, J., Churruca, K., Long, J.C. et al. (2018), When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC Medicine* 16, 63.
- Cossio-Gil Y, Omara M, & Watson C, et al. (2021) *The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University Hospitals—Consensus Report and Recommendations*. *Value in Health*, 25(4),1-9.
- Engels, N., Bos, W.J.W., Bruijn, A. de, Leeuwen, R. van, Meer, N.J.M. van der, Uden-Kraan, C.F. van, Bey, P. de, & Nat, P. van der. (2024) *Santeon's Lessons from a Decade of Implementing Value-Based Health Care*. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 4(5),1.
- Engen, V. van, Buljac-Samardzic M., Baatenburg de Jong, R., Braithwaite, J., Ahaus, K., Hollander-Ardon, M. den, Peters, I., & Bonfrer, I., (2024a) *A decade of change towards Value-Based Health Care at a Dutch university hospital: a complexity-informed process study*, *Health Research Policy and Systems*, 22: 94.
- Engen, V. van, Lint, C. van, Peters, I.A., Ahaus, K., Buljac-Samardzic, M., & Bonfrer I. (2024b), *Enhancing Patient Response to Patient Reported Outcome Measures (PROMs): Insights from a Leading Dutch University Hospital*, *Value in Health*, 27, 12, 1753-1761.
- Engen, V. van, Bonfrer, I., Ahaus, K., Den Hollander-Ardon, M., Peters, I., & Buljac-Samardzic M. (2024c), *Enhancing clinicians' use of electronic Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in outpatient care: a mixed-methods study*, *Journal of Medical Internet Research*, 26, e60306.
- Engen, V. van (2025), *Towards value-based healthcare in hospitals: Dynamic between implementation strategy and healthcare professional*, Erasmus University Rotterdam (cum laude).
- EXPH, Lehtonen, L., Wild, C., Ricciardi, W., Pita Barros, P., Brouwer, W., DeMaeseneer, J., Kringos, D., McKee, M., Murauskiene, L., Nuti, S., & Siciliani, L. (2019), *Defining value in value-based healthcare, Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)*, European Commission.
- Glasgow, R.E., Vogt, T.M., & Boles, S.M. (1999), *Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework*, *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327.
- Hjollund, N.H. (2019), *Fifteen years' use of patient-reported outcome measures at the group and patient levels: trend analysis*. *Journal of Medical Internet Research*; 21(9)
- Kader *Passende Zorg* (2022), Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Leusder, M., Van Elten, H.J., Ahaus, K., Hilders, C.G.J.M. & Van Santbrink, E.J.P., (2025), *Patientlevel cost analysis of subfertility pathways in the Dutch healthcare system*, *The European Journal of Health Economics*, 26, 927-943.
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). *The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions*. *Implementation Science*, 6(1).
- Pasma, A., Lint, C. van, Hollander, M.A., Bruinsma, S.M., & Peters, I.A. (2024). *Healthcare providers' use of dashboards with patient reported outcomes reinforces patients to fill out patient reported outcome measures*. *DIGITAL HEALTH*.10.
- Porter, M.E., (2010), *What is value in health care?*, *New England Journal of Medicine*, Vol. 363, No. 26, pp. 2477-2479.
- Porter, M.E., and Kaplan, R.S., (2016), *How to pay for health care*, *Harvard Business Review*, Vol. 94, July-August, pp. 88-100.
- Porter, M.E., and Teisberg, E.O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Powell, B.J., Waltz, T.J., Chinman, M.J., Damschroder, L.J., Smith, J.L., Matthieu, M.M., et al. (2015) *A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project*. *Implementation Science*. 10:21.
- Prada, G. (2016), *Value-based procurement: Canada's healthcare imperative*, *Healthcare Management Forum*, 2016, 29(4), 162-164.
- Staalduinen, D. J. van, Bekerom, P. van den, Groeneveld, S., Kidanemariam, M., Stiggelbout, A. M., & Akker-van Marle, M. E. van den (2022). *The implementation of value-based healthcare: a scoping review*. *BMC health services research*, 22(1), 270.
- Steinmann, G., Delnoij, D., Bovenkamp, H. van de, Groote, R. & Ahaus, K. (2021), *Expert consensus on moving towards a value-based healthcare system in the Netherlands: A Delphi study*, *BMJ Open*. 2021;11(4):1-12.
- Stiggelbout, A., Griffioen, I., Brands, J., Melles, M., Rietjens, J., Kunneman, M., Kolk, M. van der, Eijck, C. van, & Snelders, D. (2023), *Metro Mapping: development of an innovative methodology to co-design care paths to support shared decision making in oncology*, *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28:291-294.

