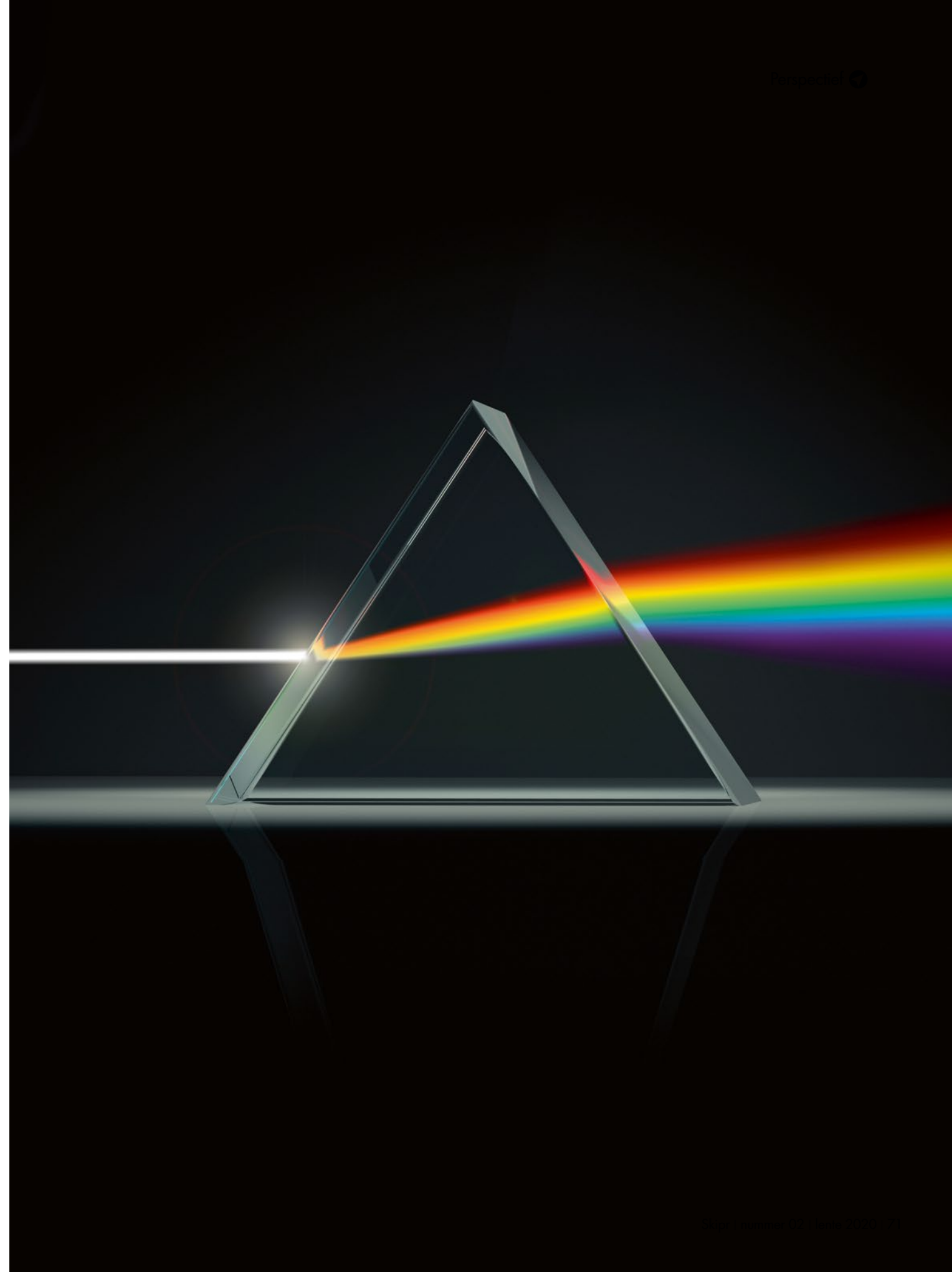


De veranderingen in ons zorgstelsel stapelen zich zodanig op dat we kunnen spreken over een ware transformatie. In de zoektocht naar een effectiever zorgsysteem zal nieuw vertrouwen gevonden moeten worden in de professional. Institutionele barrières zullen geslecht moeten worden om echte transformatie mogelijk te maken.