De feestgangers van Edgar Allan Poe

prof. dr. René ten Bos

“Er zijn in het hart van de meest roekeloze mens snaren die niet zonder emotie kunnen worden geraakt. Zelfs bij de diepst gezonkenen, voor wie leven en dood gelijkelijk scherts zijn, zijn er dingen waarmee niet geschertst mag worden.”

Edgar Allan Poe (1809-1849)



De feestgangers van Edgar Allan Poe

René ten Bos, hoogleraar Filosofie, docent in de Master Class voor zorgbestuurders

Hoe zou een wereld zonder ziekte eruit zien? Zou ze niet even engelachtig als stom zijn? Een soort hemel waarin geen enkele weerstand is en waar helemaal niets gebeurt? Een gezonde wereld? Allemaal onrealistische vragen, maar mensen hebben door de tijd steeds weer gefantaseerd over de antwoorden op deze vragen.

*

Neem Prins Prospero. Goede naam trouwens. ‘Prospero’ betekent de ‘gelukkige’ of de ‘gefortuneerde’. Hij doet zijn naam alle eer aan. Als zijn land geteisterd wordt door de Rode Dood, een pestilentie die afschuwelijker en fataler dan ooit huishoudt onder het gepeupel en die dodelijke duizelingen en dito bloedingen veroorzaakt, neemt de schrandere en onervaren prins het initiatief om zich met duizend vrienden terug te trekken in één van zijn kastelen. Om de luchthartigheid van de bevoorrechten zeker te stellen, besluit men het kasteel totaal te isoleren door er een hoge muur omheen te bouwen en de ijzeren poorten hermetisch af te grendelen. Niemand kan er nog uit, niemand kan er nog in. En omdat door de logistieke flair van de prins het kasteel al lang van tevoren ruimschoots werd bevoorrad, had iedereen voor de komende maanden of jaren zijn natje en zijn droogje. Er heerste in het kasteel geen enkele vrees dat de vreselijke ziekte zou binnen dringen. Sterker nog, men vertrouwde erop dat de buitenwereld, waar de ziekte wel degelijk rondwaarde, op de lange duur ook voor zichzelf zou kunnen zorgen. De genodigden hoefden dus geen gewetensbezwaren te hebben. Het zou dwaas zijn om te tobben over de plichten jegens de pechvogels die niet uitgenodigd waren, want met hen zou het eindelijk ook goed komen. Er werd, kortom, gezorgd voor het lekkerste eten en de beste wijnen, voor voortreffelijke dichters en geniale muzikanten, voor de grappigste hansworsten en komedianten. Geluk en vermaak, zo wist de prins, dienen gegarandeerd te zijn in het kasteel. Net als veiligheid. Alleen buiten waarde de Rode Dood rond, maar in het kasteel speelde die dreiging niet.

Na verloop van tijd sloeg de verveling onder de gasten toe. Wat moet je als er helemaal niets anders te doen is dan jezelf vermaken met anderen die net als jij geen enkel probleem hebben? Schrandere als hij was, besloot Prospero na vijf of zes maanden nog één keer alles uit de kast te trekken en een gemaskerd bal van uitzonderlijke pracht te organiseren. De mensen, zo vond hij, moesten zich maar eens echt gaan uitleven. De verveling, die zich altijd weer meester maakt van zorgenvrije mensen, zou door het feest verdreven worden. Inspiratie, zo redeneerde de prins, zou het kasteel overspoelen. Uiteindelijk, na lange voorbereiding, was het zover. Terwijl het dollemansfeest in de zeven kleurrijke vertrekken die het kasteel rijk was nog volop gaande was, gebeurde er echter iets wat niemand had zien aankomen. Onder de

gemaskerden bevond zich een gast die zich vermomd had op een wijze die de overige mensen aanvankelijk verwonderde en niet veel later met angst, walging en afgrijzen zou vervullen. De reden was dat deze mysterieuze gast, die om klokslag twaalf binnen was gekomen, kennelijk op het idee was gekomen zich uit te dossen als één van de slachtoffers van de Rode Dood. Een nogal bizar maar vooral ook onsmakelijk idee, want die schijn van de Rode Dood, die men langzamerhand was gaan vergeten, bracht bij de feestvierders onwillekeurig toch bepaalde duistere herinneringen terug. De mysterieuze gast zat onder het bloed, niet alleen zijn kleren maar ook zijn verder lijkleke gezicht. De omstanders ergerden zich aan zijn ongepastheid. De dood mag je vergeten, zo vond men, maar je mag er onder geen beding mee spotten. De Amerikaanse gruwelschrijver Edgar Allan Poe (1809-1849), aan wie ik dit verhaal ontleen, schrijft er het volgende over:

“Er zijn in het hart van de meest roekeloze mens snaren die niet zonder emotie kunnen worden geraakt. Zelfs bij de diepst gezonkenen, voor wie leven en dood gelijkelijk scherts zijn, zijn er dingen waarmee niet geschertst mag worden.”