# Zorgtransformatie: trendy innoveren of nieuw vertrekpunt?

Auteurs Wouter Keijser, Guus van Montfort **Beeld** Getty Images



**W**e zetten in dit artikel uiteen hoe transformatie het best te doorgronden is als het geheel van processen die nagenoeg tegelijkertijd op verschillende niveaus aangrijpen. De vraag is hoe deze allemaal goed te begeleiden. Om kansen voor duurzame transformatie optimaal te benutten en de negatieve impact van veranderweerstand te minimaliseren, kunnen concrete strategieën helpen. In dat licht beantwoorden we hieronder drie vragen. *eWat houdt zorgtransformatie in en waartoe leidt dit? Welke strategieën kunnen helpen om transformatie effectief te faciliteren? En wat vraagt dit van verschillende partijen in en rondom het zorgveld?* Aan de hand van de wetenschappelijke literatuur en praktijkervaring beschrijven we hoe transformeren zich vooral kenmerkt door sociale veranderingen die, mits goed begeleid, kunnen resulteren in een effectiever professioneel zorgsysteem dat is gebaseerd op continue dialoog. Dit vraagt het weer laten floreren van de door overmatige bureaucratie ondergesneeuwde creativiteit en het adaptatievermogen van zorgprofessionals. Dit artikel biedt zorgbestuurders, beleidsvormers en anderen inzichten en handvatten om professionele passie weer te helpen (her)institutionaliseren binnen de zich hervindende collectieve professionaliteit.

## VERANDERPROCESSEN

Steeds vaker wordt in de zorg de term ‘transformatie’ gebruikt als het gaat om het geheel aan veranderprocessen in het huidige zorgveld. Deze processen worden getriggerd door ontwikkelingen van uiteenlopende aard. Denk hierbij aan maatschappelijke ontwikkelingen als de verschuivende rol van patiënt en cliënt naar ‘prosumert’, economische als de toenemende kosten, (medisch) technologische als e-health, demografische als de vergrijzing en arbeidsmarktgerelateerde als personeelsschaarste, maar ook de gevolgen van de huidige COVID-19 crisis. Zo is er toenemende aandacht voor technologische innovaties die zorgorganisaties noodzaken zich te beraden over hun digitale ‘transitie’. Ook is sprake van de komst van nieuwe discipline-overstijgende principes, zoals de shift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag (positieve gezondheid) en fenomenen als *value based healthcare* en de *quadruple aim*. Die vragen allemaal veranderingen in het gedrag van professionals en de kaders waarbinnen zij werken.

### Professionele elasticiteit

Naast genoemde ontwikkelingen heeft vooral de groeiende bureaucratische verantwoordingslast de afgelopen jaren een toenemende weerslag gehad op hoe professionals hun werk

doen en ervaren. Steeds vaker bevinden zij zich in een kat-muis-achtig ‘verantwoordingspel’. En vanuit hun professies hebben zij een relatie met verschillende veldpartijen die allemaal hun eigen perspectief hebben. Professionals moeten hierbij vaak meerdere petten opzetten (Putters, 2009). Hoewel steeds maar harder en langer werken velen van hen karakteriseert, blijkt hun elasticiteit om het zorgproces in het belang van cliënt/patiënt creatief uit te voeren een eindigheid te kennen (Van Montfort en Van Wylick, 2019). Doelmatigheid van verantwoording in de zorg is haar doel voorbijgeschoten en lijkt een doel op zich geworden: het in standhouden van een verantwoordingsstelsel met allerlei instanties en de professionals daarbinnen. Zo’n centrale sturing op transparantie en verantwoording ondermijnt de professionele autonomie en de zin in werk dat waardevol bijdraagt aan een groter geheel (Pink, 2005; Kuiken, 2018; Schotanus-Dijkstra, 2019). Dit heeft negatieve effecten zoals afnemend werkplezier, effectiviteit en productiviteit binnen de beroepsgroepen in de zorg, die zich van origine kenmerken door krachtige vocatie.

### Meer complexiteit

Onder meer door toenemende co-morbiditeit en vergrijzing, digitalisering en het opkomende belang van regionaal integreren van zorg en sociaal domein zal de huidige generatie zorgprofessionals eerder meer dan minder met complexiteit geconfronteerd worden (o.a. Van der Weert et al., 2020). Hun werk karakteriseert zich toenemend door het gezamenlijk anticiperen en reageren op steeds weer veranderende behoeften van cliënt of patiënt.

In het huidige stelsel winnen de opgelegde formele regels het nog vaak van de informele regelkracht van professionals, waarmee zij zorgprocessen creatief en snel onderling georganiseerd krijgen. Binnen vastgestelde professionele kaders hebben zij juist ook voldoende creatieve ruimte nodig om samen steeds weer de best mogelijke zorg te vinden. Dit proces bestaat uit het optimaal afwegen en in balans brengen van vaak conflicterende waarden en perspectieven. Een proces dat steeds weer anders verloopt en zich niet laat vangen in kwantificeerbare gegevens, indicatoren of protocollen.