Hoe ongepast ook, de mysterieuze gast die zich had vermomd als een slachtoffer van de Rode Dood werd gezien als een onheilsboodschapper die niet welkom was. Aanvankelijk werd de “scharlaken gruwel” nog met rust gelaten, iets waardoor hij ongemoeid maar in eenzaamheid door de zeven balzalen kon dolen. Na verloop van tijd had onze schrandere prins er genoeg van. Het was ook een in alle opzichten ongepast optreden. Prospero ging de gast met een dolk te lijf om hem mores te leren. Helaas, als hij bijna bij de gast aangekomen is, valt ook de gelukkigste onder de prinsen plotsklaps dood neer. Ook hij belichaamt een oude wet. Wie als eersten pathogene gasten ter verantwoording willen roepen, vallen als eersten dood neer. Uiteindelijk wilden de inmiddels angstige en ontzette feestvierders de besmeurde kleren en het bloedrode masker van de gast afrukken om te zien wie er achter alle gruwel schuilging. Toen pas werd de horror compleet: de kleren en het masker bleken niet door enigerlei “tastbare vorm” te worden gedragen. Niemand had zich als een zieke vermomd. Er was helemaal geen sprake van een zieke grap. Integendeel zelfs, de ziekte zelf kwam. Pas op dat moment werd de brassers duidelijk dat de Rode Dood als “een dief in de nacht”, als een onontkoombaar feit, toch was binnengekomen.

*

Hoe goed je je ook probeert te beschermen, er komt altijd een indringer binnen. Hoe zou het zijn als we net als de feestvierders in het verhaal van Poe geen enkele indringer meer zouden kunnen ontwaren? Zou je als je wereld verschoond blijft van bacteriën, virussen of andere parasieten nog wel een besef hebben van het eigen lichaam? Hierover (en over veel meer) gaat het verhaal van Poe. De mensen in zijn kasteel zijn mensen die niet langer het gevoel van gewone mensen delen dat ze nog een lichaam hebben en dat ze daarom nog kwetsbaar zijn. Ze verliezen alle verbondenheid met laag-bij-de-grondse zaken als lijf en ziekte. Ze zweven als onaantastbare engelen

1 Edgar Allan Poe (1981) ‘Het masker van de rode dood’, in: Edgar Allan Poe, 30 beroemde verhalen. Utrecht: Veen, pp. 106-110, p. 109.

door de psychedelische balzalen. Ze genieten van hun nevelachtige immuniteit. De indringer wijst ze erop dat het lichaam niet vergeten kan worden en hij doet dat op niet mis te verstane wijze.

De vraag die bij mij, na herlezing van het verhaal opkwam, betreft vooral de verhouding die we hebben tot ons lichaam. De feestvierders, de ‘brassers’ zoals Poe ze noemt, doen me denken aan een bepaalde psychiatrische patiënten die hun behandelaren vertellen dat ze het gevoel hebben dat ze geen lichaam meer hebben of in ieder geval geen boodschappen meer van het lichaam krijgen. Om hun ‘leed’ met een wat verouderde term aan te duiden: ze missen ‘coenesthesie’. Dat is een moeilijk woord dat opdook in psychiatrische verhandelingen uit de 19^{de} eeuw die over de pathologische verhouding van mensen met hun eigen lichaam gingen. Laat ik meteen een definitie proberen die ik ontleen aan een vrij recent artikel van vier psychiaters die het begrip, dat enigszins in onbruik is geraakt, in ere willen herstellen. Het gaat volgens hen bij coenesthesie om “een gevoel van lichamelijke existentie als resultante van alle intracorporaal gemedieerde lichaamssensaties”.² Dat maakt de zaak er op het eerste gezicht niet makkelijker op. In (*intra*) ons lichaam (*corpus*) vinden kennelijk allerlei processen plaats die we al dan niet als ‘sensaties’ kunnen ervaren. Het lichaam is een communicatiekanaal, een medium, zo wisten de oude Grieken reeds, waardoor we ‘boodschappen’ ontvangen. Die ‘boodschappen’ kunnen we al dan niet oppikken.

Ze vertellen ons iets over hoe het ervoor staat of over waar we op moeten letten. Van coenesthesie is sprake als we voldoende in staat zijn om die boodschappen op te pikken of te duiden. Het gaat dus om iets wat goed voor ons is. Als ik het idee op mezelf toepas, dan komt het er neer dat ik alleen mijn lijflijke bestaan kan voelen als gevolg van het feit dat ik de ‘boodschappen’ die vanuit verschillende zones van mijn lichaam naar mij gezonden worden oppik. De vraag is nu even niet of dit beeld neurologisch juist is, maar de gedachte dat lichamelijke gebeurtenissen in termen van ‘boodschappen’ of ‘informatie’ geduid kunnen worden, heeft historisch gezien een uitermate belangrijke rol gespeeld in het medische denken.³ Het is alsof de medicus of arts, die altijd op jacht is naar informatie, altijd geweten heeft dat hij of zij in de patiënt een partner heeft die kan helpen het informatieverwerkingsproces te verbeteren. Als dit juist is, dan betekent dit dat niet alleen de dokter maar vooral ook de partner toegang moeten hebben tot die informatie. Dat kan alleen als er sprake is van coenesthesie.⁴

2 J. D. Blom, A. Neven, Y. Aouaj, B. Jonker en H.W. Hoek (2010), ‘De coenesthesiopathieën’, in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 52, pp. 695-704, p. 679.

3 Preciezer gezegd, de ziekte is een abnormaal soort informatie: “Wat de ziekte ook is, ze verstoort het functioneren, ze is een ruisen dat de boodschappen in de kringlopen van het organisme verstoort, ze parasiteert op het normale rondgaan van die boodschappen.” (Michel Serres, 2024, *De parasiet*. Amsterdam: Boom, p. 289).

4 Hoe belangrijk die jacht op medische informatie is geweest voor met name welgestelde mensen die als de dood zijn dat ze net als de arme mensen vroegtijdig zullen sterven, wordt uitgebreid uit de doeken gedaan in een werkelijk fantastisch boek: Grégoire Chamayou (2008) *Les Corps vils. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIIIe siècle et XIXe siècle*. Parijs: La Découverte. Wie denkt dat Poe een horrorverhaal schreef, moet zich eens verdiepen in hoe medici door de eeuwen heen te werk zijn gegaan om informatie uit al die dode en vooral ook levende lijven te halen. Het spreekt dat die lijven doorgaans de ‘minder waardevolle’ lijven (les corps vils) waren van armen, misdadigers, slaven, vrouwen of mensen van een ander ras.

Er zijn natuurlijk ook andere gewaarwordingen van het lichaam dan uitsluitend pijnlijke. Je kunt bijvoorbeeld ook genot waarnemen, bijvoorbeeld als je op een bloedhete dag de wind over je rug voelt gaan, als je drugs gebruikt, klaarkomt of iets lekkers eet of drinkt. Ook hier zou je kunnen zeggen dat er informatie wordt verschaft. Maar ziekte is een bijzondere vorm van informatie, een bijzondere gewaarwording. Het is, anders dan een genotservaring, iets wat we nadrukkelijk niet willen en iets waardoor we danig verstoord kunnen raken. Tegelijkertijd is het iets wat zich vroeg of laat toch aandient. Het is onvermijdelijk. Gezondheid is in feite niet meer dan een precaire situatie waar vroeg of laat een einde aan komt. In dergelijke kommervolle omstandigheden is ziekte informatie waar je wat van kunt opsteken. Kunt ... het hoeft niet. Probeer maar eens te denken aan alle pijntjes en prikkels die mensen niet alleen voor anderen maar vooral ook voor zichzelf verzwijgen. Als ziekte ruis en kabaal in het lichamelijke medium is, dan leven we in een cultuur die er een sport van heeft gemaakt de herrie zoveel mogelijk te negeren en, in zekere zin, informatie-loos te maken. Daarmee is niet gezegd dat we dat altijd doen. Als de dokter met de stethoscoop een beetje hartruis waarneemt, dan zit je in geen tijd bij de cardioloog. Ruis kan wel degelijk onrust veroorzaken, maar meestal onderdrukken we haar en doen we net alsof ze er niet is. Waarom? Misschien omdat we geen aanstellers willen zijn. Misschien ook omdat we anderen niet lastig willen vallen met zaken waar we zelf last van hebben. Er zit iets ongeneerds in ziekte.

Dat laatste moeten de gasten van Prospero ook hebben gedacht. Die merkwaardige bloeddorlopen gast wordt aanvankelijk schaamteloosheid verweten. Dat is belangrijk om vast te houden. Er is een uitvoerige literatuur die wijst op hoe ziekte schaamte met zich meebrengt: schaamte omdat je te dik bent, schaamte omdat je je werk niet kunt doen of er niet voor de kinderen kunt zijn of schaamte omdat je alles en iedereen alleen maar lastig valt. Maar de grootste schaamte is misschien wel dat de ziekte zich zo schaamteloos aandient: ineens is ze er, die ergerlijke roepstoeter die plotsklaps alle andere en zeker ook de prettige gewaarwordingen overheerst. Zelfs de “diepst gezonkenen” kunnen zich, oog in oog met de overkomelijke ziekte, geen scherts veroorloven en ontdekken, aldus Poe, in zichzelf een laatste residu gêne.