Zorgprofessionals zijn lang in staat gebleken om onder toenemende bureaucratie de dagelijkse complexe problemen het hoofd te bieden (Noordegraaf et al., 2019). Maar nu de verandercurve in de zorg nog sterker stijgt, is het nog maar de vraag of louter verlichting van administratieve lastendruk voldoende soelaas biedt voor hun langdurig uitgerekte professionele elasticiteit en besluitvormingsflexibiliteit.

## ANDERS ORGANISEREN

Ook de maakbaarheid van de zorg als organisatorisch systeem kent grenzen. De toenemende complexiteit en veranderdynamiek zijn uiteindelijk niet meer alleen te besturen door middel van analyseren, plannen en verantwoordwoorden.

Vaak toegepaste projectmatige implementatie-aanpak, bijvoorbeeld bij het invoeren van een nieuw ZIS/HIS, is steeds minder toereikend. Transitie en transformatie vergen verandering in hoe men in het werkproces gewend is om geografisch, procesmatig en gedragsmatig samen te werken bijvoorbeeld e-consult in plaats van polikliniek. Hierdoor verschuiven rollen en verantwoordelijkheden, zowel tussen professionals onderling, als tussen professionals en hun cliënten of patiënten.

### Het nieuwe samenwerken

Meer dan ooit gaat samenwerken in de zorg over goed geoliede, fluïde netwerken van mensen die met elkaar gericht zijn op continu verbeteren. Van alle betrokkenen vraagt dit specifieke competenties om voortdurend constructief het gesprek met elkaar aan te gaan, elkaar aan te spreken, elkaar te prikkelen omwille van gezamenlijk zoeken naar meerwaarde, continu samen te leren, ervaringen uit te wisselen en samen nieuwe initiatieven uit te proberen. Dit alles met een flinke dosis durf en leiderschap. Met de groeiende complexiteit en toenemende inzet van zorgcontact op afstand is het utopisch om te verwachten dat samenwerken is gebaseerd op louter ‘warme’, bekende werkcontacten. Moderne samenwerking in de zorg is toenemend gebaseerd op ‘open’ teams met een laagdrempelig toegang voor iedere die expertise op dat moment nodig is (Schot et al., 2019). Deelname aan zo’n flexibel team vraagt een hoge mate van betrokkenheid in het proces van continu samen aangaan van complexe problematiek: een gemeenschappelijke exercitie die ook wel *sensemaking* wordt genoemd (Weick, 1995). Deze manier van werken vergt tevens adequaat klinisch leiderschap en specifieke competenties van teamleden. Daarnaast moeten de externe condities op orde zijn. Immers, mensen in deze teams functioneren continu op basis van ‘grenzenwerk’ (RVS, 2018). Dat is het voortdurend buiten de eigen rol verbinding zoeken met anderen en samen zoeken naar beter, op basis van een hoge mate van adaptief vermogen om samen leerervaringen om te kunnen zetten in verbeteringen. Zorgprofessionals passen hiervoor doorgaans een repertoire aan tactieken toe. Tabel 1 laat zien hoe zorgprofessionals op basis van deze vaardigheden, met een hoge mate van

creativiteit en adaptatievermogen in staat zijn om complexe zorg te organiseren binnen gestelde kaders. In de praktijk gebeurt dit co-creëren vaak noodgedwongen in een parallelle wereld, naast een complex administratief bureaucratisch systeem waarin professionals zich ook staande moeten houden (Van Montfort en Van Wylick, 2019).

Inmiddels verandert de zorg zo snel en hevig dat zelfs professionele identiteit en gewoonten (ongeschreven regels) wijzigen. Deze relatief vage maar essentiële begrippen bieden houvast in de complexe sociale structuren van de dagelijkse zorgpraktijk. De optelsom van alle elkaar beïnvloedende veranderingen en innovaties, creëert tegelijkertijd het ontstaan van andere vertrekpunten en principes, op de niveaus van zowel besturing, operatie, als van (professioneel) samenwerking en gedrag: dit is een transformatie.

## NIEUWE REALITEIT

Bekende bouwstenen van een alom gedeelde visie over waar de transformatie in de zorg zal uitkomen, zijn onder meer: samenhangende ketens en netwerken (bijvoorbeeld in plaats van de bekende eerste-, tweede- en derdelijns zorg), effectieve zorgverlening die ook individuele leefstijl en dagelijks functioneren omarmt, een geïntegreerd sociaal en medisch domein, vergaand gebruik van digitale oplossingen en nauwer samengaan van zorgactiviteiten van professionals en van niet-professionals. Dit vergt een diepe inbedding van de nieuwe principes en tegelijkertijd het loslaten van het oude. Hierbij komen professionals, teams en organisaties los van een vertrouwd, maar inmiddels obsoleet stelsel van regels en richtlijnen die met name gericht zijn op bekostiging en verantwoording. Terwijl een nieuw stelsel zich nog moet ontwikkelen. Immers: ‘stelsel-volgt-praktijk’ wordt een van de fundamentele nieuwe principes (Van Montfort, 2020), professionals geven al vorm aan nieuwe en effectieve werkmethoden en -gewoonten.

Aanvullend op belangrijke bouwstenen in visierijke adviesrapporten, zoals *De Juiste Zorg Op De Juiste Plek* (Taskforce, 2018) en *Blijk van Vertrouwen* (RVS, 2019), beschrijven wij hieronder enkele praktische principes, die kunnen bijdragen aan deze zorgtransformatie. Hiervoor is het nuttig het complexe zorgveld ook vanuit meer theoretisch kader te beschouwen.

In het transformatieproces waarin de nieuwe realiteit zich creëert, krijgen alle belanghebbenden te maken met allerlei (soms zelfs existentiële) onduidelijkheden en onzekerheden. Institutionele, structuur- en complexiteitstheorieën >

**Tabel 1** Categorieën van conventionele tactieken waarmee zorgprofessionals de onderlinge samenwerking bevorderen: een selectie van beïnvloedende factoren en ondersteunende tactieken (zie o.a.: Schot et al., 2019; Keijser, 2016)

Categorieën	Relevante beïnvloedende factoren	Faciliterende tactieken
1. Creëren en behouden van teamwork skills en werkklimaat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis, vaardigheden en attitude t.b.v. samenwerking</li> <li>• Organisatiecultuur en psychologische veiligheid/leerklimaat</li> <li>• Leren binnen en tussen organisatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principes van 'community of practice'</li> <li>• Teamwork training ('on the job')</li> <li>• Interdisciplinair onderwijs (opleidingscurricula; nascholing)</li> <li>• Skills training (bijvoorbeeld feedback, conflicthantering)</li> </ul>
2. Over interprofessionele grenzen kijken en werken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incongruentie in professionele protocollen</li> <li>• Uiteenlopende professionele (sub)culturen</li> <li>• Verschillende taken en verantwoordelijkheden</li> <li>• Kennis over perspectieven en behoeften van andere professies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definiëren van gemeenschappelijk doel op niveau van individuele patiënt/cliënt</li> <li>• Investeren in sociale interacties en werkrelaties</li> <li>• Vertalen van informatie in elkaars jargon</li> <li>• Voor de ander inspringen</li> </ul>
3. Adaptief omgaan met overlap van onderlinge taken en verantwoordelijkheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uiteenlopende niveaus van autonomie, autoriteit en bevoegdheden</li> <li>• Verschillen in werkdruk</li> <li>• Balans tussen formele taken/verantwoordelijkheden versus toepassing in dagelijkse werk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actief hulp bieden/ vragen</li> <li>• Toepassen van 'shared mental model'</li> <li>• (Her)definiëren van protocollen en standaarden</li> </ul>
4. Creatief benaderen van regels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricties door externe of interne wet- en regelgeving</li> <li>• Verantwoording 'regeltjes'-cultuur</li> <li>• Collectief 'geheugen' (onder andere verandermoeheid)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactie met beleidsmakers en bestuurders (bijvoorbeeld over aanpassingen regels)</li> <li>• Bedenken van workarounds of bypasses</li> </ul>

kunnen instrumenteel zijn om deze relatieve 'chaos' nader te doorgronden en wellicht waar mogelijk zelfs enige sturing te geven (Giddens, 1984; Scott en Christensen, 2001; Launer, 2018).

Relevant is dat alle individuele betrokken partijen hoofdzakelijk vanuit één eigen perspectief redeneren, met het risico voorbij te gaan aan de perspectieven van de anderen. Deze perspectieven worden in de dagelijkse werkelijkheid gedefinieerd door zogenoemde instituties, en wel in de vorm van zogenaamde regulatieve, normatieve en cognitieve structuren en activiteiten. Deze bieden een zekere stabiliteit en betekenis aan het sociaal gedrag van mensen en worden gedragen door hun cultuur, structuur en routines (Scott en Christensen, 1995; Scott, 2001). Tijdens transformatie veranderen vele, zo niet alle instituties tegelijkertijd. Dit kan leiden tot allerlei Babylonische gekrakeel, bijvoorbeeld: de een zal zich meer zorgen maken over regels en het toezien op naleving ervan, terwijl de ander meer aandacht heeft voor (zorg)inhoudelijke verplichtingen. Tegelijkertijd beïnvloeden veranderingen binnen deze drie institutionele niveaus elkaar ook nog eens. Daarnaast is geen der partijen sovereign in het stellen van de nieuwe vertrekpunten en principes. Pas na een langere tijd van re-institutionalisering zal een relatief stabiele,

nieuwe ordening zich geïnstitutionaliseerd hebben (Tolbert en Zucker, 1996).