Wat wilden de feestgangers? Ze wilden hun lichaam, beter nog, de kwetsbaarheid van hun lichaam niet voelen. Ze dachten het lijf weg te kunnen denken. Vandaar de lichtheid waarmee ze door zeven balzalen zweefden. Er zijn mensen die denken dat ze geen lichaam hebben. We hebben het dan over een aandoening die bekend staat als het ‘syndroom van Cotard’. In goed Engels spreekt men ook wel van het ‘*walking corpse syndrome*’. Jules Cotard (1840-1889) was een Franse psychiater die in zijn praktijk sommige patiënten ontmoette die beschreven dat ze niet langer in staat waren hun lichaam (of in ieder geval delen van hun lichaam) te voelen. Die gevoelloosheid kan kennelijk zo allesoverheersend worden dat patiënten aangeven dat ze helemaal niet meer bestaan. Pierre Janet (1859-1947), filosoof en psychiater en een wat jongere tijdgenoot van Cotard, citeert een patiënte van hem:

“Ik kan mezelf niet terugvinden. Ik ben niet Ik die ziek is, die verdrietig is, die ouder is geworden, die een kind is geweest, ik ben ik helemaal niet. Wat aan mij ontbreekt, is mijzelf; het is afschuwelijk als je van jezelf bent wegvlucht, als je zo moet leven en niet jezelf bent.”⁵

Je kunt veel van deze patiënte zeggen, maar niet dat ze niet denkt. Alleen is haar denken een soort denken dat op geen enkele manier leidt tot de conclusie van een eigen bestaan. *Sans doute je pense, mais je n'existe pas*. Weliswaar denk ik, maar ik besta niet. Zoiets durfde Descartes met zijn grote twijfelexperiment niet aan. Ik denk en dus concludeerde hij niet dat hij niet moest bestaan. Integendeel zelfs: *cogito, ergo sum* werd een gevleugelde regel in de filosofie. Mensen met Syndroom van Cotard werpen hier radicale twijfel op.⁶

Ergens moeten de feestgangers op het kasteel dat toch ook hebben gedacht, ook al was het maar een klein beetje. Ze dachten werkelijk dat ze door isolement het lichaam van ziekte konden vrijwaren, alsof het lichaam verheven kan worden uit de sfeer van de contaminatie, alsof het niet langer zou kunnen bestaan. Teerde de wil bij de kasteelbewoners om op deze manier gevrijwaard te blijven van het ergste niet op een soort ‘ontlichamelijking’, op iets wat in die psychiatrische literatuur ook wel eens aangeduid wordt als ‘desomatisatie’?⁷ Het is alsof het syndroom van Cotard voor de brassers een soort desideratum werd. Immers, wie zonder lichaam is en blijft, kan niet gepakt worden door de Rode Dood. Wilden ze daarom engelen zijn? Engelen kunnen, zoals bekend, ook denken, maar ze hebben geen lichaam of, wellicht accurater, geen lichaam in de gebruikelijke al te sterfelijke zin van het woord. Wat in de psychiatrie gezien wordt als een ernstige aandoening, wordt voor de feestgangers een ideaal. *En lijken wij, burgers van de door en door gemedicaliseerde samenleving, niet allemaal een beetje op de feestgangers van Poe?*

*

Misschien hebben we net als de feestgangers geen besef meer van *coenesthesie* en lijden we massaal aan wat ooit omschreven werd als *melancholia anaesthetica*, een droef makende vervreemding van gewaarwordingen en sensaties die we, paradoxaal genoeg, willen wegfluiten en wegdansen. In 1880 smeedde een andere psychiater, Friedrich Schäfer, dit interessante begrip dat hij als volgt definieerde:

5 Geciteerd in: Daniel Heller-Roazen (2007) *The Inner Touch. Archaeology of a Sensation*. New York: Zone Books, p. 283. In werkelijkheid is het Syndroom van Cotard complexer dan ik hier suggereer. Zie voor een helder overzicht: Alexandre Billon (2016) ‘Making sense of the Cotard Syndrome: Insights from the study of depersonalisation’, in: *Mind and Language*, 31 (3), pp.356-391.

6 *Ibid.*, p. 288. Citaten als deze impliceren niet dat de medicus de patiënt op zijn of haar woord moet geloven. Patiënten denken vaak niet echt dat ze geen organen of geen lichaam meer hebben. Toch hebben ze het gevoel niet helemaal thuis te zijn in het eigen lichaam. Wat ze ervaren is, in woorden van Janet zelf, “een negatief gevoel dat je zegt dat je niet genoeg eenheid hebt of niet genoeg leeft of bent”, alsof je “de realiteit van je eigen persoon onvoldoende voelt” (Janet, *geciteerd in: Ibid.* p. 282.) Het gaat om dissociatiestoornissen, alsof het “symbolisch systeem volkomen losgeslagen kan zijn van de realiteit, in die mate zelfs dat de beschreven patiënte ervaart dat zij dood is”, ook al is dit “in flagrante tegenspraak met het feit dat zij ademt en rondloopt op de afdeling”. (zie: Jos de Kroon en Thierry Verplancke (2924) ‘Als in een zwarte spiegel. Over het syndroom van Cotard’, in: *Tijdschrift voor Psychoanalyse* 23 (2), pp. 105-115, p. 112.)