In de zorg bestaat een groeiend besef dat samenwerking door alle betrokken partijen zo gefaciliteerd dient te worden dat professionals goed in staat zijn om zowel het dagelijkse werk als de vele innovaties en het integreren van een cultuur van continu verbeteren effectief het hoofd te kunnen bieden. Een nieuwe algemene norm treedt in werking dat er niet louter volgens allerlei strakke lijnen en hokjes georganiseerd, gedacht en gewerkt wordt. De focus wordt juist verlegd naar een breed gedragen nieuw vertrekpunt: goede en passende patiënt-gecentreerde zorg. Dit impliceert het herformuleren van nieuwe regulering, normering en professioneel gedrag.

#### Duurzaam faciliteren van transformatie

De uiterst complexe dynamiek van de re-institutionalisering van deze nieuwe werkelijkheid roept de vraag op hoe zorgtransformatie duurzaam gefaciliteerd kan worden, immers: het gaat hier niet over een innovatieproject of verbeterprogramma. Naast toenemende zelfreflectie binnen de gelederen van regelgevers en beleidsmakers, zijn vooral tijd, ruimte en beschikbaarheid van tijdelijke transformatie-middelen essentieel. Tijd en ruimte maken de investering mogelijk in het zoeken, testen en institutionaliseren van de >

beste samenwerkingswijzen. Dat doen vooral de professionals die dat ook het beste weten, maar dit tijdens hun dagelijks werk doen. Daarbij worden ook de vaak onbewuste denk- en handelingsprocessen ontworteld, bijvoorbeeld die veroorzaakt zijn door prestatiebekostiging en *fee-for-service* – de erfenis van het gestolde wantrouwen in de vorm van de doorgeschoten bureaucratisering.

### REGELPARADOX

Het realiseren van een omslag waarin regels worden losgelaten ten behoeve van effectievere samenwerking, vraagt het vrijspelen van de professionals op de werkvloer om zo ‘transformatieruimte’ te creëren. Beleidsvormers, toezichthouders en bestuurders richten de governance meer in op basis van de contextuele situatie - onder andere regionaal. Ze onderdrukken daarbij hun regel- en controle-reflex, waarvan we nu weten dat die kan leiden tot een regelparadox. Dit vraagt van hen dus een meer bescheiden nabijheid met en afstemming op het werk van professionals. De nieuwe zekerheden bestaan hier bijvoorbeeld uit het teruggeven van vertrouwen aan de uitvoerende experts -de zorgprofessionals, maar vaak ook de patiënt/ cliënt zelf- die doorgaans goed in staat zijn om complexe processen samen en op de meest adequate en passende wijze op te lossen, mits zij ruimte en tijd krijgen om daar nog beter in te worden (RVZ, 2019; Keijser, 2014). Bestuurders en hun toezichthouders zouden er goed aan doen om zich toe te leggen op het naar binnen halen van kennis over zaken als *communities of practise* met een hoge mate van co-creatie en sociale processen. Verder treden zij meer actief op als buffer tussen beleid en inkoop en de frontline van de zorg. Bestuurders investeren ook in de cultuuromslag gericht op continu verbeteren, inclusief het (weder)creëren van psychologische veiligheid binnen de eigen organisatie en het investeren in (inter-organisatorische) netwerken gericht op continu samen leren. Zij tonen dus ook zelf lef en leiderschap in het buiten eigen bestuurlijke en organisatorische grenzen heen te kijken, met name om regionaal anderen te enthousiasmeren voor samenwerking en innovatie. Ook verzekeraars leggen zich toe op het faciliteren van de beschreven omslag, bijvoorbeeld door de afstand te vergroten tussen inkoop/allocatie en aanwending en door het maken van meerjarige afspraken. Hierdoor kan meer tijd, ruimte en onderling begrip ontstaan over hoe goede zorg te definiëren en te organiseren is. Naast de extra handelingsruimte die daarbij ontstaat voor een rijkere dialoog op de werkvloer dragen verzekeraars bij door hun patiënt/cliënt te versterken in hun regierol, onder meer in

het adequaat kunnen meekomen in *shared decision making*.

### DRIE NIVEAUS

We onderscheiden drie niveaus van categorieën met strategieën voor de genoemde duurzame transformatie: *collaborative governance*, interdisciplinaire samenwerking en professioneel leiderschap (Tabel 2). Oud gedrag loslaten dat hoort bij de schijnveiligheid van een ineffectief gebleken gesloten normensysteem en kwantitatieve indicatoren, en investeren in nieuwe dialoog-samenwerking gericht op de best mogelijke oplossingen, vraagt van professionals om nieuwe werkprocessen en daarbij behorend handelen uit te vinden, te testen en te institutionaliseren. Dit vergt dat professionele opleidingen en socialisering steeds meer interprofessioneel en contextueel ingevuld worden (niet alleen in de ‘schoolbanken’), bijvoorbeeld in regionaal leer-netwerken. In het bijzonder kan het concept van communities of practise een belangrijke rol spelen: informele groepen die, gedreven door enthousiasme en collectief leiderschap, binnen de context van de eigen organisatie en aan de hand van dagelijks werk, continu op zoek zijn naar de beste handelingswijze en processen. Dit vraagt laagdrempelige beschikbaarheid en benaderbaarheid tussen de teamleden: ook van hen die minder vaak aanwezig zijn. Dit kenmerkt weer het ‘open’ teamwork binnen netwerksamenwerking (Lingard et al., 2017). In deze context is het relevant dat verschillende groepen zorgprofessionals binnen de eigen gelederen werken aan competentie-ontwikkeling gericht op deze vormen van moderne samenwerking. Betekenisvol is dan ook dat onder andere Nederlandse artsen hierin vooroplopen: circa 80 procent van de medisch leiderschap competenties is gerelateerd aan deze nieuwe vorm van samenwerking (Keijser, 2019).

#### Barrières en brigades

De noodzaak om een stelsel van instanties te ontmantelen die allen afhankelijk zijn van de bureaucratie die zij beheren kan een obstakel zijn voor de wenselijke transformatie (Kraaijeveld, 2018). Velen dienen allerlei vertrouwde principes los te laten. Verdere uitdagingen zijn het voorkomen van reflexmatige terugval in oud gedrag en het afleren van ingesleten gewoonten, zoals de focus op eigen specialisme (‘turf’). Ook het loskomen van denkbeelden als ‘Patiënten zullen steeds meer willen consumeren’ of ‘Professionals zullen louter ineffectieve keuzen maken en te dure innovaties

**Tabel 2** Drie categorieën met strategieën ten behoeve van effectieve transformatie in de zorg met hoofdlijnen, selectie van praktijkvoorbeelden en beoogde resultaten

Categorie	Hoofdlijnen	Praktijkvoorbeelden	Beoogde eindresultaten
<i>Collaborative governance</i>	Gemeenschappelijke, regionale visie op goede en passende zorg	Inkoop en contractering gericht op (investeren in) transformatie	Focus: per patiënt/cliënt continu samen verbeteren
	Verkleinen afstand beleid/ bestuur-werk	Bestuurlijk voorbeeldgedrag in samenwerking en ondernemerschap	Stelsel volgt praktijk
	Toezichthouders en bestuurders fungeren als ‘filter’ tussen beleid- en inkoop(sregels) en werkvloer	Inkoop en allocatie middelen (macro-sturing) in samenhang met aanwending door professionals	Van cultuur-van-continu-afvinken, naar cultuur van continu-verbeteren
	Ontwikkeling verantwoording structuren van centraal naar professionals	Informatievoorziening ten dienste van samenwerking (optimaal inzicht ‘over professionele grenzen heen’)	Vlucht in schijnzekerheid van regels onderdrukken
	Inkoop met meer oog voor context	Vergroting van kennis en kunde binnen raden van toezicht en bestuur	Verantwoording geen controle meer, maar leermoment
Interdisciplinair samenwerken en organiseren	Investeren in lerend en oplossend vermogen van professionals	Uitwisselen en aanjagen door bovenregionale transformatie brigades	(Beschikbaarheid van tijdelijke transformatiemiddelen)
	Continu samen leren	Creëren van ‘open teams’ samenwerking in brede netwerken	Leven lang (praktijk)leren
	Van ‘mag-toch-niet’ naar ‘denk-en-doe-mee’	Contextueel samen leren en innoveren o.b.v. principes <i>communities of practice</i>	Van professie-specifiek naar collectief (‘klinisch’) leiderschap
	Samenwerken t.b.v. complexe praktijk	aciliteren van lokale (‘ <i>couleur locale</i> ’) professionele socialisatie	Samen leren omgaan met onzekerheid en complexiteit
	Van goed/fout naar samen-beter	Investeren in aanspreekcultuur en psychologisch veilig werkklimaat	Van <i>fee-for-service</i> naar gemeenschappelijke besluitvorming
	Ontmanteling oude, ineffectieve professionele (vak medische) hiërarchie	Realiseren van lerende netwerken in en tussen organisaties	Collectieve denkkracht prefereert: niet ‘de regel’ of een soevereine groep
Willen i.p.v. moeten verantwoorden	Investeren in vaardigheden t.b.v. samenwerken op afstand	Integratie van niet-professionals in (e-)zorgteams	
Professioneel leiderschap	Professie en context gericht trainen van leiderschap	Dialogo gericht werken	Verantwoordelijkheidsbesef
	Competenties t.b.v. nieuwe verantwoordelijkheid (aanwenden middelen; verantwoording)	Aanzetten tot en leiden van inclusief co-creëren	Leiden = volgen = leiden
	Leiderschap en volgerschap in complexe processen van besluitvorming en samenwerking	Leiderschap competenties ontwikkeling	Continu organiseren van feedback
		Aanpassing curricula en nascholing gericht	Continue ‘ <i>boundary spanning</i> ’ ten behoeve van samenwerking
		Interdisciplinaire training ‘ <i>on the job</i> ’ o.b.v. communities of practise	