7 Zie: Billon, p. 360.

“Wanneer patiënten klagen over hun leed, dan verbinden ze dit expliciet met een soort leegte of holheid in hun hoofd of in hun maag, een rotgevoel waardoor ze niet in contact kunnen komen met de omgeving van hun innerlijke zelf. Ze zien en horen weliswaar alles, maar ervaren niet op een innerlijke of levendige zintuiglijke manier.”⁸

Filosofen schrijven al vanaf de oudheid over deze vreemde gevoels- of ervaringsarmoede die de mens kan overvallen. Ze bedachten er de mooiste woorden voor: vertwijfeling, diepe verveling, *Leergelassenheit* (het gevoel dat je in de leegte achtergelaten bent), nihilisme, enzovoort. Het punt is steeds weer dat die “intracorporaal gemedieerde lichaamssensaties” hun rol van boodschapper of informatiedrager niet langer kunnen spelen. We zijn weer terug bij de coenesthesie. Heller-Roazen laat heel mooi zien hoezeer mensen in onze samenleving vervreemd zijn geraakt van deze coenesthesie, iets wat ze in Duitsland ooit nog eens omschreven als *Gemeingefühl*.⁹ Onder dit ‘gemeengevoel’ wordt niet het gezamenlijke gevoel of de gedeelde emotie van een groep individuen bedoeld. Het gaat evenmin om synesthesie, een verschijnsel waarbij bepaalde zintuiglijke ervaringen zo sterk zijn dat ze ook door andere zintuigen opgemerkt worden (als iemand bijvoorbeeld op de televisie lekker eten ziet en dat ook ruikt). Het gaat bij dit ‘gemeengevoel’ niet zozeer om de wijze waarop je de wereld om je heen ervaart of om je psychische toestand, maar vooral om het gevoel dat je met je hele lichaam bestaat, een soort *Gefühlsinn* voor het naakte feit dat je met je hele lichaam bestaat.¹⁰ Het gaat om iets wat je “innerlijk gevoel” zou kunnen noemen. Heller-Roazen spreekt van een “*inner touch*” en ontleent dit aan een oude tekst uit de 17^{de} eeuw:

“Ik zou onder de naam ‘innerlijk gevoel’ (*tact intérieure*), een soort zesde zintuig, een speciale klasse van ervaringen willen rangschikken waaronder de pijntjes vallen die we soms onder onze huid voelen, maar ook de kracht van de ingewanden of onze botten; de verwarring die voorafgaat aan flauwvallen, honger of dorst, de emotie die al onze hartstochten begeleidt; tot slot de hele veelvoud aan verwarde sensaties die, om het maar zo te zeggen, ons lichaam bepalen, de aanwezigheid ervan uitmaken – het gaat om een gevoel dat daarom wel eens hebben omschreven als het gevoel voor de co-existentie van ons lijf.”¹¹

De stelling die ik naar aanleiding van deze bespiegelingen onder de aandacht zou willen brengen is dat we in ons tomeloze streven naar gezondheid die *tact intérieure* kwijt zijn geraakt. Dit is precies de reden waarom zoveel schrijvers, kunstenaars maar ook medici achterdochtig zijn geweest ten opzichte van alles wat probeert gezondheid als de belangrijkste waarde in het mensenleven naar voren te halen. Elders heb ik dit beschreven als een ‘tendens tot bionegativiteit’, de neiging die erin

8 Geciteerd in: Lara Rzesnitzek (2014) ‘Narrative or self-feeling? A historical note on the biological foundation of the “depressive situation”’, in: *Frontiers in Psychology* 27 (5), pp. 1-3, p. 2.