kiezen' is een uitdaging. Verwacht mag worden dat ook de politiek zich bezint op een nieuwe vorm van vertrouwen, bijvoorbeeld het matigen van de stelselmatige stroom aan Kamervragen die dwingend toezicht in de zorg in de hand werken. Ook zullen sommigen moeten gaan wennen aan het omgaan met een relatief gebrek aan structuur: zoals dokters die vaak minder gewend zijn aan het onderscheid tussen *evidence based medicine* en meer non-lineaire besluitvormingsprocessen.

## CONCLUSIES

Het duurzaam realiseren van transformatie in de zorg vraagt van alle betrokkenen het gezamenlijk heroverwegen van bekende en vaak lang bestaande regels en gewoonten, om een nieuwe modus te vinden van het continu co-creëren richting de best mogelijke werkwijze en oplossing. Steeds ten behoeve van die ene patiënt/cliënt. Een transformatie van protocolzorg naar precisiezorg. Deze heroverweging is vooral een sociale route, waarbij alle betrokkenen oog dienen te houden voor elkaar en elkaars perspectief en professionele behoeften. Dit proces verloopt vooral adequaat als de focus verlegd wordt naar de constructieve dialoog. Jazeker: nog altijd binnen het bestaan van heldere kaders en verantwoorde-lijkheden. Maar wel minder.

Politiek, beleid en bestuur lijken toenemend te beseffen dat deze nieuwe vorm van samenwerken ruimte moet krijgen, onder meer door het loslaten van het (of beter: 'hun') stelsel dat professionele handlingsruimte juist is gaan tegenwerken. Tijdens de onvoorstelbaar impactvolle gebeurtenissen van COVID-19 wordt eens te meer duidelijk hoe daadkrachtig het zorgsysteem is. Tenminste: op het niveau van de samenwerkende professionals. Hoopvol dat deze crisis snel mag terugvallen naar de 'normale' zorgcomplexiteit van alle dag, blijft het zaak om meer vrij baan te maken voor deze intrinsieke potentie. Het is daarom de taak van bestuurders en toezichthouders, roergangers van onze zorgorganisaties, om op te treden als dienende beschermvrouwen- en -heren van de gestage maar onomkeerbare omslag die wij beschreven. De transformatie van het continue volgen naar het weer samen vaardig zijn in het hanteren van het kompas. Alleen door deze nieuwe wijze van adaptief samenwerken kunnen we optimaal inspelen op de continue veranderende en dus onvoorspelbare routes die genomen moeten worden voor goede en passende zorg. Juist dat maakt het vak van zorg ook zo menselijk. ●

## Wouter Keijser

Wouter Keijser MD PhD is een zorgtransformatie-architect en facilitator van cultuurverandering binnen en tussen zorgorganisaties. Als onderzoeker en in zijn rol als teamwork en (medisch) leiderschapscoach voor verschillende zorgorganisaties richtte Keijser zich afgelopen jaren op de ontwikkeling van best practices op het gebied van (e-health ondersteunde) regionale netwerksamenwerking. Keijser is medeoprichter van het zorgtransformatie platform DIRMI Instituut en verdedigde eind 2019 (cum laude) zijn proefschrift aan de Universiteit Twente, alwaar hij - naast zijn adviespraktijk - doceert en onderzoek begeleidt.

## Guus van Montfort

Prof. Dr Guus van Montfort heeft een achtergrond in bedrijfseconomie en ervaring op het gebied van ziekenhuisbeleid, conflictantering en organisatiestructuren. Als hoogleraar aan de Katholieke Universiteit Brabant en Erasmus Universiteit Rotterdam combineerde hij deze vakgebieden. Van Montfort deed als bestuurder en toezichthouder ruime ervaring op in het zorgdomein en is momenteel werkzaam als Professor of Health Economics & Medical Technology aan de University of Twente.

<sup>1</sup> Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*, Cambridge Polity Press, Oxford.

<sup>2</sup> Hart, W. (2017). *Anders vasthouden*, Vakmedianet Management B.V.

<sup>3</sup> Keijser, W.A. (2014). *Clinical governance en een cultuur continu gericht op verbeteren*. In: *Veranderende samenwerking in de zorg*. Onder redactie van: Ruth Hammelburg, Wiebe Jan Lubbers, Noks Nauta (Eds.), pp. 113-120. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

<sup>4</sup> Keijser, W.A. (2016). *Cultuur continu gericht op beter - Van keuzemenu naar bijenkorf?* *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 14(1), 4-7.

<sup>5</sup> Keijser, W.A. (2019). *Opening Up Medicine: Physicians and Leadership in Times of Transformation*. Thesis. Universiteit Twente.

<sup>6</sup> Kraaijeveld, K. (2018). *Hoe kunnen we de zorg blijvend (ont)regelen? Lessen uit de schrapessies*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.

<sup>7</sup> Kuiken, B. (2018). *De Zinmakers, nieuw organiseren in tijden van complexiteit en onzekerheid*, Business Contact

<sup>8</sup> Launer, J. (2018). *Complexity made simple*, *Postgraduate Medical Journal*, 94:611-612.

<sup>9</sup> Lingard, L., Sue-Chue-Lam, C., Tait, G. R., Bates, J., Shadd, J., Schulz, V., & Heart Failure/Palliative Care Teamwork Research Group. (2017). *Pulling together and pulling apart: influences of convergence and divergence on distributed healthcare teams*. *Advances in Health Sciences Education*, 22(5):1085-1099.

<sup>10</sup> Noordegraaf, M., Douglas, S., Geuijen, K., & Van Der Steen, M. (2019). *Weaknesses of wickedness: a critical perspective on wickedness theory*. *Policy and Society*, 38(2):278-297.

<sup>11</sup> Pink, D.H. (2011), *Drive*, Penguin Putnam Inc.

<sup>12</sup> Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

<sup>13</sup> RVZ. (2019). *Blijk van vertrouwen*. Anders verantwoord voor goede zorg. Adviesrapport.

<sup>14</sup> Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2019). *Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration*. *Journal of Interprofessional Care*, 1-11.

<sup>15</sup> Scholanus-Dijkstra, M. (2019). *Durf te Floreeren*. Lanno.

<sup>16</sup> Scott, W.R., (2001) *Institutions and Organizations*. London: Sage publications, Inc.

<sup>17</sup> Scott, W.R., Christensen S. (1995). *The institutional construction of Organizations*. London: Sage publications, Inc.

<sup>18</sup> Tolbert, P.S. and Zucker, L. (1996) *The institutionalization of institutional Theory*. In: *Studying Organization, Theory and Method*. S.C. Clegg and C. Hardy (Eds.). (p174-181) London: Sage publications, Ltd.

<sup>19</sup> Van der Weert, G., Knobben, J., Van Der Wees, Ph., Van Houdenhoven, M., en Westert, G. (2020). *Is netwerkzorg de volgende hype? Skipr Quarterly*, (1)80-87.

<sup>20</sup> Van Montfort, G. (2020). *Zorgsector: Van voor, via met naar door de cliënt. Van doktersdriven, via verzekeraarsdriven naar cliëntdriven*. Monografie. Universiteit Twente, Enschede.

<sup>21</sup> Van Montfort, G. en Van Wylick, R. (2019). *Zorg in perspectief van de cliënt*. (Essays I, II en III). SWP, Amsterdam.

<sup>22</sup> WVS Taskforce (2018). *De juiste zorg op de juiste plek - Wie durft?* Adviesrapport.

<sup>23</sup> Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in Organizations*, Foundation for Organizational Science, SAGE.