9 Heller-Roazen 2007, p. 239.

10 Heller-Roazen, 2007, p. 241.

11 Anne Robert Jacques de Turgot (1727-1781), ook bekend als Baron de Turgot, schreef dit in 1756 als een bijdrage aan de beroemde Franse *Encyclopédie*. Zie: Heller-Roazen, p. 242 en p. 340.

bestaat om ziekte en ongezond leven een bepaalde waardering te geven, juist omdat het streven naar gezondheid als zodanig een soort 'sensorische' middelmaat met zich meebrengt. Anders gezegd, over de hele aardbol heeft men gezondheid nooit de prioriteit gegeven die wij (als leden van de Westerse samenleving) eraan geven. Men waardeert het ongezonde, juist omdat het, anders dan het gezonde (of het veilige, het voorspelbare of kleinburgerlijke) een gemeenschappelijkheid met de wereld bewerkstelligt die wij al lang zijn kwijtgeraakt.¹² Het gaat dus niet alleen om een gemeenschappelijkheid met het eigen lichaam, maar ook om gemeenschappelijkheid met de wereld om ons heen. Ik denk hierbij aan iets wat Chamayou omschrijft als 'morbide solidariteit': we weten dondersgoed dat we allemaal één zijn in die zin dat we allemaal dood gaan, de rijken en de bevoorrechten net zo goed als de armen en de achterblijvers.¹³ De feestgangers van Edgar Allan Poe denken niet alleen dat ze het zonder een lichaam kunnen stellen, maar vooral dat die morbide solidariteit niet een morele deugd maar een levensgevaarlijke bedreiging is. Ze schamen zich er niet eens voor.

*

Hierin ligt hun ethische falen. Het is wachten op een gezondheidsethiek die, wil ze werkelijk haar naam waardig zijn, het lijf en alles wat erbij hoort, de sensaties, het genot en ook de angsten die daar deel vanuit maken, weer een centrale plaats durft te geven. Een dergelijke ethiek zou mensen alert moeten maken op de waarde niet alleen van het eigen leven, maar ook van het leven buiten het kasteel.

¹² René ten Bos (2025) *Het laatste woord. Twijfelen aan zekerheden*. Amsterdam: Boom, p. 214.

¹³ Chamayou (2008), p. 184.



20 jaar Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

20 jaar! Zo lang geleden is het dat Erasmus Centrum voor Zorgbestuur het levenslicht zag. Een mooie 'leeftijd' om bij stil te staan. Dit deden we dan ook graag samen met onze alumni, (oud-)medewerkers en iedereen die zich inzet voor de kwaliteit van de besturing van de zorg. Vroeger, nu en in de toekomst.

Jubileumbundel

Deze bundel stelden we samen door de bijdrages, die door het jaar heen verschenen, samen te brengen. Aan de ene kant haalden we het net op: wat zijn de lessons learned van 20 jaar onderzoek naar de (be)sturing van de zorg? Aan de andere kant verkenden we nieuwe wegen, en actuele kwesties.

Podcast

Smaakt dit naar meer? Daar zijn wij van overtuigd en daarom zijn wij dieper op de materie ingegaan met de verschillende bijdragers. Wat die gesprekken opgeleverd hebben, is te beluisteren in onze succesvolle jubileum podcastserie: Over zorg besturen.

Er was meer!

2025 was een jubileumjaar, een inspirerende ontdekkingsreis met activiteiten en events waarin we reflecteerden op verschillende thema's. Welke bagage neem je mee of laat je achter? Neem je de tijd om je innerlijke kompas te herijken, welke richting ga je op?

Een betekenisvolle reis

Bijvoorbeeld de Laprélezing waarin Ronald van Raak, hoogleraar Erasmiaanse waarden zijn gedachten deelde over de rol van gedeelde waarden in de zorg. Verpleegkundig leiders versterkten hun leiderschapskompas en identiteit als verpleegkundige tijdens een mini-trail. En alumni van Master en Top Class haalden inspiratie uit de literatuur, hoe vormen verhalen ons denken en doen?

En in maart 2026 kwam alles samen op het symposium "De tekens van onze tijd verstaan: Gezond leiderschap in de zorg van nu". Een betekenisvolle reis kortom.



Kijk op erasmuscentrumzorgbestuur.nl/20jaar voor een overzicht van alle jubileumactiviteiten.



Onderwijs

Goed gefundeerd postacademisch onderwijs voor bestuurders, managers én professionals. We werken met leiders in de zorg aan hun ontwikkeling.



Onderzoek

Wetenschap als uitgangspunt: we dragen bij aan kennisontwikkeling door onderzoek naar goede zorg met goed bestuur.



Ontmoetingen

Inspirerende ontmoetingen tussen wetenschap, praktijk en bestuur van de zorg. We brengen kennis tot leven.



Op maat

Maatwerkbegeleiding die beweging op gang brengt. We stemmen af op specifieke ontwikkelvraagstukken.

204

Dit boek is een uitgave van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur: van en voor leiders in de zorg. Een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg en bestuur. En impact maken op mensen, systemen en beleid, dat is waar wij voor staan. We verbinden – als onderdeel van de Erasmus Universiteit Rotterdam – al meer dan 20 jaar wetenschap en praktijk binnen de zorg.

We dragen bij aan het genereren van nieuwe kennis en het ontwikkelen van vaardigheden. Zo bieden we ruimte aan nieuwe perspectieven: een frisse blik op de uitdagingen waar we in de zorg en samenleving mee te maken hebben. Nu en in de toekomst. Dat doen we met ons Onderzoek, de Ontmoetingen die we organiseren en ons Onderwijs (Open en Op maat).

Onderwijs

Het programma-aanbod bestaat onder andere uit:

Master Class, een management development programma over strategie en leiderschap, voor (eindverantwoordelijke) zorgbestuurders.

Master of Health Business Administration, de enige internationaal geaccrediteerde MBA-opleiding in Nederland specifiek voor de zorg. Voor leiders op strategische posities bij aanbieders van zorg en welzijn, verzekeraars, toeleveranciers en overheden die zich verder willen bekwamen in hun vak c.q. voorbereiden op een volgende carrièrestap.

Top Class, een management development programma voor managers en directeurs in de zorg die een stap naar een bestuurlijke functie overwegen.

Financieel Bestuur in de Zorg, een kort programma voor managers en bestuurders over actuele en aankomende financieel-economische vraagstukken in de zorg.

Bestuur voor Medisch Specialist en Huisarts, een programma voor bestuurlijke medici die zich verder willen bekwamen op bestuurlijk, persoonlijk en inhoudelijk vlak.

Imagine2, een programma voor medisch specialisten én ziekenhuizen. Doel van het programma is medisch specialisten toe te rusten om een leidende rol te nemen in de continue verbetering van zorg. Ook bestuurders van hun ziekenhuizen worden betrokken bij het programma.

Academische Leergang Zorg Management, een compacte leergang gericht op uitbreiding van kennis en versterking van het vakmanschap van directeurs, managers en professionals in de zorg.

Nieuw Verpleegkundig Leiderschap, een programma waarin verpleegkundigen de strategische visie en vaardigheden verwerven om hun vak, de organisatie en de zorg verder te brengen.

Governance Class, een programma voor toezichthouders en voorzitters van raden van toezicht in de gezondheidszorg.

Gedeeld Leiderschap in de Ouderenzorg, een leiderschapsprogramma voor professionals in de ouderenzorg en hun bestuurders. Vanuit gedeeld leiderschap leren zij veranderopgaves in de ouderenzorg aan te gaan.

Regie in Zorgnetwerken en Zorgketens, een programma voor netwerk- en ketenregisseurs die zich verder willen bekwamen in hun netwerkleaderschap. Hoe zorg je voor een effectieve samenwerking tussen verschillende partijen?

Het Andere Gesprek, een kort programma waarin bestuurders, directeurs en managers praktisch-filosofisch reflecteren op actuele bestuurlijke thema's. Leren vertragen voor een betere besluitvorming.

Bestuur voor Verpleegkundigen, een programma ter versterking van de bestuurlijke kwaliteit en effectiviteit van verpleegkundig bestuurders in het vormgeven van de toekomst van de zorg.

Financieel Leiderschap, leergang die ervaren leidinggevende financials in de zorg helpt om verder te groeien: in het onderbouwen van strategische keuzes, het inspireren van teams en zo impact te maken.


205

Onderzoek

In de **Academische Werkplaats Zorgbestuur** vindt systematische reflectie plaats op het werk van leiders in de zorg. Overkoepelend onderzoeksthema is ‘goede zorg met goed bestuur’. Waarbij zorg het middel is, en gezondheid het doel. Zo geven we ruimte aan nieuwe inzichten voor de sector, verrijkend en inspirerend. Het helpt de leiders van nu om de uitdagingen van deze tijd te hanteren.

Onze onderzoeksthema's zijn:

- (Gedeeld) Leiderschap
- De dynamiek van besturen
- Leren, innoveren en verbeteren

A scenic view of a mountain range with rocky peaks and a valley with a stream in the foreground. The mountains are rugged and rocky, with some green vegetation on the slopes. The sky is blue with some light clouds. The foreground shows a stream with rocks and some green plants.

Goed bestuur, wat vraagt dat vandaag van zorgorganisaties? En wat vraagt het morgen? In deze jubileumbundel brengt Erasmus Centrum voor Zorgbestuur twintig jaar kennis, onderzoek en praktijkervaring samen. De auteurs kennen de spanningen in het bestuurlijk werk. De bijdragen verkennen de volle breedte van de opgaven waar de zorg voor staat: van toezicht, management control, innovatie en transitie tot professioneel leiderschap, netwerken en waardegedreven zorg.

Een bundel die als een kompas richting geeft aan bestuurders, managers, beleidsmakers, professionals en toezichthouders. Aan leiders die willen begrijpen wat nodig is om de zorg goed te besturen, organiseren en vernieuwen, en die daarbij hun weg zoeken over gebaande paden en nieuwe wegen.